

Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género

Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo



International
Planned
Parenthood
Federation

FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA
REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL, INC.



La IPPF/RHO

La visión de la IPPF/RHO es de contribuir a la red de colaboraciones a nivel local e internacional que avanza la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, hombres y jóvenes. La IPPF/RHO es una de seis Oficinas Regionales de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y sirve como secretariado para 46 asociaciones miembro del Hemisferio Occidental. La IPPF/RHO ofrece asistencia técnica y capacitación a nuestras asociaciones en diversas áreas programáticas y en el fortalecimiento de su capacidad, inclusive la evaluación y la redacción de propuestas. Para más información, visite nuestra página web en: www.ippfwhr.org o contáctenos en info@ippfwhr.org

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc.

Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género

Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo

Autoras:

Sarah Bott
Alessandra Guedes
María Cecilia Claramunt
Ana Guezmes

Desarrollado en colaboración con:

PROFAMILIA, República Dominicana
INPPARES, Perú
PLAFAM, Venezuela

Megin Jiménez y Zhenja La Rosa de la Oficina Regional de la IPPF/RHO editaron este manual.
Diego Olivé tradujo el texto del inglés al español.
Rafael Jiménez realizó el formato y el diseño.

Índice

i. Nota Preliminar	i
ii. Agradecimientos	ii

I. Introducción

a. ¿Qué es la violencia basada en género?	1
b. ¿Por qué el sector de la salud debe tratar el tema de la violencia basada en género?	3
c. El trabajo de la IPPF/RHO sobre la violencia basada en género	6
d. Cómo usar este manual	8

II. Fase de planeación y preparación

a. Sinopsis	10
b. La violencia basada en género como un problema de salud pública	11
c. Adopción de un marco de derechos humanos	14
d. Diagnóstico rápido de la situación	18
e. Identificación de las metas, los objetivos y las estrategias principales	22
f. Desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación	27
g. Recopilación de datos de línea de base	33

III. Fortalecimiento de la respuesta del servicio de salud

a. Sinopsis	38
b. En busca de la integración	48
c. Garantía de privacidad	51
d. Fortalecimiento de la confidencialidad	55
e. Desarrollo de redes de referencia	58
f. Comprensión de los temas legales	64
g. Sensibilización del personal	76
h. Capacitación de proveedores de salud	79
i. Desarrollo de políticas y protocolos clave	86
j. Mejoramiento de la valoración de peligro	88
k. Planeación de seguridad	93
l. Prestación de servicios de emergencia a sobrevivientes de la violencia sexual	95
m. Confección de material educativo e informativo	106
n. Monitoreo y evaluación de la calidad de atención	107

IV. Aplicación de una política de detección de rutina

a. Sinopsis	109
b. Cuándo implementar una política de detección de rutina	113
c. Cómo implementar una política de detección de rutina	115
d. Elaboración de definiciones operacionales	116
e. Elaboración de preguntas para realizar la detección	119
f. Documentación de los resultados de la detección	122
g. Redacción de un protocolo para la detección de rutina	124
h. Consideración de las inquietudes de proveedores acerca de la detección	130
i. Ofrecimiento de apoyo emocional a proveedores de salud	135
j. Obtención de los datos estadísticos sobre las detecciones	137
k. Monitoreo y evaluación de las detecciones de rutina	143

V. Suministro de servicios especializados

a. Sinopsis	146
b. Servicios de consejería, apoyo emocional y psicológico	149
c. Servicios jurídicos	151
d. Grupos de apoyo para las mujeres	154
e. Monitoreo y evaluación de los servicios especializados	158

VI. Más allá de la clínica: El establecimiento de redes, la defensa y promoción en el área legal, y la educación comunitaria

a. Sinopsis	160
b. Alianzas con otras organizaciones	162
c. Defensa y promoción en el área legal y educación comunitaria	164

VII. Bibliografía y referencias

.....	166
-------	-----

VIII. Anexos: Herramientas de monitoreo y evaluación

a. Marco lógico modelo	172
b. Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para proveedores	173
c. Guía de observación de la clínica	187
d. Cuestionario de salida para la usuaria	197
e. Protocolo modelo para la evaluación cualitativa	213
f. Protocolo de revisión aleatoria de registros	217

i. Nota preliminar

En 1999, la Oficina Regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) comenzó a trabajar en una iniciativa con vistas a mejorar la respuesta que, desde el sector de la salud, se daba a la violencia basada en género en conjunto con tres de sus asociaciones miembro, a saber:

PROFAMILIA, asociación miembro de IPPF en la República Dominicana

INPPARES, asociación miembro de IPPF en el Perú

PLAFAM, asociación miembro de IPPF en Venezuela

Con la participación limitada de **BEMFAM**, la asociación miembro de IPPF en Brasil

La Oficina Regional y las asociaciones miembro enfrentaron muchos desafíos al diseñar, planificar e implementar esta iniciativa. Aunque se encontraron excelentes artículos, manuales, herramientas y trabajos de investigación sobre la respuesta que desde el sector de la salud se da a la violencia contra la mujer, esos recursos tenían ciertas limitaciones. Por ejemplo:

- Una gran cantidad del material disponible surgía de la investigación y experiencia de programas que se habían puesto en práctica en **países desarrollados** como los Estados Unidos y Gran Bretaña, y no en **países en desarrollo** donde los programas de salud pueden llegar a enfrentar dificultades mayores, como sistemas jurídicos endebles y la ausencia de servicios de referencia en las comunidades.
- Si bien para las y los **proveedores de salud particulares** existía mucho material disponible con referencia a la atención que se debe brindar a las mujeres víctimas de violencia, no existía información disponible para aquellas y aquellos **administradores de salud** interesados en la adaptación de sistemas, protocolos y herramientas para toda la institución.
- Un gran porcentaje de la literatura existente brindaba una **sinopsis** de cómo dar respuesta al problema de la violencia en un ámbito de salud, y no recomendaciones y herramientas **detalladas y prácticas** que administradores de salud pudieran utilizar para elaborar políticas eficaces y viables.

- Por último, la literatura disponible parecía concentrarse más en las cuestiones referidas a **las salas de emergencia y en ámbitos de cuidado primario de la salud**, y no en los asuntos que fueran especialmente relevantes para **los servicios de salud sexual y reproductiva**.

Para reducir la brecha existente en el material de investigación y en la literatura especializada en el área, la IPPF/RHO realizó una considerable inversión, con el fin de adaptar las herramientas para que pudieran ser empleadas por los programas de salud reproductiva y sexual en el Brasil, la República Dominicana, el Perú y Venezuela. Asimismo, la IPPF/RHO ha asignado importantes recursos para monitorear, evaluar y documentar los resultados de la iniciativa regional y poder intercambiar experiencias con otras organizaciones en América Latina. Algunas de las herramientas y recomendaciones ya se han publicado en boletines informativos,¹ artículos en publicaciones especializadas,^{2,3} disertaciones y también en el Internet.

En marzo de 2003, la IPPF/RHO organizó una conferencia regional en Antigua, Guatemala, que reunió a particulares y organizaciones dedicadas a los vínculos entre la violencia contra la mujer y la salud en América Latina. En dicha conferencia participaron 43 disertantes provenientes de 13 países que representaban a 23 organizaciones diferentes dedicadas a temas relacionados con la salud y la violencia. Las y los participantes compartieron su trabajo, identificaron recomendaciones esenciales y debatieron los desafíos que quedan por delante y las brechas de conocimiento que existen con respecto a la respuesta del sector de la salud ante el problema de la violencia.

El propósito de este manual consiste en compilar todos estos materiales en una sola publicación con la esperanza de que la IPPF/RHO pueda cubrir algunos vacíos en la literatura publicada hasta la fecha, y que por medio de éste pueda contribuir a que otros programas de salud no tengan que “reinventar la rueda”.

Hemos intentado mantener un lenguaje que observa la perspectiva de género en el texto y en todas las herramientas del manual. En ciertos casos, para mantener un lenguaje claro y sencillo, se usa el plural masculino para referirse a profesionales de ambos géneros (como por ejemplo “proveedores” y “administradores”).

ii. Agradecimientos

El presente manual es resultado de los esfuerzos conjuntos del personal y las y los consultores de la Oficina Regional de IPPF/RHO y sus asociaciones miembros. Las autoras desean agradecer en particular a las siguientes personas por haber ayudado a redactar y revisar muchas de las herramientas que se encuentran en el presente trabajo.

Yvette Cuca, ex integrante de IPPF/RHO
Myrna Flores, PROFAMILIA, República Dominicana
Judith F. Helzner, ex integrante de la Oficina Regional, IPPF/RHO
Tania López, INPPARES, Perú
Susana Medina, PLAFAM, Venezuela
Mildre Nolasco, PROFAMILIA, República Dominicana
Noemi Ostolaza, INPPARES, Perú
Ana Dolores Rodríguez, PROFAMILIA, República Dominicana
Fabiola Romero, PLAFAM, Venezuela
Rupal Sanghvi, Oficina Regional, IPPF/RHO
Ángela Sebastiani, INPPARES, Perú
Todas y todos los proveedores de servicios en PROFAMILIA, PLAFAM e INPPARES

Las autoras también desean reconocer las valiosas contribuciones de las y los integrantes del personal de BEMFAM, Brasil quienes participaron en varias reuniones de evaluación y planificación a nivel regional.

Las autoras ofrecen su agradecimiento a las siguientes personas que han generosamente contribuido su tiempo en la revisión del manual y han suministrado un aporte valioso: Mary Ellsberg (PATH, Washington, D.C.), Naana Otoo-Oyortey (IPPF, Londres) y Raúl Mejía (Universidad de Buenos Aires, Argentina). Un agradecimiento en especial a Deborah Billings (IPAS, México), quien revisó el manual y también redactó partes del Capítulo III, Sección i., intitolado “Suministro de servicios de emergencia para sobrevivientes de la violencia sexual”.

Las autoras desean agradecer también a las y los siguientes participantes de la conferencia “Basta! America Latina dice ‘No’ a la violencia de género: Un taller para diseminar lecciones aprendidas” en 2003, cuya contribución ha sido incluida en el manual:

Ana Sofía Abrego, Ministerio de Salud, El Salvador
Mario Aguilar, FNUAP, Guatemala
Klemen Lorena Altamirano, Colectiva de Mujeres de Masaya, Nicaragua
Manuel Arias, PLAFAM, Venezuela
María Loreto Biehl, BID, Estados Unidos
Deborah Billings, IPAS, México
Sarah Bott, Consultora
María Cristina Calderón, PROFAMILIA, Colombia
Sonia Camayo Pérez, INPPARES, Perú
Janet Camilo, PROFAMILIA, República Dominicana
Giselle Carino, IPPF/RHO, Estados Unidos
Daniel Castillo, INPPARES, Perú

ii. Agradecimientos

María Ysabel Cedano, DEMUS, Perú
Virginia Chambers, IPAS, Estados Unidos
María Cecilia Claramunt, Consultora, Costa Rica
Mary Ellsberg, PATH, Estados Unidos
Myrna Flores, PROFAMILIA, República Dominicana
María Teresa García, Ministerio de Salud, Guatemala
Gilvani Granjeiro, BEMFAM, Brasil
Alessandra Guedes, IPPF/RHO, Estados Unidos
Ana Guezmes, Consultora, Perú
Zhenja La Rosa, IPPF/RHO, Estados Unidos
Elsa Leytán, APROFAM, Guatemala
Diana Mafía, Defensoría del Pueblo de Buenos Aires, Argentina
Ricardo Mauricio, PROFAMILIA, República Dominicana
Susana Medina, PLAFAM, Venezuela
Claudia Moreno, IPAS, México
Noemi OstOlaza, INPPARES, Perú
Sonia Nascimento, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Brasil
Mildre Nolasco, PROFAMILIA, República Dominicana
Valeria Pandjjarjian, CLADEM, Brasil
María Grazia Pannunzi, AIDOS, Italia
María Alejandra Ramírez, PLAFAM, Venezuela
Rebeca Ramírez, APROFAM, Guatemala
Miguel Ramos, Universidad Cayetano Heredia, Perú
Ana Dolores Rodríguez, PROFAMILIA, República Dominicana
Fabiola Romero, PLAFAM, Venezuela
Ilka Rondinelli, IPPF/RHO, Estados Unidos
Rupal Sanghvi, IPPF/RHO, Estados Unidos
Patricia Tellería, CIES, Bolivia
Diana Torres, PROFAMILIA, Colombia
Marijke Velzeboer, OPS, Estados Unidos

Finalmente, las editoras desean expresar su gratitud a la Comisión Europea, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Ford, la Fundación MacArthur y la Organización Panamericana de la Salud, que con sus generosas aportaciones han hecho posible este trabajo.

I. Introducción

a. ¿Qué es la violencia basada en género?

*“La violencia contra la mujer” se entiende por todo acto de **violencia basado en género** que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Se entenderá que la violencia contra la mujer comprende los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares; la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.*

— DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, 1993⁴

En 1993, las Naciones Unidas adoptaron la primera definición de violencia contra la mujer. Al referirse a la violencia contra la mujer como “violencia basada en género”, las Naciones Unidas destacaron la necesidad de comprender la violencia contra la mujer dentro del contexto del estatus de subordinación en que viven las mujeres y las niñas dentro de la sociedad. Si bien tanto los hombres como las mujeres sufren actos de violencia, la experiencia indica que los factores de riesgo, las pautas y las consecuencias de la violencia contra la mujer difieren de las de la violencia contra el hombre.⁵ Como sostiene Heise et al., “muchas culturas poseen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y, en consecuencia, perpetúan la violencia contra la mujer”.⁶ La violencia contra la mujer, por lo tanto, no puede analizarse independientemente de las normas, estructuras sociales y roles de género que afectan la vulnerabilidad de la mujer ante la violencia.

Aunque la violencia basada en género es un problema generalizado de salud pública y de derechos humanos en todo el mundo, la modalidad y la prevalencia de la violencia varían según el lugar. Por ejemplo: la violencia relacionada con las dotes es un problema importante en Asia del Sur, pero poco frecuente en América Latina. En consecuencia, investigadores y programas de salud han definido categorías específicas de la violencia basada en género de maneras distintas. Al identificar las clases y la tipología de violencia de género en la comunidad local, los programas de salud pueden elaborar definiciones operacionales que permitan guiar su trabajo de manera más adecuada, según el ámbito en el que se desarrolle.

Este manual usa los términos “violencia basada en género” y “violencia contra la mujer” indistintamente para hacer referencia a la amplia definición de las Naciones Unidas citada anteriormente. Sin embargo, las recomendaciones que se encuentran en este manual se basan en gran medida en la iniciativa regional de la IPPF/RHO de cuatro años de plazo en América Latina, donde se utilizaron las siguientes definiciones de la violencia basada en género.

En la práctica

Definiciones operacionales de la IPPF/RHO de la violencia basada en género contra las adolescentes y mujeres adultas

Las tres asociaciones involucradas en la iniciativa regional de la IPPF/RHO elaboraron definiciones operacionales que reflejan los tipos de violencia que sufren con mayor frecuencia sus usuarias. Debido a que la gran mayoría de sus usuarias son adolescentes y mujeres adultas, estas definiciones no incluyen a la violencia perpetrada contra los niños y las niñas. Más adelante en este manual, estas definiciones se explicarán en detalle, pero se trata, en breve, de lo siguiente:

Violencia intrafamiliar*

DEFINICIÓN: El abuso físico, psicológico y/o económico de una mujer por parte de su pareja o ex-pareja(s) u otra(s) integrantes del hogar o familia.

Abuso sexual/violación

DEFINICIÓN: El abuso sexual es un concepto amplio que incluye toda forma de coerción sexual (emocional, física, económica) contra la mujer adolescente o adulta. Puede o no incluir la violación (por ejemplo: la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales, tales como el manoseo, el exhibicionismo, la pornografía, etc.). La violación implica el uso de la coerción emocional y/o física, o la amenaza de utilizarla, para penetrar a una mujer adolescente o adulta en forma vaginal, oral o anal contra su voluntad.

Antecedentes de abuso sexual en la niñez

DEFINICIÓN: Abuso sexual en la niñez es la utilización de una persona menor de 12 años o menos para la satisfacción sexual. El abuso sexual en la niñez puede incluir el contacto físico, la masturbación, las relaciones sexuales (incluso la penetración) y/o el contacto anal u oral. Pero también puede incluir el exhibicionismo, voyeurismo, la pornografía y/o la prostitución infantil. Tener antecedentes de abuso sexual en la niñez significa que la mujer adolescente o adulta ha tenido alguna experiencia de esa índole en su pasado.

***La violencia sexual a menudo acompaña la violencia física; sin embargo, para facilitar la clasificación de los datos, la IPPF/RHO agrupó la violencia sexual en una sola categoría, independientemente de quién haya perpetrado el abuso*

b. ¿Por qué el sector de la salud debe tratar el tema de la violencia basada en género?

Además de ser más compasivo, ahora veo a la paciente como un todo, antes veía problemas que no encajaban en lo que había aprendido, ahora soy también más eficiente, tenemos un nuevo aporte, y sé que muchas patologías a las que no encontraba explicación tienen que ver con violencia.

— GINECÓLOGO DE PROFAMILIA,
REPÚBLICA DOMINICANA

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública muy grave que el Estado y las organizaciones de salud deben tratar con carácter urgente.⁷ Sin embargo, y a pesar de que hay pruebas que indican que es un problema de salud pública generalizado en todo el mundo, la violencia basada en género es con frecuencia ignorada por el sector de la salud. Las y los profesionales de la salud a menudo desconocen las consecuencias que tiene la violencia basada en género sobre la salud de la mujer, y muchos siguen considerando que se trata de un problema social o cultural que no guarda relación con su labor profesional.

En el presente manual se sostiene que las organizaciones de la salud, en especial las que se dedican a la salud sexual y reproductiva, sólo podrán suministrar una atención adecuada si establecen un firme compromiso con las necesidades y la seguridad de la mujer que sufre violencia. Las y los proveedores de salud que no toman en cuenta la violencia contra la mujer no sólo pierden la oportunidad de tratar un importante asunto de salud pública sino que también pueden, sin darse cuenta, ocasionar daño a la mujer o exponerla a otras situaciones de violencia.

Razones por las cuales las organizaciones de salud deben tratar la violencia basada en género:

- **La violencia basada en género es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres.** Un cúmulo cada vez más importante de pruebas epidemiológicas indica que la violencia por parte de la pareja íntima es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo.⁸ La violencia basada en género tiene consecuencias profundas y negativas para la salud física y emocional de las mujeres. Las mismas van desde desórdenes emocionales, lesiones físicas y dolores crónicos hasta situaciones de muerte como el suicidio y el homicidio. También es un factor de riesgo para muchas enfermedades que afectan la salud física, mental y sexual.
- **La violencia basada en género produce consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva de la mujer.** La violencia física y sexual limita la posibilidad de la mujer de negociar con su pareja el uso de condones u otros métodos anticonceptivos,⁹ colocándolas así en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado¹⁰ y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso del VIH. El abuso sexual en la niñez se encuentra asociado con conductas de riesgo como el consumo indebido de drogas y alcohol, un mayor número de parejas sexuales y un bajo índice de uso de anticonceptivos.¹¹ La violencia basada en género también se ha relacionado con un riesgo mayor de trastornos ginecológicos¹², de aborto en condiciones inseguras, de complicaciones durante el embarazo,¹³ del aborto espontáneo, del bajo peso al nacer¹⁴ y de la enfermedad de inflamación pélvica.
- **Si las y los proveedores de salud no preguntan acerca de la violencia pueden realizar un diagnóstico errado de las víctimas o no ofrecerles atención adecuada.** Por ejemplo, si se desconoce si una mujer tiene antecedentes de violencia, es difícil diagnosticar o tratar sus dolores crónicos o las infecciones de transmisión sexual recurrentes que sufra. Profesionales que no tienen en cuenta que la mujer puede estar experimentando situaciones de violencia no podrán suministrarle asesoramiento adecuado en aspectos relacionados con la planificación familiar, la prevención de ITS o el VIH/SIDA. Por último, si proveedores de salud desatienden las necesidades más amplias de la víctima, no podrán ayudar a la mujer a evitar situaciones que pongan en peligro su vida.
- **Las y los proveedores de salud se encuentran en una posición única para identificar los casos de mujeres en riesgo.** Los programas de salud —especialmente los que suministran servicios de salud sexual y reproductiva— suelen figurar entre las pocas instituciones que mantienen contacto permanente con la mayoría de las mujeres adultas en los países en desarrollo. Por lo tanto, las y los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para identificar a las mujeres que son víctimas de violencia basada en género. Sin embargo, muchas mujeres no revelan a sus proveedores las experiencias de violencia que han padecido, a menos

que se les pregunte. Los programas de salud pueden contribuir para que esto sí suceda, suministrando a su personal las herramientas necesarias para discutir el tema de la violencia con su usuaria y proporcionar las respuestas adecuadas cuando la mujer revele un hecho de violencia. Las y los proveedores de salud se encuentran en una situación propicia para ayudar a las mujeres que sean víctimas de violencia a tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen. En efecto, las sobrevivientes indican a menudo que esta instancia es el primer paso hacia la búsqueda de ayuda.

- **Las y los profesionales de la salud se encuentran en una posición excepcional con respecto a la posible modificación de las actitudes sociales hacia la violencia contra la mujer.** Las y los profesionales de la salud desempeñan un papel importante a la hora de modificar las actitudes con respecto a la violencia, ya que tienen la posibilidad de enmarcar la violencia como un problema de salud, en vez de una simple costumbre social. Los elementos conservadores de la sociedad que toleran o justifican la violencia contra la mujer a menudo cambian su posición al respecto si profesionales de la salud les muestran las consecuencias negativas que tiene la violencia basada en género para la salud de las mujeres, las niñas y los niños.
- **La respuesta a la violencia basada en género puede mejorar la calidad de atención de manera más amplia.** La IPPF/RHO encontró que mejorar la respuesta a la violencia basada en género desde el sector de la salud produjo mejoras inesperadas en la calidad de atención en todas las clínicas que participaron en la iniciativa. Por ejemplo, las y los proveedores les indicaron a las evaluadoras que la iniciativa regional contribuyó a fortalecer la privacidad y confidencialidad, aumentó el respeto por los derechos de la mujer de manera más general y contribuyó a alcanzar una visión más integrada y holística de la salud de la mujer.
- **Las y los profesionales de la salud pueden, sin notarlo, poner a la mujer en situación de riesgo si no están preparados o desconocen el tema.** Dada la prevalencia de la violencia contra la mujer en la mayoría de los ámbitos del mundo, la mayoría de las y los proveedores que atienden a mujeres adultas, quizá han atendido sin saberlo a sobrevivientes de la violencia. Profesionales de la salud que violan la confidencialidad, que dan una respuesta insatisfactoria a una revelación de un acto de violencia, que culpan a la víctima o que no ofrecen una intervención en crisis, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer, su bienestar y hasta su vida. Por ejemplo, proveedores pueden causar perjuicios, sin advertirlo, al:
 - Expresar opiniones negativas acerca de mujeres que han sido golpeadas o violadas.
 - Hablar sobre las lesiones de una mujer en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un esposo potencialmente violento que está esperando afuera.
 - Violar la confidencialidad al compartir con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la mujer, información acerca de un embarazo, un aborto, infecciones de transmisión sexual, el VIH o el abuso sexual.
 - Suministrar atención médica inadecuada por no comprender las razones por las cuales alguien sufre una infección de transmisión sexual de manera recurrente.
 - Pasar por alto las señales de advertencia que indican que una mujer puede encontrarse en peligro de suicidio u homicidio.

Cuando las organizaciones de la salud no tratan el tema de la violencia basada en género, cometen un acto de negligencia que puede causar daño a la mujer.

En la práctica

La perspectiva de una gerente de salud sobre la importancia de enfrentar la violencia basada en género

La violencia tenía mucho tiempo sentada en nuestra sala de espera, sólo que probablemente estaba por entrar a una consulta ginecológica: ¡Era cuestión de curarse otra vez! Se sabe que la violencia es un tema del que poco se habla por ser un asunto que se cree privado y de interés sólo para los que están involucrados. A esto también se enfrenta una institución, cuando asume el compromiso de trabajar con los problemas de violencia de sus usuarias. Para dar respuestas a las dudas e inquietudes de nosotros mismos, era importante:

- Reconocer nuestro trabajo en el área de la violencia basada en género como parte esencial de nuestra misión de mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, así como eje fundamental de la salud sexual y reproductiva.
- Crear espacios de participación y sensibilización para todo el personal, no solamente proveedores de salud, sino también personal administrativo, gerentes, miembros de la junta directiva, la dirección ejecutiva y voluntarios allegados a la asociación.
- Contextualizar a la violencia basada en género como aspecto real y fundamental del funcionamiento actual, aunque no deseable de nuestra sociedad. Siendo así, se ha desmitificado el asunto como algo distante y de interés exclusivo para los involucrados. El éxito de este punto ha llegado a la magnitud de poder identificarnos a nosotros mismos como personas que corren similar peligro de vivir en situación de violencia. Hemos revisado eso y después de reconocerlo, se ha brindado la ayuda.

— SUSANA MEDINA, COORDINADORA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, PLAFAM (VENEZUELA)

c. El trabajo de la IPPF/RHO sobre la violencia basada en género

La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) fue fundada en 1954 con vistas a mejorar la salud de las mujeres en las Américas. IPPF/RHO trabaja a través de una red de 46 asociaciones miembro en los Estados Unidos de América, Canadá, América Latina y el Caribe. Estas asociaciones atienden doce millones de casos cada año en más de 40.000 puntos de servicio. Cada miembro es una organización autónoma privada, constituida con el fin de brindar atención referida a la planificación familiar y a otros aspectos de la salud de acuerdo con las necesidades, costumbres y leyes locales. La IPPF/RHO es una de las seis regiones que abarca la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). La oficina regional de la IPPF/RHO, con sede en Nueva York, suministra asistencia técnica y apoyo financiero a las asociaciones miembro y a otras organizaciones de salud reproductiva, facilita el intercambio de información entre sus miembros y aboga por la defensa de los derechos de salud sexual y reproductiva a nivel regional e internacional.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que se llevó a cabo en El Cairo en 1994, hizo un llamamiento en pro de la adopción de un enfoque más amplio, integrado y holístico con relación a la salud sexual y reproductiva, y reconoció los derechos individuales, en particular los derechos de la mujer.¹⁵ La agenda de El Cairo reconoció el efecto que tienen las desigualdades de género en el sector de la salud, y realizó un llamamiento para que los programas aumenten el nivel de conciencia de su personal acerca de los derechos de la mujer. En respuesta al llamamiento de El Cairo, la IPPF/RHO tomó medidas para ayudar a sus asociaciones miembros a adoptar esta visión y a mejorar la calidad de los servicios al incorporar una perspectiva de género.¹⁶ La IPPF/RHO llevó a cabo programas de capacitación y evaluaciones sobre el tema del género, con vistas a crear conciencia en el personal de sus asociaciones miembro.¹⁷ Durante este proceso, las usuarias y proveedores mencionaron reiteradamente que la violencia contra la mujer, incluyendo la coerción sexual, era un tema que requería atención.

La Oficina Regional de la IPPF/RHO y sus asociaciones miembro respondieron a esa inquietud desarrollando un número de iniciativas. Por ejemplo, en 1999, IPPF/RHO y tres asociaciones miembro pusieron en marcha un esfuerzo coordinado para integrar un proceso de detección de violencia basada en género, además de servicios de referencia y atención para víctimas de violencia en los centros de salud sexual y reproductiva ya existentes. Dichas asociaciones fueron PROFAMILIA (República Dominicana), INPPARES (Perú) y

PLAFAM (Venezuela). Sus esfuerzos formaron parte de una iniciativa regional que financió la Comisión Europea y la Fundación Bill y Melinda Gates. Asimismo, la asociación miembro en Brasil, BEMFAM, participó en varios encuentros de planeamiento regional y realizó importantes esfuerzos para mejorar la respuesta que se daba desde los centros de salud a la violencia basada en género. Durante el desarrollo de esa iniciativa, la Oficina Regional en Nueva York desempeñó funciones de coordinación, suministrando asistencia técnica, fomentando la colaboración Sur a Sur y ayudando a difundir las lecciones aprendidas.

Los cuatro objetivos de la iniciativa regional de IPPF/RHO fueron:

1. Fortalecer la capacidad institucional para ofrecer servicios a víctimas de la violencia basada en género entre servicios de salud sexual y reproductiva.
2. Aumentar la conciencia de que la violencia basada en género es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.
3. Contribuir al mejorar las leyes referidas al área de la violencia basada en género y a la aplicación de estas leyes.
4. Aumentar el conocimiento del sector de la salud acerca de intervenciones eficaces para dirigirse al problema de la violencia basada en género.

La iniciativa regional tenía ciertas características distintivas

- Debido a que la violencia sexual reviste particular importancia dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva, la IPPF/RHO y sus asociaciones miembro decidieron tratar el problema de la violencia sexual perpetrada por cualquier persona, y no solamente la violencia de parte de la pareja íntima (física, sexual o emocional). Esta decisión difiere de otras iniciativas que se concentran de manera exclusiva en la “violencia doméstica” o en la “agresión sexual”.
- La iniciativa de la IPPF/RHO fue diseñada con el fin de difundir las lecciones relativas a América Latina y el Caribe de forma más general. A tal efecto, los participantes diseñaron las intervenciones y la evaluación para garantizar la posibilidad de comparar las prácticas entre todos los países. Las y los participantes colaboraron en el desarrollo de definiciones, herramientas, mecanismos de evaluación, enfoques uniformes para integrar la detección y otros servicios y estrategias en común para llevar a cabo campañas de información, educación y comunicación (IEC), y para influir en generar cambios en la legislación pertinente. Se llevaron a cabo encuentros regionales para compartir los resultados y planificar nuevas estrategias.
- Las asociaciones aplicaron lo que Heise et. al. denominan “enfoque de sistemas”.¹⁸ Este enfoque subraya no sólo la necesidad de capacitar a proveedores particulares, sino también la de transformar toda la organización. Para poner en práctica las detecciones rutinarias, servicios de referencia y otros servicios, las asociaciones revisaron todos los aspectos de los programas de salud, incluidos el flujo de pacientes, la infraestructura de la clínica, la capacitación del personal, los protocolos de tratamiento, los formularios de historia clínica, los sistemas de datos y los convenios con las organizaciones de referencia.
- Aunque aún quedan algunos desafíos por delante, la evaluación indica que la iniciativa regional de la IPPF/RHO generó cambios en toda la organización; cambios que motivaron al personal a reconocer que las detecciones para casos de violencia y el suministro del servicio constituyen una parte integral de los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, dicha iniciativa contribuyó a mejorar la calidad total de la atención y benefició también a las sobrevivientes de la violencia.

d. Cómo usar este manual

El objetivo de este manual es documentar y difundir las lecciones que se han aprendido como resultado de la iniciativa regional de la IPPF/RHO; suministrar a profesionales de salud en países en desarrollo las herramientas para mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia contra la mujer; así como también identificar los constantes desafíos y debates acerca de cómo el sector de la salud debería tratar el problema de la violencia basada en género.

Se espera que este manual sea de gran utilidad para el siguiente público

- **Administradoras y administradores de salud.** El presente manual está diseñado para ayudar a administradores a mejorar la respuesta de toda la organización o clínica a la violencia basada en género. No es un programa de capacitación o una guía para que profesionales de la salud conozcan cómo deberían tratar a una mujer que ha experimentado la violencia.
- **Organismos privados y no gubernamentales.** Esperamos que este manual sea de utilidad tanto para administradores de salud en el sector público como aquellos en el sector privado. No obstante, sabemos que las recomendaciones que se encuentran en el mismo reflejan principalmente las experiencias y perspectivas de los organismos privados y no gubernamentales que se dedican a la salud sexual y reproductiva. Como resultado de ello, es posible que este manual no responda a los desafíos que enfrentan los programas de salud del sector público, incluyendo a quienes dependen de los ministerios de salud.
- **Quienes trabajan en países en desarrollo.** Las herramientas y lecciones que surgen de este manual se basan en experiencias en América Latina y el Caribe. De conversaciones mantenidas con profesionales de la salud en Asia y África, surge que los programas de salud que se aplican en los contextos donde existen escasos recursos enfrentan desafíos similares, en su mayoría una falta de servicios de referencia en la comunidad y la existencia de sistemas jurídicos endebles. Sin embargo, si bien los programas de salud en los países desarrollados pueden llegar a encontrar utilidad en el contenido de este manual, existen otras fuentes más adecuadas a sus necesidades. Por ejemplo, el Family Violence Prevention Fund (Fondo de Prevención de la Violencia Familiar) publicó una guía especialmente diseñada para los Estados Unidos.¹⁹
- **Los programas de salud dedicados a la salud de las adolescentes y las mujeres adultas.** La violencia basada en género afecta a la mujer durante toda la vida. Sin embargo, las herramientas y estrategias para tratar la violencia en contra de los niños y las niñas son diferentes de las que se necesitan para tratar el problema de la violencia contra las adolescentes y las mujeres adultas, lo que constituye el foco de atención de la iniciativa de la IPPF/RHO. Por lo tanto, los programas de salud que deseen buscar respuestas al tema de la violencia en contra de las niñas deberán recurrir a otras fuentes.

Estructura del manual

Este manual se encuentra dividido en seis capítulos, sin contar los anexos. El material ha sido organizado en orden cronológico, y por lo tanto los primeros capítulos se refieren a los desafíos que enfrentan las organizaciones que recién han comenzado a tratar el tema de la violencia basada en género, a diferencia de los capítulos finales, que contienen información y herramientas para organizaciones con más experiencia en el tema. En general, las herramientas para el diseño de programas han sido incorporadas al cuerpo principal del texto, mientras que las herramientas de evaluación (tales como las encuestas y los protocolos de recolección de datos) se encuentran en los anexos. En resumen, los capítulos están organizados de la siguiente manera:

I. Introducción

Presenta una breve introducción al tema de la violencia basada en género y las razones por las que el sector de la salud debe tratar el tema.

II. Fase de planeación y preparación

Proporciona información para los programas de salud que tienen la intención de tratar el problema de la violencia y desean obtener información acerca de cómo prepararse para tal fin.

III. Fortalecimiento de la respuesta del servicio de salud

Suministra recomendaciones y herramientas que pueden resultar de utilidad para **cualquier** organización de salud que desee garantizar un servicio de salud de calidad para las adolescentes y las mujeres adultas.

IV. Aplicación de una política de detección de rutina

Contiene recomendaciones y herramientas para los programas de salud que ya hayan fortalecido su respuesta a las víctimas de violencia y evalúan la posibilidad de que su personal realice una política de detección de rutina para diagnosticar si las mujeres han sido objeto de violencia.

V. Suministro de servicios especializados

Contiene recomendaciones sobre cómo prestar servicios especializados a las mujeres que han sido víctimas de violencia, tales como los de consejería, servicio psicológico y jurídico o grupos de ayuda mutua.

VI. Más allá de la clínica: El establecimiento de redes, la defensa y promoción en el área legal, y la educación comunitaria

Presenta una breve explicación de las estrategias que el sector de salud puede adoptar, más allá de la clínica, en áreas como la defensa y promoción en el área jurídico y la educación de la comunidad.

VII. Bibliografía y referencias

Contiene una página de bibliografía con notas explicativas y una lista más amplia de referencias del material citado en este manual.

Para adaptar la información de este manual a otros ámbitos, se sugiere que las y los lectores tengan en cuenta que estos instrumentos fueron elaborados originalmente en español, para el contexto de América Latina y el Caribe y deben ser adaptados para que se adecuen al idioma, las pautas culturales y el ambiente institucional del lugar, así como a los objetivos de cada organización. También deseamos destacar que aún queda mucho por aprender acerca de cómo reducir la violencia y asistir a las mujeres que han sido víctimas de la violencia basada en género. Estas herramientas deben ser consideradas como documentos de trabajo. Estamos seguras de que se pueden mejorar; y por lo tanto, toda sugerencia al respecto será agradecida.

II. Fase de planeación y preparación

a. Sinopsis

Los programas de salud que se propongan tratar el problema de la violencia contra las mujeres enfrentan una serie de desafíos. Por ejemplo, tal vez deban capacitar a sus proveedores para tratar temas difíciles, como los derechos humanos, las cuestiones de género y la conexión entre el bienestar físico, emocional y social. Aunque los acuerdos internacionales han hecho un llamado al sector de la salud para promover la equidad de género, el respeto por los derechos humanos y un enfoque más holístico de la salud, no ha resultado fácil hacer realidad esos ideales.

Un segundo desafío es que los programas de salud deben garantizar que sus esfuerzos no dañen a las mujeres ni las expongan a ser objeto de mayor violencia o trauma. Proveer atención a las sobrevivientes de la violencia es complejo. Queda mucho por aprender acerca de cómo los programas de salud pueden atender a esas mujeres de manera eficaz y ética. Los programas de salud que, por ejemplo, ejecutan una política de detección de rutina mal planificada pueden resultar más perjudiciales que benéficos.

Asimismo, para enfrentar el problema de la violencia basada en género de manera eficaz, los programas de salud deben establecer vínculos con el sistema jurídico y otros sectores que se dediquen a estos temas. Las alianzas intersectoriales no siempre son fáciles de llevar a cabo en el sector de la salud, en especial cuando los recursos son limitados y el personal trabaja en exceso.

Para superar estos desafíos, los participantes del proyecto regional de la IPPF/RHO dedicaron muchos meses a capacitarse, a establecer vínculos con otras organizaciones, a intentar comprender la situación en cada comunidad donde habían decidido trabajar y a evaluar las necesidades de sus instituciones. Ese período de preparación les permitió diseñar enfoques de trabajo bien sustentados y cuidadosamente planificados.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Puede resultar de utilidad para administradores de programas de salud dar ciertos pasos fundamentales antes de poner en

marcha un proyecto para contribuir a que una organización de salud pueda tratar el problema de la violencia basada en género. Cada uno de estos pasos será discutido en detalle más adelante en este capítulo. Por ejemplo:

Informarse acerca de los asuntos de género, los derechos humanos, y la epidemiología asociada con la violencia basada en género. Cuanto más informada se encuentre, más podrá ayudar a su organización a desarrollar una estrategia ética y eficaz para tratar el problema de la violencia contra la mujer.

Conocer el marco legal y los recursos disponibles en el área local. Es esencial que las y los administradores comprendan el contexto local de su propia comunidad en materia de violencia antes de comenzar a trabajar en esa esfera. Esto implica conocer las leyes referidas a la violencia contra la mujer, e identificar aquellas organizaciones en el área que ofrecen servicios que podrían ser útiles para las mujeres que viven en situación de violencia. Asimismo, puede resultar de gran utilidad para los programas identificar las fuentes locales, nacionales y regionales de asesoramiento y capacitación.

Considerar qué metas, objetivos y estrategias su organización está preparada a lograr. Por ejemplo, los programas de salud se pueden dedicar a mejorar el servicio de respuesta a la violencia, educar a la comunidad en general acerca de la violencia como tema de salud pública, y/o participar en campañas de defensa y promoción para mejorar la protección jurídica de la mujer.

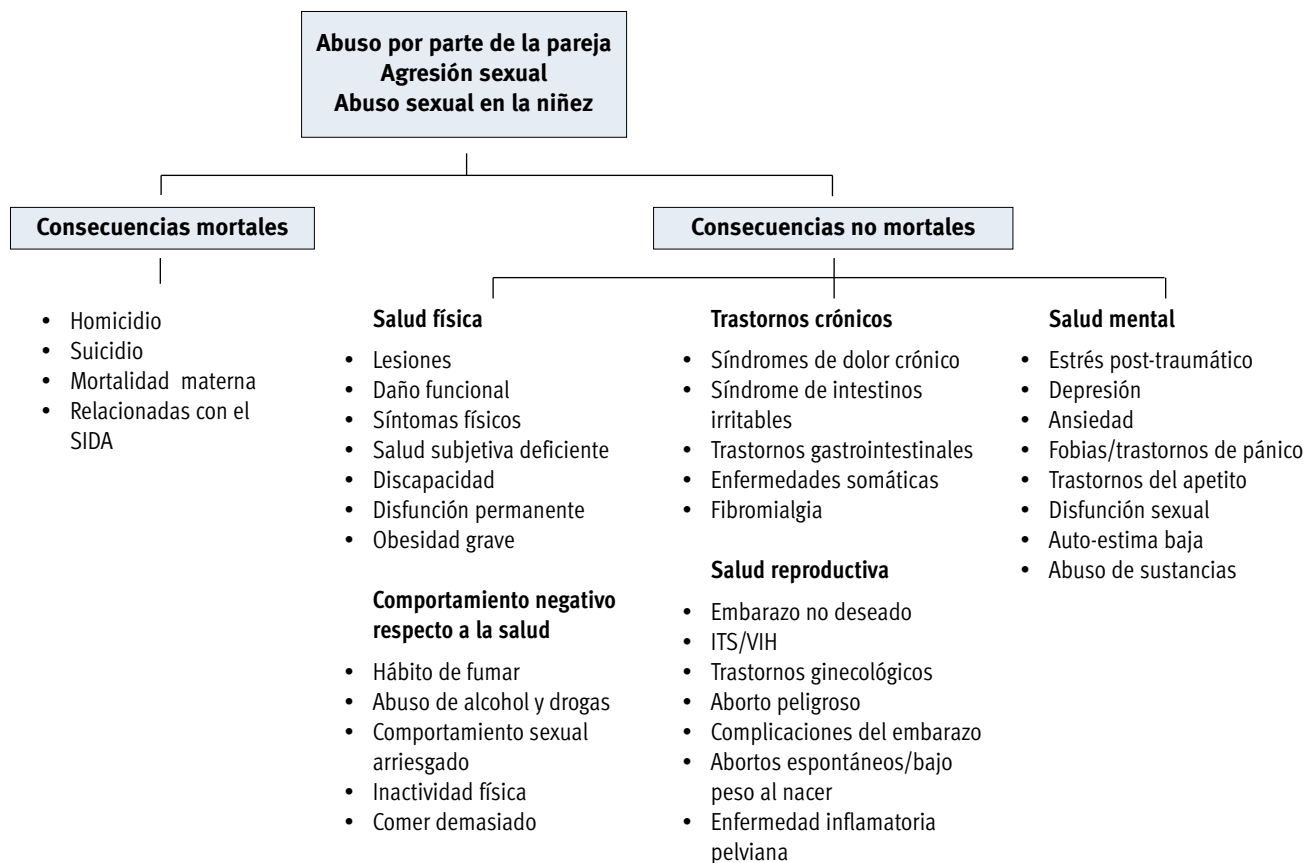
Desarrollar un plan de monitoreo y evaluación. Una vez que su organización haya seleccionado un planteamiento, los planes de monitoreo y evaluación deben ser elaborados desde el comienzo para confrontar la violencia basada en género. No se debe considerar la evaluación como una actividad por separado, sino como una parte integral de cualquier intervención o reforma.

Llevar a cabo una evaluación de base de su organización. La realización de un estudio de base es esencial para evaluar las necesidades de su organización y para obtener los datos iniciales, que han de ser utilizados para medir los principales indicadores de cambio a lo largo del tiempo.

b. La violencia basada en género como un problema de salud pública

Un conjunto cada vez mayor de pruebas epidemiológicas confirma que la violencia basada en género puede causar o agravar un sinnúmero de problemas vinculados a la salud de la mujer, como los delineados en la figura abajo, la cual fue producida por el Center for Health and Gender Equity (CHANGE).

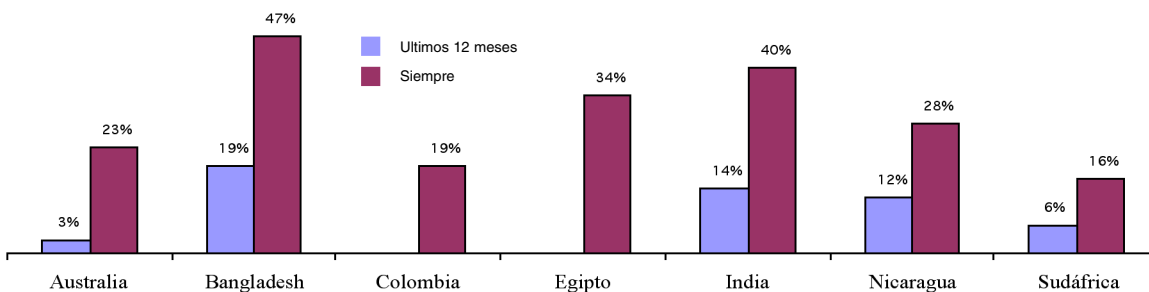
Consecuencias de la violencia para la salud de la mujer



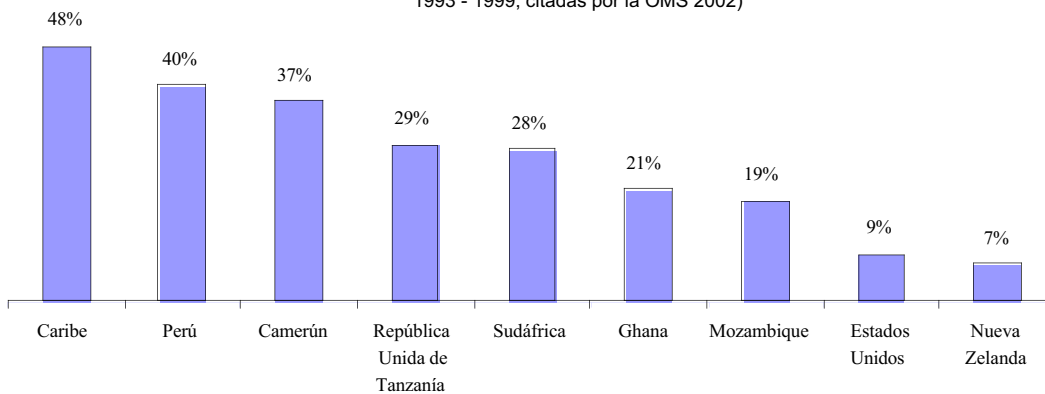
Este cuadro ha sido reimpresso con permiso del Center for Health and Gender Equity, (CHANGE; Centro para la Salud y la Igualdad de Género), tal como se publicó en Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) Ending Violence Against Women. Population Reports, Volumen XXVII, Número 4, Serie L, Número 11.

Mientras que la prevalencia de los distintos tipos de violencia basada en género varía según el contexto, los estudios epidemiológicos indican que la violencia física y sexual contra la mujer es un problema de salud pública en casi todas partes del mundo. Los cuadros que aparecen a continuación muestran datos citados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su publicación *World Report on Violence and Health (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud)*.²⁰

Porcentaje de mujeres adultas que refirieron agresión física por un compañero íntimo
(Todas las cifras surgen de estudios de población entre 1991–1999)



Mujeres adolescentes que reportaron iniciación sexual forzada, porcentaje de mujeres que han tenido relaciones sexuales (Cifras basadas en estudios de población realizados entre 1993 - 1999, citadas por la OMS 2002)



A pesar de estas pruebas, muchos profesionales de la salud no reconocen la conexión entre la violencia y la salud de la mujer. La violencia contra la mujer tiende a ser una “epidemia silenciosa”, no reconocida por la sociedad y raramente incluida en la capacitación profesional del personal médico. Con frecuencia, profesionales de la salud creen que la violencia contra la mujer es un problema social que no guarda relación con su labor diaria y no reconocen la violencia como la causa o

el factor que contribuye a una lesión, infección o a trastornos crónicos. Pueden subestimar el riesgo de una lesión futura y hasta la posibilidad de muerte. Los profesionales pierden así la oportunidad de suministrar la atención médica adecuada y reducir los probables riesgos. Lo que es aún más serio, pueden agravar el sufrimiento de la mujer al minimizar el problema, expresar actitudes negativas hacia las víctimas o tomar medidas que pongan en riesgo la seguridad de la mujer.

Existe una tendencia en las y los trabajadores de salud, en especial las y los médicos, a creer que la violencia basada en género no es un problema de salud, sino que pertenece a la esfera de psicólogos o trabajadores sociales.

¿Qué significa para una organización de salud enfocar la violencia contra la mujer como un problema de salud pública?

- Educar a todo el personal de salud que pertenece a la organización acerca de la epidemiología de la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer, teniendo en cuenta la magnitud del problema, la tipología de violencia en la comunidad circundante y las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer.
- Garantizar que las políticas y protocolos de la organización incorporen el tema de la violencia basada en género.
- Tomar los recaudos necesarios para que el personal de salud se encuentre capacitado para reconocer las consecuencias directas e indirectas de la violencia basada en género, y para detectar las señales y síntomas clave.
- Asegurarse que el personal de salud comprenda los peligros potenciales y los riesgos que enfrentan aquellas mujeres que viven en situación de violencia y que conozca la manera de aumentar la seguridad de la mujer.
- Garantizar que el personal comprenda la gravedad de violar la confidencialidad del paciente con otros compañeros o con integrantes de la familia, especialmente cuando se trata de temas como el embarazo, la anticoncepción, el aborto, las infecciones de transmisión sexual o el VIH.
- Convencer a las y los proveedores que discutir el tema de la violencia durante una consulta médica no es una pérdida de tiempo.
- Comunicar a las y los proveedores que toda información sobre la violencia es información médica importante, que debería incluirse en los registros médicos (a menos que la clínica decida que ello puede poner en riesgo la seguridad de la mujer).
- Alentar a los proveedores a que adopten la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud que afirma que “es el completo estado de bienestar físico, mental y social”, y no sólo la ausencia de enfermedad.²¹
- Revisar las políticas, la infraestructura, los recursos humanos y los materiales escritos de las clínicas para garantizar que, en casos de emergencias o situaciones de riesgo, las víctimas de la violencia cuenten con el acceso a servicios básicos.
- Incorporar, tanto en sus campañas de salud pública como en los proyectos educativos orientados a la comunidad, mensajes acerca de la prevención de la violencia y sobre los derechos humanos.
- Crear un ambiente de trabajo en el que no se tolere en absoluto la violencia y el acoso sexual.
- Utilizar los recursos de la organización para aumentar la conciencia sobre la violencia basada en género como un problema de salud pública y como una violación de los derechos humanos en la sociedad en general.

c. Adopción de un marco de derechos humanos

La mayoría de los Estados del mundo han firmado acuerdos internacionales que establecen que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos. Sin embargo, aún queda mucho trabajo por realizar para garantizar que esos acuerdos sean puestos en práctica. La triste realidad es que muchas sociedades poseen tradiciones culturales y normas que toleran o justifican la violencia contra la mujer y que culpan o estigmatizan a las víctimas. Por ejemplo, en algunos ámbitos, muchos hombres y mujeres

creen que los hombres tienen el derecho a disciplinar a sus esposas, o piensan que las mujeres y niñas que viven en situación de violencia sexual deben de haber hecho algo para provocar o merecer el abuso.

Ejemplos de actitudes negativas acerca de la violencia basada en género

Normas, actitudes y creencias	Ejemplos
Los esposos tienen derecho a emplear violencia física contra sus esposas	<p><i>Si es un gran error el que ha cometido, entonces el marido puede golpear a su mujer. ¿Por qué no? La vaca no es obediente si no la golpeas.</i> (Esposo, India)²²</p> <p><i>Golpear a las mujeres es una costumbre aceptada... perdemos el tiempo discutiendo este tema.</i> (Parlamentario, Papua Nueva Guinea)²³</p>
A las mujeres les gusta que se las trate con violencia	<p><i>Algunas mujeres no se sienten amadas si no las golpean en sus hogares.</i> (Enfermera, Sudáfrica rural)²⁴</p>
La violencia sexual perpetrada por el hombre contra la mujer es "normal" e inofensiva	<p><i>La violación en grupo muestra que las personas que la cometen aún tienen vigor, y eso está bien. Creo que así se sienten más normales.</i> (Legislador y ex miembro del gabinete ministerial del Japón)²⁵</p> <p><i>Si no eres virgen, ¿de qué te quejas? Esto es normal.</i> (Fiscal auxiliar a una víctima de agresión sexual, Perú)²⁶</p> <p><i>Los niños nunca quisieron hacerles daño a las niñas. Sólo querían violarlas.</i> (Subdirector de una escuela de internado, Kenia)²⁷</p>
Las víctimas de la violencia tienen la culpa de su propio sufrimiento	<p><i>Hay mujeres que parecen decir "Házmelo"... Las que tienen ese aspecto están en falta, porque los hombres son panteras negras.</i> (Secretario de Gabinete del Japón)²⁸</p> <p><i>La niña era sexualmente agresiva.</i> (Juez en Columbia Británica, Canadá, refiriéndose a la agresión sexual sufrida por una niña de tres años)²⁹</p>

Desafortunadamente, muchos profesionales de la salud comparten las normas, creencias y actitudes de la sociedad en la que viven. Las actitudes negativas hacia la mujer en general y hacia las víctimas de violencia en particular, pueden infligir aún más daño y evitar que profesionales puedan suministrar una atención médica adecuada. Mejorar las actitudes y creencias de las y los proveedores en relación a la violencia basada en género debería ser una responsabilidad de cada organización de salud; sin embargo, esta es una tarea que presenta desafíos y que requiere un enfoque a largo plazo. En el presente manual se sostiene que un marco de derechos humanos constituye una herramienta esencial para cambiar las perspectivas de profesionales de la salud con respecto a la violencia y las mujeres, transformar su manera de proveer atención, e incentivarlos a abogar por la dignidad humana.

Considerar la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos presenta un desafío, pero es un aspecto esencial para transformar la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La IPPF/RHO y otras organizaciones en América Latina recomiendan que las y los administradores de salud que deseen garantizar que su enfoque de la violencia basada en género se base en principios de salud pública y derechos humanos tengan en cuenta las siguientes lecciones aprendidas:

La capacitación en asuntos de género y en derechos humanos es una preparación esencial para mejorar la respuesta que el sector de la salud da a la violencia. La IPPF/RHO ha podido comprobar que las asociaciones miembro que ya habían sensibilizado a su personal en asuntos relacionados al género y los derechos humanos se encontraban mejor preparadas para tratar el tema de la violencia contra la mujer. En cambio, las asociaciones cuyo personal no había sido expuesto al tema de los derechos humanos, o se encontraban renuentes a aceptar la “perspectiva de género”, experimentaron mayores dificultades al tratar la violencia basada en género.

Los asuntos de género y derechos humanos pueden ser mal interpretados con facilidad. Los conceptos de equidad de género y derechos humanos a menudo no son interpretados adecuadamente, o no son aceptados por proveedores de salud en los países en desarrollo, a pesar de la existencia de acuerdos oficiales y declaraciones firmadas por los Estados en el ámbito internacional. Aún cuando profesionales hayan asistido a talleres sobre conciencia de género, pueden oponerse a la perspectiva de género o mal interpretar el concepto. En algunos casos, la IPPF/RHO ha comprobado que el personal de salud creía que una perspectiva de género simplemente significaba que los hombres y las mujeres debían ser tratados de manera igual. Otros creían que una perspectiva de género era un concepto superficial que podía ponerse en práctica, simplemente mediante el reemplazo de los pronombres masculinos por términos neutrales (“él/ella” en lugar de “él”), aún cuando seguían expresando actitudes que ignoraban o justificaban la discriminación social, política y económica contra la mujer en la sociedad.

Los malos entendidos acerca de las cuestiones de género y los derechos humanos pueden derivar en discusiones con alta carga emocional, a menos que las y los administradores traten esa problemática de manera cuidadosa. Proveedores de salud a menudo tienen creencias muy arraigadas en lo que se refiere a las cuestiones de género y los derechos de la mujer. Pedirle a profesionales de la salud que adopten una “perspectiva de género” puede poner a prueba sus creencias fundamentales y provocar una reacción negativa muy poderosa, a menos que las y los administradores enfoquen esos temas de manera tal que también se tengan en cuenta las experiencias y los valores del personal. En otras secciones de este manual se presentarán

sugerencias acerca de cómo enfocar ese tema durante la capacitación.

La perspectiva de derechos humanos es tan importante como la perspectiva de género. Si bien la perspectiva de género es importante para comprender las actitudes acerca de la violencia contra la mujer, es esencial adoptar una perspectiva de derechos humanos para poder modificar dichas actitudes. La IPPF/RHO ha comprobado que es posible resolver la hostilidad de algunos profesionales hacia el concepto de género mediante una mayor comprensión del marco de los derechos humanos. Aunque los derechos humanos siempre han sido una parte integral de la teoría acerca de los asuntos de género, la IPPF/RHO ha llegado a la conclusión que, a menudo, estos no son tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo capacitaciones en cuestiones de género para trabajadores de salud. Desafortunadamente, en ámbitos donde es común la falta de respeto a la dignidad humana, tratar por igual al hombre y a la mujer puede significar tratarlos con la misma falta de respeto. Lo que en definitiva hizo posible que las y los participantes de la iniciativa de la IPPF/RHO llegaran a un consenso en temas controvertidos acerca del “género”, fue el énfasis que se hizo en el tema de los derechos humanos. Todas las personas, ya se trate de hombres o de mujeres, tienen el derecho a vivir libres de la violencia. La mujer no debería tener que renunciar a este derecho para vivir con un hombre o para asegurar el sustento económico de sus hijos.

Abordar la cuestión de los derechos de la mujer constituye un importante desafío cuando se trata de una organización extremadamente jerárquica, o cuando la sociedad tolera la falta de respeto a los derechos humanos de manera general. Estimular el respeto por los derechos humanos puede constituir un importante desafío cuando las jerarquías establecidas por profesión, condición social, clase, género u origen étnico fomentan un ambiente donde no se trata con respeto a subordinados. En ámbitos médicos, a menudo, existen amplias diferencias de poder entre las y los médicos y otros trabajadores de salud, debido a diferencias de clase, género, origen étnico, sexo o profesión. Asimismo, en los países en desarrollo, las y los médicos en general pertenecen a una clase más alta que sus usuarias. En esos ámbitos, resulta especialmente importante que las organizaciones de salud promuevan el respeto entre el personal y hacia las usuarias.

Las y los administradores del programa pueden trabajar de muchas maneras, para incorporar una perspectiva de género y de derechos humanos al trabajo de la organización, por ejemplo:

- Reunir, leer y distribuir material educativo acerca de asuntos de género y derechos humanos.
- Motivar al personal de la institución a asistir a talleres sobre género y derechos humanos.
- Establecer alianzas con organizaciones locales y con individuos que se dediquen a temas en salud, género y derechos humanos.
- Evaluar la posibilidad de incorporar una perspectiva de género y derechos humanos en su actividad.
- Identificar la manera de fortalecer el compromiso de la institución con la equidad de género y los derechos humanos.
- Considerar la posibilidad de llevar a cabo una actividad que incluya toda la organización, como por ejemplo “Evaluación de la calidad de atención desde una perspectiva de género”, que es una metodología desarrollada por la IPPF/RHO.³⁰
- Garantizar que toda persona contratada para educar o capacitar al personal acerca de la violencia contra la mujer comprenda en profundidad los temas de género y derechos humanos.
- Asegurarse de que el enfoque de la organización hacia la violencia se base en un marco de género y derechos humanos.
- Desarrollar o fortalecer las políticas que reconozcan los derechos de las pacientes y prohíban el acoso sexual.

En la práctica

Desacuerdos sobre el concepto de “género”

Para el comienzo del proyecto, la mayor parte del personal que participaba en la iniciativa de la IPPF/RHO ya había asistido a talleres sobre asuntos de género. No obstante, durante la fase de planificación se suscitaron diversos desacuerdos agitados acerca de qué significaba ver las cosas desde una perspectiva de género. Por ejemplo, se presentó un debate donde se discutió si las intervenciones debían apuntar a los hombres como víctimas o como agresores.

La iniciativa había sido especialmente diseñada para satisfacer las necesidades de las mujeres víctimas de la violencia. Tanto la modalidad como las consecuencias de la violencia contra las mujeres difieren de la modalidad y las consecuencias de la violencia contra los hombres. Por ejemplo, la violencia intrafamiliar física y sexual (de cualquier tipo), afecta de manera desproporcionada a las mujeres³¹ y se encuentra íntimamente ligada a su condición de subordinación social y económica.³² Sin embargo, algunos participantes de la iniciativa regional de la IPPF/RHO sostenían que asignar recursos a la violencia contra la mujer, sin asignar los mismos recursos a las víctimas de violencia masculinas era “sexista” y constituía “una falta de sensibilidad con respecto a las cuestiones de género”.

Para lograr un consenso entre las y los participantes, la IPPF/RHO encontró de gran utilidad poner de relieve las implicaciones de la desigualdad de poder entre el hombre y la mujer, tal como lo destaca Ann Blanc,^{33, 34} y explorar las normas culturales y sociales que justifican, perdonan o ignoran el uso de la violencia perpetrada por el hombre contra la mujer, tal como lo han investigado Heise et al.³⁵ En última instancia, lo que unió a las y los participantes de la iniciativa regional fue el hincapié que se hizo en la inalienabilidad e indivisibilidad de los derechos; y en que las mujeres, en toda circunstancia, tienen el derecho a vivir libres de violencia. Las mujeres no deberían verse obligadas a renunciar a ese derecho para poder vivir con un hombre, o para asegurar el sustento económico de sus hijos. Esta experiencia sugiere que el concepto de “género” puede ser fácilmente mal interpretado y que es posible que la capacitación de campo sobre el “género” no siempre le preste suficiente atención a la cuestión de los derechos humanos.

d. Diagnóstico rápido de la situación

Antes de elaborar un plan para ayudar a su organización a responder a la violencia contra la mujer, las y los administradores necesitan tener al menos una comprensión preliminar de la situación jurídica, social y epidemiológica del país y de la comunidad regional o local. Por ejemplo, es útil obtener la siguiente información:

- Todos los estudios disponibles acerca de la epidemiología de la violencia contra la mujer en el área circundante, incluso información acerca de la prevalencia, las manifestaciones y las consecuencias de la violencia contra la mujer.
- Los servicios públicos o privados de los que disponen las mujeres que viven situaciones de violencia en el área de cobertura local. Entre ellos pueden figurar servicios médicos, jurídicos, psicológicos y sociales para la mujer.
- El marco legal a nivel local y nacional, incluso la legislación relativa a la violencia basada en género, los procedimientos para hacer cumplir las leyes y la manera real en que esas leyes se aplican o se podrían aplicar en la práctica.
- Políticas locales y nacionales relativas a la violencia basada en género. Por ejemplo, las políticas y los programas de los organismos gubernamentales como los ministerios de salud.
- Las propias experiencias de la organización trabajando para hacer frente al problema de la violencia basada en género (cuando ésta existiera). Por ejemplo, las lecciones aprendidas de la prestación de servicios a las víctimas de la violencia, los esfuerzos previos para capacitar al personal sobre los asuntos de género y de derechos humanos, las barreras conocidas y los desafíos, los logros o las experiencias de colaboración con redes u otras organizaciones individuales.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Preparar una organización para tratar el problema de la violencia basada en género puede constituir un proceso prolongado. Sin embargo, un análisis rápido de la situación constituye el primer paso en el proceso de educar a administradores acerca de los temas jurídicos, los recursos existentes, las experiencias de una institución y el contexto social y de servicios más amplio en la comunidad. Para ello, la IPPF/RHO elaboró una **“Herramienta para un Análisis Rápido de la Situación”** (consúltense las páginas siguientes). Se trata, simplemente, de una lista de dos páginas de preguntas destinadas a obtener una comprensión preliminar del contexto jurídico, administrativo e institucional. En definitiva, las y los administradores de salud podrían necesitar obtener información más detallada y estructurada sobre la vigencia de esos problemas en el país y en la región local. En otras secciones de este manual se brindan herramientas más precisas para obtener información sobre los mismos problemas, pero el análisis rápido de la situación constituye una manera de dar inicio al proceso.

Otras lecciones aprendidas de la iniciativa regional incluyen:

La información sobre la prevalencia de la violencia en el país o en la comunidad local puede ayudar a respaldar a los esfuerzos por mejorar la respuesta de los servicios de la salud.

Aunque los investigadores internacionales recaban cada vez más información sobre la prevalencia de la violencia basada en género, siempre es de utilidad para los programas de salud identificar la información existente tanto a nivel nacional como local, aunque ésta no haya sido publicada. Ese tipo de información local por lo general puede ser más relevante para las y los administradores de salud que la información proveniente de fuentes internacionales. La información obtenida de las propias usuarias por parte de las y los proveedores puede ser la más valiosa de todas.

Identificar cuáles son las otras organizaciones que se desempeñan en la esfera de la violencia basada en género constituye un paso fundamental en el esfuerzo por mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia.

Investigar y establecer alianzas con otras organizaciones en el área resulta importante por varios motivos. En primer lugar, posibilita que los programas de salud aprendan más acerca del problema de la violencia basada en género en general, y sobre la situación en su ámbito particular. Dicha colaboración es fundamental para que las mujeres dispongan de mayor acceso a los servicios que necesitan, dado que las necesidades de las mujeres que son objeto de la violencia por lo general no se limitan a la atención médica o a los servicios psicológicos.

Muchas organizaciones tienen algún tipo de experiencia con el problema de la violencia basada en género, aunque ésta no haya formado parte de un esfuerzo integral.

Las organizaciones de salud que consideren que recién comienzan a tratar el problema de la violencia basada en género quizá descubran que su institución cuenta con más recursos de los que imaginan. Por ejemplo, puede suceder que algunos miembros individuales del personal hayan obtenido capacitación con respecto al problema de la violencia basada en género, o que hayan comenzado a realizar detecciones a las mujeres por iniciativa propia. Es de gran importancia que las organizaciones de salud no ignoren la existencia de los recursos que puedan existir en su propia institución.

HERRAMIENTA PARA UN ANÁLISIS RÁPIDO DE LA SITUACIÓN

¿Cuál es el contexto general en torno al problema?

1. En términos generales, ¿qué se conoce del problema de la violencia basada en género en el área de cobertura de su programa de salud? ¿Existen en su región estudios sobre prevalencia del problema de la violencia basada en género o de algunas de sus manifestaciones? ¿Y en su país, estado o provincia, comunidad o institución?
2. ¿Cuenta el gobierno de su país con un plan nacional para tratar el problema de la violencia basada en género? Al nivel nacional, en el sector de salud, ¿existen políticas, planes y programas para tratar el problema de la violencia basada en género? ¿Cuáles son esas políticas y cómo se aplicarán en su comunidad?
3. ¿Qué tipo de servicios en materia de violencia basada en género se ofrecen en la comunidad a las mujeres y/o los perpetradores? Por ejemplo, ¿hay organizaciones que ofrecen grupos de apoyo para mujeres, programas estatales de protección a las personas menores de edad, albergues/refugios, organismos no gubernamentales que brinden asistencia legal, psicológica y social a las mujeres víctimas de la violencia basada en género?
4. En el área de cobertura de su programa de salud, ¿cuáles son los lugares principales de detección y atención de mujeres adultas con experiencias de violencia basada en género (ONG, oficinas receptoras de denuncia, hospitales, etc.)?
5. En el área de cobertura de su programa de salud, ¿cuál es el principal lugar de detección y atención de niñas y adolescentes con experiencias de violencia?
6. Dentro de su comunidad, estado/provincia o país, ¿existen redes de organizaciones que trabajen con el problema de la violencia basada en género?

¿Cuál es la caracterización del marco legal/ administrativo?

7. ¿Existen en el país leyes que sancionen la violencia intrafamiliar contra las mujeres? ¿Qué ámbitos abarca y cuáles son las acciones que se sancionan?
8. ¿Existen en el país leyes que sancionen la violencia sexual? ¿Cuáles acciones se tipifican como delitos y cuáles quedan impunes?
9. ¿Cuál es la eficacia de dicha legislación? ¿Se conocen datos sobre el número de denuncias en comparación con el número de sentencias?
10. ¿Existen instituciones o programas que den seguimiento a la efectividad y al impacto de las leyes contra la violencia?
11. ¿Existe en el país un Código sobre Niñez y Adolescencia? ¿Qué dice en materia de violencia contra personas menores de edad?
12. ¿Qué obligaciones tienen las y los proveedores de servicios de salud ante situaciones de abuso físico o sexual? Por ejemplo, ¿se les exige denunciar los casos de violencia ante la justicia o la autoridad de salud pública? ¿En qué difieren estas obligaciones si la víctima de abuso es una niña, una adolescente o una mujer adulta?
13. ¿Qué medidas legales existen en el país para dar protección a las víctimas de violencia? ¿Quién las hace cumplir? ¿Qué sanciones se contemplan ante el incumplimiento de las medidas?
14. ¿Cuál es la institución(es) encargada(s) de recibir denuncias de violencia? ¿Cuáles son los requisitos y procedimientos para formularlas? ¿Existen diferencias en los requisitos y procedimientos administrativos o legales para la recepción de denuncias cuando se trata de víctimas menores de edad?
15. ¿Cuál es el organismo gubernamental o la institución en el país encargado de proteger y velar por los derechos de las personas menores de edad? ¿Qué procedimientos requieren para iniciar procesos de protección? ¿Cuáles son las principales estrategias de protección que la institución ofrece para situaciones de incesto y abuso sexual en la niñez, maltrato físico, negligencia y explotación sexual comercial, entre otros? ¿Existe en el área de cobertura de su programa de salud una oficina de representación de dicha institución?

HERRAMIENTA PARA UN ANÁLISIS RÁPIDO DE LA SITUACIÓN

16. En lo que respecta a la recolección de pruebas forenses, ¿qué servicios y profesionales de salud están autorizados para realizar los exámenes forenses, tanto en caso de violencia sexual como violencia física? ¿Existen diferentes requisitos y procedimientos cuando se trata de víctimas personas menores de edad? Estos servicios, ¿son gratuitos? ¿Están disponibles en el área de cobertura del programa? ¿Las personas encargadas de tales procedimientos tienen capacitación en dar atención a víctimas de la violencia basada en género?
24. ¿Cuáles son las posibles barreras dentro de su institución para el establecimiento y aplicación de un plan de atención a la violencia basada en género?
25. ¿Cuáles son los recursos humanos y financieros disponibles para tratar el tema de la violencia basada en género?

¿Cuál es el contexto institucional de su organización de salud?

17. Dentro de su institución, ¿existen experiencias de trabajo específico en violencia basada en género o alguna de sus manifestaciones? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas?
18. ¿Existen personas dentro de su institución con capacitación específica para el trabajo en el área del género? ¿Y en derechos humanos o violencia basada en género? ¿Cuándo obtuvieron la capacitación y qué tipo de capacitación recibieron?
19. ¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema de la violencia basada en género, dentro de su institución? Este tipo de información, ¿está a disposición del personal de su institución?
20. ¿Existen políticas y protocolos institucionales para el enfoque del tema de la violencia basada en género?
21. Su institución, ¿tiene experiencias de coordinación con otras instituciones para la atención de la violencia basada en género o alguna de sus expresiones? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas?
22. ¿Qué procedimientos se siguen para la entrevista de detección, recolección de pruebas, registro/documentación del caso, denuncia, atención y referencia, en materia de violencia basada en género? Tomar en cuenta tanto los servicios comunitarios como los ofrecidos en su organización de salud. Los procedimientos en su institución ¿toman en cuenta los requisitos legales?
23. ¿Su institución cuenta con información sobre las actitudes, las convicciones y el conocimiento del personal en lo relativo a la violencia basada en género?

e. Identificación de las metas, los objetivos y las estrategias principales

Independientemente de las actividades que planifique poner en práctica un programa de salud, una parte fundamental de la planificación de un nuevo esfuerzo consiste en establecer metas, desarrollar objetivos, identificar las estrategias principales y los indicadores que permitan medir si el esfuerzo logró los resultados esperados. Identificar objetivos y medir el progreso resulta de especial importancia en el área de la violencia basada en género, dada la necesidad de aprender más acerca de un mejor enfoque del tema y la posibilidad de que los servicios de salud pongan a las mujeres en peligro si sus esfuerzos carecen de un diseño adecuado.

Mientras que algunas organizaciones utilizan los términos “metas, objetivos y actividades”, otras usan “objetivos, opiniones, resultados, consecuencias e impacto.” Sin perjuicio de la terminología empleada, es de vital importancia definir qué se desea lograr, cómo se piensa obtener esos logros, cuáles serían los indicadores de éxito y cómo se medirán esos indicadores. Los términos definidos en la próxima página fueron desarrollados por IPPF/RHO y serán utilizados en este manual.³⁶

El desarrollo de un “marco lógico” puede ser de utilidad para planificar el proyecto, recaudar fondos y realizar evaluaciones.

Una vez que se han identificado los objetivos y estrategias, éstos pueden inscribirse en una matriz denominada “marco lógico”. Muchos donantes requieren marcos lógicos para brindar fondos, pero éstos pueden ser también herramientas útiles de planeación, aun cuando no se les requiere para la financiación. Más información sobre los marcos lógicos se encuentran en las secciones II. e y II. f de este manual. Una muestra del marco lógico también se encuentra en el Anexo A.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Es útil crear un compromiso con los derechos humanos y con la transformación de toda la organización para que coincida con las metas, objetivos y estrategias. Como ya se planteó en este manual, mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia basada en género depende del compromiso con los derechos humanos y de la transformación de toda la organización. Convertir esos principios en las metas, los objetivos y las actividades es una manera importante de asegurar que esos principios orienten las labores de la organización.

Independientemente de la terminología, resulta fundamental identificar qué se desea lograr, y no solamente las actividades que se piensa llevar a cabo. Desafortunadamente, en general los programas se concentran en cómo realizarán su trabajo, en vez de enfocarse en los resultados que las actividades deben obtener. Por ejemplo, quizá se concentran en cuántos servicios se proponen brindar o qué clase de programa de capacitación piensan elaborar, sin poder identificar claramente qué desean lograr con esos servicios o programas de capacitación.

Términos Utilizados por IPPF/RHO		
Término	Definición	Ejemplos
Meta	¿Cuál es la totalidad del problema que debe resolverse? Debe ser lo suficientemente amplio para que el programa de salud sólo realice una colaboración parcial.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las vidas de las mujeres víctimas de la violencia basada en género en una sociedad determinada. • Reducir los niveles de violencia contra las mujeres en una comunidad determinada.
Objetivos / resultados intermedios	Un logro específico y mensurable que puede contribuir al objetivo más amplio. Se debe pensar en los resultados que se quieren lograr, no en el proceso que se utilizará para alcanzar esos resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las y los administradores de salud con respecto a la violencia basada en género.
Actividades / intervenciones	<p>¿Cómo proponen alcanzar sus objetivos?</p> <p>¿Qué actividades o intervenciones se llevarán a cabo para lograr resultados? Estas actividades son el medio para obtener un fin, no el fin en sí mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a las y los profesionales de la salud en tres clínicas. • Reemplazar las cortinas con paredes para garantizar que las consultas médicas se lleven a cabo en un ámbito de privacidad.
Indicadores de proceso	Los indicadores que se utilizan para supervisar la cantidad y los tipos de actividades que se pueden llevar a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad y los tipos de servicios prestados. • La cantidad de integrantes del personal capacitados. • La cantidad y el tipo de materiales de capacitación producidos. • La cantidad de paredes levantadas o reforzadas. • La cantidad y el porcentaje de usuarias sometidas a una detección.
Indicadores de resultado	Los indicadores que se utilizan para evaluar si se alcanzaron los objetivos/resultados esperados.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores seleccionados de conocimiento, actitudes y prácticas medidos por las encuestas de las y los proveedores. • Indicadores seleccionados de privacidad y confidencialidad medidos por la observación estructurada de cada clínica. • Las percepciones de las sobrevivientes sobre la calidad y los beneficios de los servicios brindados por la organización, según la medición resultante de las entrevistas individuales.

PASOS SUGERIDOS PARA DESARROLLAR METAS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

PASO 1: *Seleccionar el área (o tipo de trabajo) que su organización desea abordar.* El primer paso consiste en que la organización de salud identifique el área general en la cual se desempeñará. Por ejemplo, las organizaciones de salud podrán trabajar en las siguientes áreas:

- **La respuesta del servicio de salud:** Mejorar la calidad de atención que reciben las sobrevivientes de violencia en el ámbito de atención de salud (con o sin la realización de detecciones de rutina).
- **Crear conciencia en la comunidad:** Crear conciencia a través de los medios masivos de comunicación, las campañas, los programas educativos para jóvenes, etc., de que la violencia basada en género es un problema de salud pública.
- **Educar a profesionales clave:** Aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes de grupos clave como jueces, personas encargadas de formular políticas, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, etc.
- **Mejorar las leyes y las políticas:** Contribuir a mejorar la protección jurídica de la mujer, mediante, por ejemplo, leyes más estrictas y una mejor aplicación de las mismas.
- **Investigación:** Aumentar el grado de conocimiento sobre la prevalencia, los patrones y las consecuencias (etc.) de la violencia contra la mujer y/o las intervenciones eficaces.

PASOS SUGERIDOS PARA DESARROLLAR METAS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS CONTINUADO

PASO 2: *Identificar los objetivos que corresponden a esas áreas.* Los programas de salud necesitan contar con objetivos diversos, según el área en que se propongan trabajar. Por ejemplo, estos son los objetivos que la IPPF/RHO utilizó en algunas de las áreas antes mencionadas:

Área	Objetivos generales	Objetivos específicos
Servicios de salud	Mejorar la repuesta de los servicios de salud a las necesidades de las mujeres víctimas de la violencia basada en género.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento, las prácticas y las actitudes de las y los proveedores. • Dar mayor privacidad y confidencialidad a los registros y las consultas de las usuarias. • Aumentar la capacidad de las y los proveedores de evaluar los riesgos y de intervenir en los casos de crisis de mujeres que hayan sido víctimas de la violencia basada en género. • Aumentar el acceso de las mujeres a los servicios que brinden asistencia a las víctimas de la violencia basada en género.
Conciencia comunitaria	Crear conciencia en la comunidad de que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear conciencia entre las usuarias de que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. • Aumentar el conocimiento y promover cambios de actitud entre grupos seleccionados (por ejemplo, las y los jóvenes que estén participando en los programas educativos).
Leyes y políticas	Contribuir a mejorar la legislación y la aplicación de las leyes en materia de violencia basada en género.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las leyes que protegen a las mujeres de la violencia basada en género. • Mejorar la manera en que la policía y el sistema judicial aplican las leyes. • Crear conciencia, aumentar el conocimiento y modificar las actitudes del personal encargado de hacer cumplir las leyes en lo que respecta al problema de la violencia basada en género.

PASO 3: *Identificar las actividades, intervenciones o estrategias que se emplearán para alcanzar esos objetivos.* El próximo paso consiste en identificar las actividades que le permitirán a su organización alcanzar los objetivos y los resultados deseados. El resto de este manual explora, por ejemplo, las diferentes estrategias que se pueden utilizar para fortalecer la respuesta del servicio de salud ante la violencia, pero las actividades específicas que emprenda su organización dependerán del entorno local y de los recursos disponibles.

PASO 4: *Desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación que incluyan los indicadores que se utilizarán para medir el progreso con vistas a lograr sus objetivos.* Al mismo tiempo que se desarrollan las metas, los objetivos y las estrategias, se debería elaborar un plan de evaluación y monitoreo. La próxima sección de este manual ofrece sugerencias específicas para desarrollar planes de evaluación y monitoreo, a fin de mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia.

PASOS SUGERIDOS PARA DESARROLLAR METAS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS CONTINUADO

PASO 5: *Recordar el objetivo original y medir los resultados a medida que se pone en práctica cada estrategia.* Al poner en práctica el marco lógico, es importante recordar el propósito y los resultados deseados de cada actividad. Identificar claramente los objetivos o resultados deseados de cada estrategia es una buena manera de concentrarse en **qué** se intenta lograr y constituye, al mismo tiempo, un compromiso con el monitoreo y la evaluación de los resultados.

Actividad	Objetivos posibles
Capacitar a las y los proveedores.	<p>Mejorar la actitud, el conocimiento y las prácticas del proveedor.</p> <p>Garantizar que los proveedores comprendan que la institución considera la violencia contra la mujer un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.</p>
Realizar detecciones de rutina para identificar instancias de violencia basada en género.	<p>Hacer posible que las víctimas de violencia puedan compartir sus experiencias de violencia basada en género con las y los proveedores de salud.</p> <p>Aumentar la capacidad de las y los proveedores de salud para hacer un diagnóstico adecuado y brindarles atención a sus usuarias.</p> <p>Aumentar la proporción de las mujeres que sepan dónde buscar ayuda en casos de violencia basada en género.</p> <p>Aumentar el grado de conciencia de las mujeres de que la violencia basada en género es un problema de salud.</p>
Referir a aquellas mujeres que han vivido experiencias de violencia.	<p>Aumentar el conocimiento de las mujeres sobre las posibles fuentes de ayuda.</p> <p>Ayudar a las mujeres víctimas de la violencia basada en género a mejorar su situación (por ejemplo, a manejar, escapar o recuperarse de la violencia).</p>
Prestar servicios especializados a las mujeres que han vivido experiencias de violencia (por ejemplo, grupos de apoyo).	<p>Mejorar las vidas de las mujeres que han vivido experiencias de violencia.</p>

f. Desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación

Dado que la violencia basada en género es un tema relativamente nuevo dentro del sector de la salud, aún hay mucho desconocimiento acerca de la mejor manera en que los programas de salud pueden proteger la salud, los derechos y la seguridad de las mujeres víctimas de violencia. Sería óptimo que un programa de salud pudiera medir el progreso realizado con relación a los objetivos y evaluar si una intervención determinada ha obtenido beneficios o ha creado riesgos adicionales. Sin embargo, muchos programas de salud ponen en práctica actividades sin aclarar qué resultados intentarán alcanzar o sin determinar si, en realidad, han alcanzado esos resultados.

Los programas de salud que dan respuesta al problema de la violencia tienen una responsabilidad bastante amplia en lo que respecta a la inversión en monitoreo y evaluación, dada la posibilidad de que una intervención con una planeación deficiente puede exponer a las mujeres a mayor riesgo o infligir un daño no intencional. Por ejemplo, ¿qué sucede si una sesión de capacitación no logra cambiar los juicios erróneos y prejuicios que pueden causarles daño a las víctimas de violencia, o peor aún, si los refuerza? ¿O qué sucede si la puesta en marcha de una política de detección de rutina aumenta el riesgo de las mujeres de sufrir violencia o daño emocional? Dado que el monitoreo y la evaluación constituyen una manera esencial de proteger la salud, los derechos y el bienestar de la mujer, la mayoría de los capítulos de este manual incluyen una sección dedicada a este tema.

Recuerde: el primer principio de la medicina es no causar daño. Si los programas de salud no evalúan su trabajo, no sabrán si les han causado un beneficio a las mujeres o si las han expuesto a mayor riesgo.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La colaboración entre personal con experiencia en el diseño de programas y el personal con experiencia en evaluación puede beneficiar en gran medida las intervenciones referidas a la violencia. Los integrantes del personal de programas y de la evaluación de la IPPF/RHO tuvieron idéntica participación en la planeación, el diseño y la implementación de la iniciativa regional; lo que constituyó un raro privilegio, ya que la escasez de recursos por lo general impide que el personal de los

programas de salud pueda dedicar tiempo suficiente para realizar evaluaciones. Esa colaboración demostró ser una gran virtud de la iniciativa, y recomendamos que en la medida de lo posible se emplee ese enfoque en otros programas de salud.

El monitoreo y la evaluación deben ser partes integrales de toda intervención en materia de violencia, y no actividades separadas o secundarias. Es de vital importancia que desde el comienzo y a lo largo de todo el proceso se incorporen planes para el monitoreo y la evaluación en toda intervención. Al identificarse los objetivos del trabajo, también es necesario garantizar que se puedan medir esos objetivos con los recursos disponibles. La evaluación no es algo que pueda postergarse hasta que la intervención ya esté en marcha, dado que por lo general exige datos de base que puedan utilizarse para medir el cambio a lo largo del tiempo.

El monitoreo y la evaluación no son un lujo, sino que constituyen la única manera de asegurar que las estrategias funcionen. En los países en desarrollo, muchos programas de salud se sienten obligados a invertir en “programas” más que en “evaluación”. Sin embargo, al hacer esto no se tiene en cuenta el papel esencial que desempeña la evaluación cuando se trata de determinar si un programa es eficaz y cómo se lo puede mejorar.

Buscar maneras creativas para superar las limitaciones de recursos. Muchos programas de salud en los países en desarrollo tienen recursos limitados para poner en práctica las labores de monitoreo y evaluación. Algunos carecen de computadoras, otros de personal con experiencia en métodos de evaluación, mientras que otros simplemente carecen de fondos para contratar entrevistadoras externas. Cuando los programas de salud se enfrentan a estas limitaciones, las siguientes estrategias pueden resultar útiles:

- Al entregar propuestas a donantes, incluir un en el presupuesto un montante generoso para el monitoreo y evaluación.
- Usar los recursos de los que se dispone de manera inteligente: elegir métodos que sean factibles, confiables, y que tengan más probabilidades de recabar información que mejore sus programas.
- No recabar más información de la que se pueda analizar o utilizar.
- Hallar maneras de combinar recursos y colaborar con otras organizaciones. Por ejemplo, en algunos ámbitos, los estudiantes universitarios pueden ofrecer asistencia a bajo costo a cambio de obtener más experiencia en investigación.

Reconocer la diferencia entre indicadores de proceso e indicadores de resultado. Los programas de salud tienden a obtener mucha información sobre el proceso (por ejemplo, la cantidad de actividades que se pusieron en marcha) y no tanta sobre los resultados o efectos. En algunos casos, dichos programas ni siquiera intentan determinar si sus actividades fueron eficaces o beneficiosas. Esto se vuelve particularmente problemático cuando se trabaja con cuestiones referidas a la violencia, dado que los programas de salud tienen la importante responsabilidad ética de garantizar que sus servicios hagan el bien sin causar perjuicios. La tabla abajo ofrece definiciones breves y ejemplos de indicadores de proceso, y los compara con los indicadores de resultados.

Cuando no se pueden identificar los indicadores de éxito cuantitativos, los métodos cualitativos ofrecen una alternativa valiosa. Al evaluar la respuesta del servicio de salud a la violencia basada en género, por lo general resulta difícil hallar efectos o indicadores cuantificables para medir los beneficios o los riesgos. Cuando no es posible medir los beneficios o los riesgos en términos simples cuantitativos, casi siempre es posible recopilar datos cualitativos, como información acerca de las perspectivas de las y los proveedores de salud y de las mujeres que acuden en busca de servicios. El desafío que representa la evaluación de determinadas clases de objetivos no debe utilizarse como excusa para evitar una evaluación completa.

La información sobre las perspectivas de las usuarias y proveedores es esencial. Los esfuerzos en materia de evaluación deberían incluir entrevistas y/o debates grupales con las usuarias y las y los proveedores. Resulta especialmente importante asegurarse de que los programas de salud escuchen las perspectivas de las mujeres durante el proceso de diseño y evaluación de sus programas.

Los programas de salud deben compartir los resultados de la evaluación con su personal. Las y los integrantes del personal necesitan que se les comunique los resultados de su trabajo, además de la oportunidad de sugerir maneras de mejorar el desempeño de los programas de salud. Los programas de salud que recopilan datos en materia de monitoreo y evaluación tienen la responsabilidad de compartir esa información con su personal, y de brindar a sus integrantes la oportunidad de debatir los resultados con la administración.

Identificar los objetivos e indicadores, y las maneras de medir esos indicadores en cada área de programa. Un plan completo de monitoreo y evaluación para los servicios de salud puede ser muy detallado, pero una matriz que identifique los objetivos, indicadores y medios de verificación (por ejemplo, qué tipos de métodos de recolección de datos se utilizarán para medir esos indicadores) es el primer paso para elaborar un plan de monitoreo y evaluación. La matriz de la página siguiente muestra algunos ejemplos.

Tipo de indicador	Definición	Ejemplos
Indicadores de proceso	Los indicadores que se pueden utilizar para el monitoreo de la cantidad y los tipos de actividades que se pueden llevar a cabo	<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad y los tipos de servicios brindados • La cantidad de integrantes del personal capacitados • La cantidad y el tipo de material de capacitación producido • La cantidad de paredes levantadas o reforzadas • La cantidad y el porcentaje de usuarias sometidas a detecciones
Indicadores de resultado	Los indicadores que se pueden usar para evaluar si se alcanzaron los objetivos/resultados deseados	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores seleccionados de conocimiento, actitudes y prácticas, medidos por una encuesta de proveedores • Indicadores seleccionados de privacidad y confidencialidad, medidos por una observación estructurada llevada a cabo en cada clínica • Las percepciones de las sobrevivientes acerca de la calidad y los beneficios de los servicios brindados por la organización, medidos por medio de entrevistas individuales

MUESTRA DE MATRIZ DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

La siguiente matriz brinda ejemplos de objetivos, indicadores y métodos que pueden utilizarse para monitorear y evaluar el esfuerzo tendiente a fortalecer la respuesta que el sistema de salud brinda a la violencia. Los indicadores están redactados en términos generales, pero sería ideal que un plan de monitoreo y evaluación enumere indicadores más específicos. Cada método enunciado en la columna derecha corresponde a una herramienta incluida en el presente manual. Esas herramientas están detalladas en la página siguiente, junto con una breve descripción. (La siguiente matriz está basada en un proyecto con una duración de tres años).

(Por favor ver la página siguiente)

MUESTRA DE MATRIZ DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Objetivo General: Mejorar la respuesta que, desde el sistema de salud, se brinda a la violencia basada en género

Objetivos específicos	Tipos de indicadores	Métodos para medir los indicadores	Frecuencia
Mejorar el conocimiento, las actitudes y prácticas de las y los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de proveedores que informan actitudes, conocimiento y prácticas seleccionados (cuantitativo) 	Encuesta CAP de proveedores	Línea de base (año 1) y seguimiento (año 3)
Aumentar la toma de conciencia de las y los proveedores en materia de violencia basada en género como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Perspectivas de las y los proveedores con miras a tratar la violencia basada en género (cualitativo) 	Reuniones informales mensuales Entrevistas en profundidad Debates grupales	Mensualmente A mitad de período (año 2)
Fortalecer la privacidad y la confidencialidad dentro de las clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de clínicas con áreas de consulta privadas (cuantitativo) 	Guía de Observación de clínicas	Línea de base (año 1) y seguimiento (año 3)
Mejorar los recursos, las políticas y la infraestructura de las clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad y tipos de materiales de IEC disponibles (cuantitativo) Cantidad y tipos de políticas, protocolos y directorios por escrito que contengan elementos clave (cuantitativo) 	Lista de Verificación Administrativa	De manera continua
	<ul style="list-style-type: none"> Perspectivas de las y los proveedores (cualitativo). 	Debates grupales Encuesta CAP de las y los proveedores	A mitad de período (año 2) Línea de base (año 1) y seguimiento (año 3)
Incrementar los niveles de detecciones, documentación y referencia	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de usuarias sometidas a detecciones y referidas según las políticas de las clínicas (cuantitativo) 	Estadísticas del servicio de rutina Revisión aleatoria de registros	De manera continua A mitad de período (año 2) y seguimiento (año 3)
Garantizar la calidad de atención durante la detección	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarias que informan que su detección se realizó de manera privada, no durante un examen clínico, y de manera respetuosa y cuidadosa (cuantitativo). 	Encuesta de salida de la usuaria	A mitad de período (año 2)
	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de proveedores que son capaces de demostrar su habilidad para realizar una detección y responder adecuadamente a una revelación de un hecho de violencia durante un juego de roles (cuantitativo). 	Juego de rol	Periódicamente año 1
Mejorar la calidad de atención brindada a la mujer	<ul style="list-style-type: none"> Perspectivas de las usuarias y las y los proveedores (cualitativo) 	Entrevistas en profundidad Debates grupales	A mitad de período (año 2)
Mejorar la situación de las sobrevivientes de la violencia basada en género	<ul style="list-style-type: none"> Perspectivas de las sobrevivientes acerca de la calidad de los servicios, beneficios y riesgos (cualitativo) 	Línea de base (año 1)	

HERRAMIENTAS DEL MANUAL PARA EVALUAR LA RESPUESTA QUE EL SERVICIO DE SALUD BRINDA A LA VIOLENCIA

Los Anexos del presente manual contienen una serie de herramientas de recolección de datos que las y los administradores de salud pueden utilizar para evaluar su trabajo con miras a mejorar la respuesta que el sector de la salud brinda a la violencia contra la mujer. Esas herramientas pueden utilizarse tal como se las describe, o pueden ser adaptadas al ámbito y necesidades individuales de los diversos programas de salud. La lista que aparece a continuación brinda un breve resumen de la herramienta, los tipos de datos que se pueden obtener y una breve descripción de la manera en que deberían utilizarse.

Cuestionario para evaluar el conocimiento, y las actitudes y prácticas (CAP) de las y los proveedores. La IPPF/RHO diseñó un cuestionario para recabar información sobre el conocimiento, y las actitudes y prácticas de las y los proveedores de salud en materia de violencia basada en género. El cuestionario consta de aproximadamente 80 preguntas. Aunque algunas de las preguntas son abiertas, la mayoría de las preguntas son cerradas para facilitar el tabulado y análisis de los resultados. El cuestionario cubre diversos temas, incluyendo: cuándo y con qué frecuencia las y los proveedores hablaron de la violencia con las usuarias; qué opinan las y los proveedores de las barreras que afectan la detección; qué hacen las y los proveedores cuando descubren que una usuaria ha vivido una experiencia de violencia; cuáles son las actitudes hacia las mujeres víctimas violencia; qué grado de conocimiento existe acerca de las consecuencias de la violencia basada en género, y qué tipo de capacitación previa han recibido las y los proveedores. Este cuestionario también se puede adaptar para evaluar una capacitación específica. Una posibilidad sería usar todo o parte del cuestionario antes de empezar el taller y utilizar sólo parte del cuestionario una vez finalizado éste. Si se utiliza el cuestionario inmediatamente “antes y después” de una capacitación en particular, será posible medir los cambios logrados en materia de conocimientos. No obstante, los cambios de actitud y en las prácticas requieren más tiempo.

Observación clínica / Guía de entrevistas. La observación clínica/guía de entrevistas recaba información acerca de los recursos humanos, físicos y escritos disponibles en una clínica. La primera mitad de la guía consiste en una entrevista con un grupo pequeño de integrantes del personal (por ejemplo, la directora de la clínica, un médico y una orientadora). Esta sección incluye preguntas acerca de los recursos humanos; los protocolos escritos en materia de detección de la violencia basada en género; los sistemas de atención y referencia y otros recursos disponibles en la clínica, como por ejemplo, si la clínica ofrece servicios de anticoncepción de emergencia. En la

medida de lo posible, la guía orienta a la entrevistadora a pedir una copia o un ejemplo del material para confirmar que el mismo exista y esté disponible en la clínica. La segunda parte de esta guía contiene un análisis de la infraestructura física y el funcionamiento de la clínica, como la privacidad en las áreas de consulta (por ejemplo, si es posible ver u oír a las usuarias desde afuera), así como la disponibilidad de materiales informativos sobre la violencia basada en género.

Cuestionario de salida de la usuaria. El cuestionario de salida de la usuaria es un instrumento de estudio estándar para recabar información acerca de la opinión de las usuarias en cuanto los servicios recibidos. Esta encuesta está diseñada para los servicios de salud que han puesto en práctica una política de detección. Vale la pena destacar que las encuestas de salida tienden a tener una importante limitación: muchas usuarias no quieren compartir una opinión negativa de los servicios, en especial cuando la entrevista se lleva a cabo en un centro de salud. La IPPF/RHO no pudo entrevistar a las usuarias fuera de la clínica, pero procuró que ninguna de las entrevistadoras pertenecieran a la organización, para garantizarles a las mujeres participantes que no se violaría el carácter confidencial de las entrevistas. El cuestionario contiene, en su mayoría, preguntas cerradas sobre los servicios. En efecto, le pregunta a las mujeres si se las interrogó acerca de la violencia basada en género y cómo se sintieron al responder esas preguntas. Sin embargo, el cuestionario no le pide a las mujeres que revelen si han sido víctimas de un hecho de violencia.

Protocolo resumido para recabar datos de evaluación cualitativos acerca de las perspectivas de usuarias y proveedores. La IPPF/RHO realizó una evaluación de mitad de período que consistía principalmente en obtener datos cualitativos acerca de las perspectivas de usuarias y proveedores. El protocolo completo es demasiado extenso para ser incorporado a este manual. Sin embargo, hemos incluido un resumen de los métodos utilizados. Recolectar datos cualitativos acerca de las perspectivas de proveedores y usuarias por lo general exige que se contrate a alguien con amplia experiencia en métodos de recolección de datos cualitativos y en el manejo de temas delicados como la violencia basada en género. Los métodos descritos en este resumen incluyen entrevistas en profundidad y métodos participativos, tales como los debates grupales. El resumen brinda también una idea sobre qué tipos de proveedores, usuarias y otros interesados se invitan a participar.

HERRAMIENTAS DEL MANUAL PARA EVALUAR LA RESPUESTA QUE EL SERVICIO DE SALUD BRINDA A LA VIOLENCIA *CONTINUADO*

Tablas modelos para obtener información sobre la detección.

Para garantizar que las tres asociaciones participantes pudieran obtener datos de detección comparables, la IPPF/RHO elaboró una serie de tablas modelos que cada asociación completó cada seis meses. Estas tablas podrían resultar de utilidad para otros programas de salud, y ello dependerá de si el programa de salud decide poner en práctica un proceso de detección de rutina, qué clase de política se adopta, qué tipo de preguntas se formulan y qué clase de sistema de información se posee. No obstante ello, estas tablas ilustran los tipos de datos que pueden obtenerse y analizarse de manera sistemática.

Protocolo de revisión aleatoria de registros. Durante el transcurso del proyecto regional de la IPPF/RHO, las asociaciones participantes recabaron de manera sistemática estadísticas del servicio entre las usuarias, incluso la cantidad y el porcentaje de las usuarias que revelaron experiencias de violencia durante el proceso de detección. Sin embargo, la calidad de estas estadísticas sobre el servicio depende del grado de confiabilidad de los sistemas de información y de la predisposición de las y los proveedores de salud a cumplir con las políticas de la clínica, todo lo cual puede variar de una clínica a otra. Es por ello que IPPF/RHO diseñó un protocolo para medir los niveles de detección y documentación, utilizando un enfoque de revisión aleatoria de registros. Este manual contiene una breve descripción del protocolo, así como también una página para hacer los cálculos.

g. Recopilación de datos de línea de base

Existen al menos dos motivos para llevar a cabo una evaluación de base de su organización:

1. Evaluación de necesidades: La información de base le permite evaluar las necesidades actuales de su organización. ¿Con qué recursos cuenta? ¿Cuales áreas necesitan fortalecimiento?

2. Evaluación: La información de base permite saber en qué situación se encuentra su organización en un momento determinado, de manera que se pueda medir los cambios futuros y rastrear los resultados de sus esfuerzos por lograr objetivos específicos. Un programa de evaluación riguroso por lo general exige la obtención de datos de base y de seguimiento que puedan ser comparables.

Resulta útil tener en cuenta estos dos motivos. Algunas organizaciones se concentran tanto en la “evaluación de necesidades” que no diseñan la evaluación de base de manera que les permita medir o evaluar el cambio logrado a lo largo del tiempo. Los datos específicos necesarios para evaluar el trabajo dependerán de la organización y de la cantidad de recursos financieros disponibles.

La siguiente sección contiene recomendaciones acerca de cómo llevar a cabo un estudio de base. También se describe en ella varias herramientas disponibles en el Anexo de este manual. Un equipo conformado por el personal del programa y de evaluación de cuatro asociaciones miembro de la IPPF y la Oficina Regional redactó e hizo estudios de campo de estas herramientas en español, y luego las revisó basándose en la experiencia de campo. Otros programas de salud podrían considerar que estas herramientas son parcial o totalmente útiles, adaptándolas de la manera que corresponda al contexto lingüístico y cultural de cada programa de salud.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Si se cuenta con los recursos necesarios, las entrevistas personales con las y los proveedores ofrecen ventajas. Las entrevistas personales son más caras que el uso de cuestionarios auto-administrados, dado que éstas exigen entrevistadoras capacitadas que puedan formular preguntas difíciles de manera sensible. Por otra parte, es probable que las entrevistas personales produzcan información de mejor calidad, dado que la entrevistadora puede garantizar que el cuestionario se complete correctamente y puede aclarar las dudas que pudieran surgir. Las entrevistadoras capacitadas

también pueden permitirle a proveedores ampliar sus respuestas. Por ejemplo, las entrevistas en las evaluaciones realizadas por la IPPF/RHO requirieron extensas notas de campo cualitativas para complementar la información cuantitativa.

Los cuestionarios auto-administrados constituyen una solución más económica que las entrevistas personales. Aunque la calidad de los datos no es tan buena, los cuestionarios auto-administrados son una buena opción para los programas de salud que no tienen los recursos necesarios para contratar entrevistadoras. El cuestionario de la IPPF/RHO ha sido diseñado para que se pueda utilizar tanto en las entrevistas personales como una herramienta auto-administrada.

Puede resultar conveniente encuestar a todo integrante del personal que esté en contacto con las usuarias, no sólo a los médicos. Las y los trabajadores de salud pueden tener un efecto positivo o negativo sobre las víctimas de violencia, ya se trate de recepcionistas, enfermeros, educadoras o médicos. Aun las y los trabajadores de salud que no realizan formalmente detecciones a las usuarias pueden interactuar con las mujeres y brindarles algún tipo de apoyo. Los asesores de IPPF/RHO entrevistaron a TODAS y TODOS los trabajadores que tuvieron contacto con las usuarias en las clínicas participantes.

No tiene sentido identificar un diseño de muestra para una organización pequeña. Salvo que la clínica sea extremadamente grande, no sería posible desarrollar un diseño de muestra significativo para una sola organización. Quizás se desee entrevistar, en cambio, a todo el personal de la clínica que reúna los requisitos necesarios, en lugar de aplicar una sub-muestra. Ello brindará un cuadro completo del centro de salud al momento de realizarse la encuesta.

En las entrevistas personales, es esencial disponer de una pequeña cantidad de entrevistadoras bien capacitadas. Investigadores que entrevistan a profesionales de la salud en materia de violencia basada en género deben tener determinadas cualidades y capacidades, entre las que figuran: a) la entrevistadora debe poder tratar temas delicados en un tono no amenazador; b) la entrevistadora debe ser una profesional con suficiente credibilidad para realizar entrevistas con médicos; c) la entrevistadora debe conocer algo acerca de la violencia basada en género (o al menos estar dispuesta a instruirse previamente sobre el problema y sobre las cuestiones éticas relacionadas con la investigación de la violencia basada en género).

Los instrumentos de base y seguimiento deben incluir las mismas preguntas, aunque éstas no sean perfectas. Luego de recopilar los datos de base, quizás descubra que algunas preguntas carecen de redacción adecuada o adolecen de otros problemas. Sin embargo, la evaluación de seguimiento debe utilizar las mismas preguntas, aunque sean deficientes. Si se modifican las preguntas, no será posible comparar los datos de base y seguimiento para medir el cambio a lo largo del tiempo. Se pueden agregar nuevas preguntas al final del cuestionario de seguimiento, siempre y cuando no se modifique el resto del cuestionario.

Toda labor de recopilación de datos que aborde la cuestión de la violencia basada en género debe adherir a los principios éticos esbozados por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque esta encuesta no le pregunte a las y los proveedores acerca de sus experiencias personales como víctimas de violencia, siempre existe la posibilidad de que la entrevistada les revele tales experiencias a las entrevistadoras. Como consecuencia de ello, es importante que las entrevistadoras sepan manejar una revelación de esta naturaleza con ética y sensibilidad. La Organización Mundial de la Salud ha formulado una serie de pautas éticas para la realización de investigaciones sobre la violencia contra la mujer bajo el título *Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence* (“Las mujeres primero: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica”), que se puede consultar en el sitio en la red de la OMS (www.who.int).³⁷

PASOS SUGERIDOS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS DE BASE Y LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Los pasos que se sugieren a continuación se basan en las experiencias de la IPPF/RHO, y deberían adaptarse de manera que satisfagan las necesidades específicas de cada organización:

PASO 1: *Recopilar información sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las y los proveedores en materia de violencia basada en género.* La información sobre el conocimiento, las actitudes y prácticas (CAP) de las y los proveedores puede ayudar a las y los administradores a comprender cuánto sabe su personal acerca de la violencia, y cuál es su opinión al respecto, qué temas son necesarios de tratar durante la capacitación y qué recursos faltan en las clínicas o centros de salud. Asimismo, la información puede utilizarse para documentar una línea de base para que los programas de salud puedan medir los cambios de los conocimientos, las actitudes y prácticas del proveedor a lo largo del tiempo. La encuesta constituye un modo de obtener información acerca de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de proveedores. Otra posibilidad consiste en obtener datos cualitativos sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de proveedores por medio de debates grupales y otros métodos participativos. Los datos cualitativos brindan una comprensión en mayor profundidad de las perspectivas de las y los proveedores. Por otra parte, los datos cuantitativos facilitan la medición del cambio a lo largo del tiempo.

PASO 2: *Evaluar la infraestructura, las políticas, el material escrito y los recursos humanos de cada clínica.* Para mejorar la respuesta del sistema de salud a la violencia basada en género es necesario abarcar muchos aspectos relativos a la manera en que funcionan las clínicas. Por ejemplo, para asegurar la atención adecuada de las mujeres víctimas de violencia basada en género es necesario disponer de espacios de consulta privados, la redacción de políticas y protocolos para manejar casos de violencia, el acceso a la anticoncepción de emergencia y un directorio de recursos en la comunidad. Una manera de evaluar qué recursos existen en una clínica consiste en contar con un observador independiente que visite el establecimiento y haga un análisis de la situación a partir de una observación directa. Otra manera de lograr esto es mediante la realización, por parte de un grupo de integrantes del personal, de una lista de verificación o cuestionario auto-administrado que incluya

listados de recursos que sean importantes para brindar una atención de calidad a las sobrevivientes de la violencia.

PASO 3: *Utilice los resultados del estudio de base durante la sensibilización y capacitación del personal.* Los resultados de una encuesta de las y los proveedores se pueden emplear para identificar qué temas específicos deben enfocarse durante la sensibilización y capacitación de las y los proveedores. Por ejemplo, la encuesta de proveedores puede concentrarse en los tipos de conocimientos y actitudes que podrían tratarse en un taller de sensibilización.

PASO 4: *Lleve a cabo un taller participativo para compartir los resultados e identificar los aspectos sobre los que se debe trabajar más, y para elaborar un plan de acción.* Luego de recopilar los datos de línea de base, sería útil que los programas de salud realizaran talleres con amplios grupos de integrantes del personal para discutir los resultados. Por ejemplo, cada asociación miembro de la IPPF que participó en la iniciativa regional organizó un taller para discutir los resultados de base, identificar los aspectos que debían ser mejorados y desarrollar estrategias para superar esas barreras. Sin embargo, IPPF/RHO comprobó que era útil convocar estos talleres luego de que los integrantes del personal hubieran recibido al menos algo de sensibilización/capacitación en materia de violencia basada en género.

PASO 5: *Planifique la recopilación de los datos de seguimiento mediante el uso de los mismos instrumentos para determinar el progreso logrado por la organización a lo largo del tiempo.* Una vez que la organización cuenta con los datos de base sobre el conocimiento, las actitudes y prácticas de las y los proveedores, así como de los recursos de la clínica, puede repetir la encuesta y la observación de la clínica en el futuro y así medir el cambio a lo largo del tiempo. Transcurridos tres años desde la realización del estudio de base, las tres asociaciones miembro de la IPPF/RHO repitieron la encuesta de CAP, así como la guía de observación de la clínica. Eso les permitió comparar la situación de su asociación al comienzo de la iniciativa con la situación al final de la misma, y medir de esa manera los resultados de sus esfuerzos y determinar si progresaron con respecto al logro de sus objetivos.

En la práctica

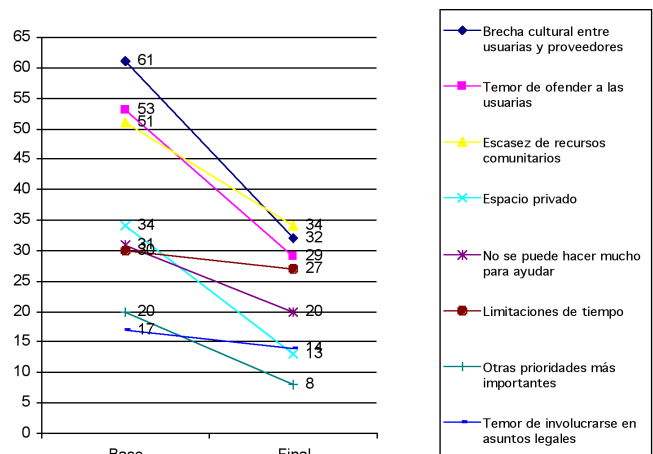
Resultados del estudio de base y seguimiento de IPPF/RHO

Como parte de la evaluación de la iniciativa regional, la IPPF/RHO contrató a asesores externos para que recopilaran datos de base utilizando una encuesta sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las y los proveedores, y una observación estructurada de cada clínica participante. La encuesta de base de los proveedores consistió de entrevistas con los 79 integrantes del personal (y no una muestra de ellos) que tuvieron contacto directo con las usuarias, entre los que se encontraban médicos, parteras, enfermeras, orientadoras, trabajadoras sociales, psicólogas y, en algunos casos, recepcionistas de los servicios participantes. Luego de tres años, las evaluadoras realizaron nuevamente la encuesta de CAP de proveedores por medio de 98 entrevistas individuales con los integrantes del personal que cumplían con los requisitos de base. Durante el transcurso de la iniciativa, las tres asociaciones habían experimentado una rotación de personal y/o se habían ampliado y, como consecuencia de ello, un 29% de los entrevistados en el seguimiento no había trabajado en las asociaciones cuando se había establecido la línea de base. De hecho, dado que las prácticas de contratación y despido se consideraban parte de la intervención, la encuesta se diseñó específicamente para captar el perfil de CAP del personal como grupo al comienzo y al final de la iniciativa. Además de la encuesta, las evaluadoras realizaron nuevamente las observaciones clínicas en todas las clínicas, y llevaron a cabo una revisión aleatoria de registros de los legajos médicos en dos puntos en el tiempo, a fin de evaluar si los registros por escrito de las detecciones, la documentación y las referencias realizadas eran adecuados. Los detalles de los métodos de línea de base y sus resultados ya han sido publicados,³⁸ pero entre los resultados principales de la evaluación de base y el seguimiento figuraron los siguientes:

Las observaciones estructuradas indicaron que, en la línea de base, casi todas las clínicas carecían de los recursos principales necesarios para tratar adecuadamente la cuestión de la violencia. Por ejemplo, lo que se decía en algunas salas de consulta podía oírse desde afuera de las mismas; el personal de algunas clínicas completaba los formularios de historia clínica en el área de la recepción; y la mayoría de las clínicas carecía de información por escrito acerca de los servicios de referencia, las preguntas para la detección, los materiales educativos y los protocolos para la asistencia de mujeres víctimas de violencia física o sexual. La gran mayoría de las clínicas había subsanado parcial o totalmente esas deficiencias hacia el final de la iniciativa, cuando se realizaron las observaciones de seguimiento.

De acuerdo con la línea de base, muchos proveedores (58%) habían tratado el tema de la violencia con las usuarias, y la mayoría de ellos (85%) informó que alguna usuaria había revelado abuso físico o sexual, incluso antes de que las clínicas pusieran en práctica el proceso de detección de rutina. En la mayoría de los casos, las y los proveedores no hacían las preguntas de manera sistemática, sino sólo cuando descubrían signos o síntomas que los llevaban a sospechar sobre la existencia del problema.

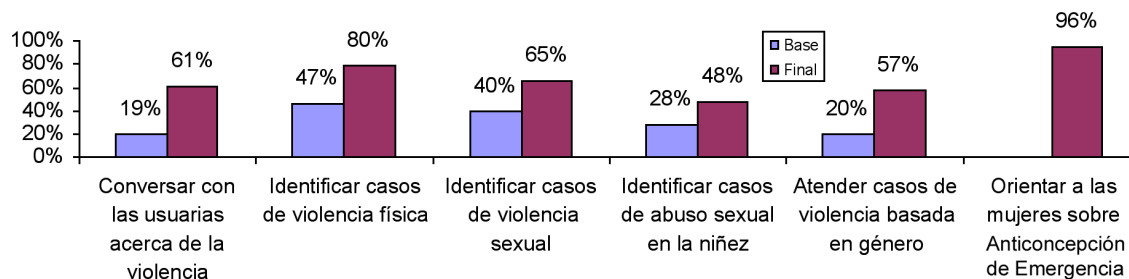
Según las encuestas de CAP y de seguimiento, el porcentaje de proveedores que citaron las siguientes razones como barreras para preguntarles a las usuarias acerca de la violencia disminuyó durante el transcurso de la iniciativa.



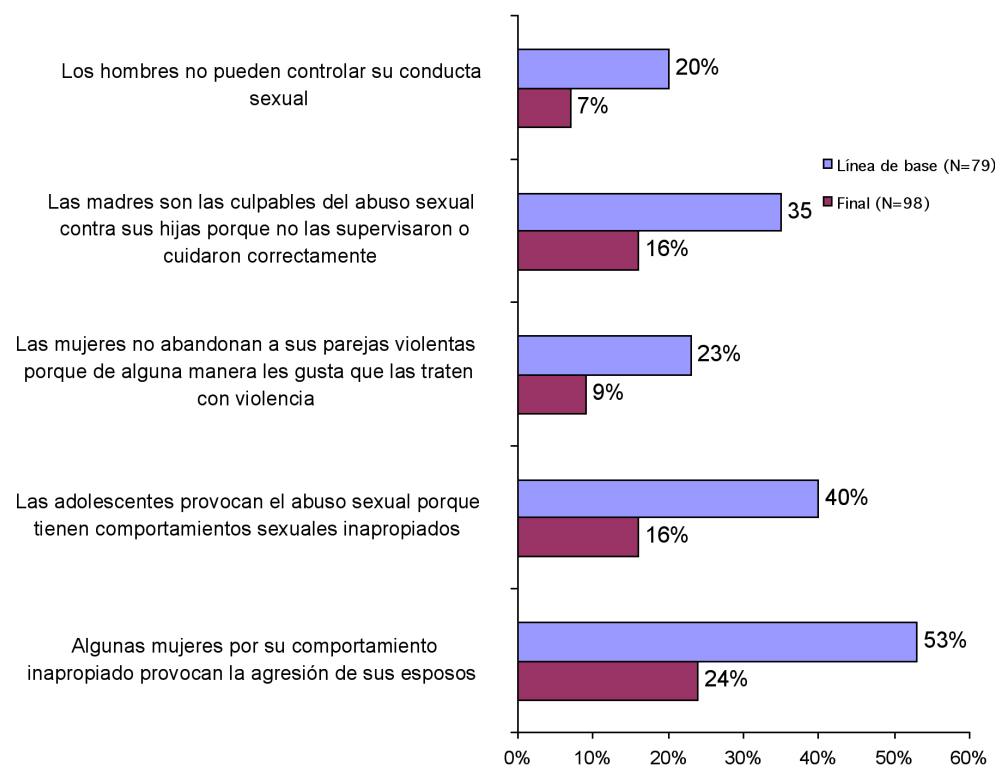
En la práctica

Resultados del estudio de base y seguimiento de IPPF/RHO

La proporción de proveedores que se sintieron “suficientemente” preparados para tratar la violencia e identificar casos aumentó entre la línea de base y el seguimiento:



La proporción de proveedores que informaron actitudes que culpan a las víctimas en vez de los agresores en materia de violencia física y sexual disminuyó entre la línea de base y el seguimiento:



En la línea de base, algunos proveedores carecían de conocimientos generales sobre la violencia basada en género. Por ejemplo, casi la mitad (46%) no sabía que las víctimas de la violencia basada en género tienden a utilizar los servicios de salud con mayor frecuencia que las mujeres que nunca sufrieron una situación de violencia, y más de la mitad (54%) no tenía conocimiento acerca de la alta incidencia de violencia infligida a las mujeres embarazadas por parte de sus parejas.

III. Fortalecimiento de la respuesta del servicio de salud

a. Sinopsis

El esfuerzo por abordar la cuestión de la violencia basada en género tiene consecuencias para casi todos los aspectos de los servicios de salud, desde la infraestructura física de la clínica hasta la capacitación del personal, las políticas institucionales, el flujo de pacientes, las redes de referencia y los sistemas de recopilación de datos. Un paso importante para las organizaciones de salud consiste en preparar a su personal para tratar el problema de la violencia con las usuarias de manera informada, compasiva y respetuosa. Sin embargo, tal como lo plantean Heise et al³⁹ y otros, la mera capacitación de las y los proveedores de salud no es suficiente. Además de la capacitación, las y los administradores de salud necesitan asegurar que los proveedores reciban el respaldo de todos los niveles de la organización por medio de la revisión de los recursos humanos y escritos de cada clínica, así como su infraestructura, políticas y procedimientos.

En los últimos años, se ha suscitado un debate acerca de si las y los proveedores de salud deben interrogar o no a las mujeres con respecto a la violencia basada en género, y cuándo y cómo deben hacerlo. Algunas organizaciones profesionales han aducido que proveedores deberían interrogar sistemáticamente a las pacientes acerca de la violencia basada en género dentro de los ámbitos del servicio de atención primaria y sistema de salud reproductiva. Otros instan a la precaución y sugieren que la detección de posibles casos de violencia contra las mujeres genera problemas éticos cuando los servicios de referencia en la comunidad son inadecuados o cuando los programas de salud no han hecho suficiente para cambiar las actitudes negativas de algunos proveedores.⁴⁰ Sin considerar si las y los proveedores efectúan detecciones rutinarias o no, todas las organizaciones tienen la obligación ética de evaluar la calidad de atención brindada a todas las mujeres, ya que la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública en casi todo el mundo.

Esta sección del manual repasará algunos elementos principales para mejorar la respuesta del sistema de salud a la violencia (que se tratarán más en profundidad a lo largo del manual) y los pasos que las organizaciones de salud deberían seguir para proteger la seguridad y el bienestar de las mujeres, antes de considerar la implementación de una política de detección de rutina de violencia contra las mujeres.

Es decir, el presente capítulo explorará cuáles son los elementos mínimos necesarios para proteger la seguridad de las mujeres y brindar una atención de calidad en vista de la violencia basada en género.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Las organizaciones de salud no pueden brindar atención de calidad a las mujeres si no consideran las implicancias de la violencia. Las y los profesionales de salud deben considerar las implicancias de la violencia entre las usuarias, tanto porque la ignorancia y los prejuicios pueden, de manera no intencional, ocasionar daño emocional a la mujer o exponerla a situaciones de riesgo (por ejemplo, por medio de la violación de la privacidad o una actitud negativa) como debido a que los proveedores de salud tienen la responsabilidad de tratar la violencia como un problema de salud pública. La calidad de atención que se brinda a las mujeres requiere entonces que los profesionales de la salud reconozcan las consecuencias de la violencia en la salud y tomen las precauciones necesarias para proteger la seguridad y la dignidad de la mujer.

La mejora de la respuesta de los servicios de salud ante la violencia puede aumentar la calidad de atención que se brinda a todas y todos los clientes. La IPPF/RHO comprobó que la mejora de la respuesta de los servicios de salud a la violencia mejoraba la calidad de atención brindada a las y los clientes en general, no sólo en relación a las mujeres que fueron víctimas de la violencia basada en género. Por ejemplo, tanto administradores como proveedores informaron que al adquirir más conocimientos sobre la violencia basada en género, se comprometieron en mayor grado con la privacidad y la confidencialidad de todas y todos sus pacientes, sin perjuicio de que éstas hubieran manifestado haber sido víctimas de violencia.

Todos los programas de salud tienen la obligación de reexaminar los elementos principales de calidad en vista de la violencia basada en género. Las sobrevivientes de la violencia basada en género por lo general tienen mayor necesidad de privacidad, confidencialidad, seguridad, respeto y apoyo emocional, etc. La abundante literatura y la experiencia de la IPPF/RHO indican que existen elementos esenciales necesarios para prestar servicios de salud de calidad a las sobrevivientes de violencia. Esos son los elementos de calidad en la atención que todo programa de salud debería reexaminar. A tal fin, podría resultar útil para administradores la revisión de dos herramientas de esta sección, a saber:

- **Un listado de los elementos principales de la atención de salud de calidad para las mujeres:** Se trata de un listado de las áreas principales de atención de calidad y una breve discusión de por qué esos elementos son importantes para dar respuesta a la violencia basada en género.

- **Una lista de verificación administrativa:** Esta lista contiene preguntas específicas para evaluar qué medidas ha tomado una institución para garantizar una respuesta adecuada a las mujeres que son objeto de violencia. Administradores pueden recurrir a esta lista para la planeación o el monitoreo y evaluación de sus programas.

ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE BUENA CALIDAD PARA LA MUJER

Elementos principales	Por qué es importante este elemento
Valores y compromiso de la institución	Los valores, la misión y el compromiso total de una institución pueden tener una enorme influencia sobre la cultura profesional de las y los proveedores en toda organización. Heise et. al ⁴ han planteado que la manera más efectiva en que los servicios de salud pueden responder a la violencia contra las mujeres es que toda la institución se involucre en el tema (un enfoque “sistémico”), en lugar de que simplemente se permita que la responsabilidad recaiga de manera individual sobre las y los proveedores. Sería óptimo que las y los administradores ejecutivos fueran conscientes de que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, y que manifestaran su respaldo a la mejora de la respuesta del servicio de salud ante la violencia.
Alianzas y redes de referencia	Antes de alentar al personal a tratar el tema de la violencia con las usuarias, los programas de salud tienen la obligación de investigar cuáles son los servicios de referencia disponibles en la comunidad local y compilar esta información en un formato que pueda ser utilizado por las y los proveedores de salud. Este manual contiene una serie de recomendaciones y herramientas para desarrollar directorios y redes de referencia (véase la Sección E de este capítulo). Las redes y alianzas con otras organizaciones también son importantes por otros motivos. Por ejemplo, permiten que el sector de la salud participe en el debate político más amplio al crear conciencia de que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública.
Privacidad y confidencialidad	La privacidad y la confidencialidad son esenciales para la seguridad de las mujeres en todo ámbito de atención de salud, ya que proveedores pueden poner en peligro la salud de la mujer si comparten información delicada con compañeros, familiares o amigos sin consentimiento. La violación de la confidencialidad en materia de embarazo, violación, anticoncepción, VIH, aborto o historia de abuso sexual puede exponer a la mujer a sufrir más violencia emocional, física o sexual. Asimismo, las mujeres que ya han protagonizado un hecho de violencia necesitan privacidad para revelar esas experiencias a los proveedores sin temer represalias de parte del perpetrador. Para proteger la confidencialidad y privacidad, los programas de salud deben contar con una infraestructura y un flujo de pacientes adecuado, así como también políticas claras que establezcan cuándo y dónde las y los proveedores pueden tratar información delicada.
Comprender la legislación local y nacional	Educar a las y los proveedores acerca de las leyes en materia de violencia basada en género puede prepararlos para informar a las mujeres acerca de sus derechos, y puede aliviar su temor a verse involucrados en procesos judiciales si una usuaria revela un hecho de violencia. Tanto administradores como proveedores de servicios deben familiarizarse con las leyes locales y nacionales en materia de violencia basada en género; entre ellas las que establecen qué constituye un delito, cómo preservar las pruebas forenses, qué derechos tienen las mujeres para acusar al perpetrador y protegerse a sí mismas de ataques futuros, y qué pasos deben dar las mujeres para separarse de un esposo violento. Las y los proveedores de salud también deben comprender sus obligaciones jurídicas, que abarcan desde el deber de efectuar denuncias (por ejemplo, en casos de abuso sexual contra niñas o niños), hasta las normas que regulan el acceso a los registros médicos (por ejemplo, si los padres tienen derecho a acceder a los registros médicos de sus hijas adolescentes).
Sensibilización y capacitación continuas de proveedores	Las actitudes, el conocimiento y la capacidad de las y los proveedores en materia de violencia basada en género pueden tener una incidencia significativa en la calidad de atención. Aunque no se realicen detecciones de rutina, las usuarias pueden revelar experiencias de violencia física o sexual, y los proveedores que responden de manera poco satisfactoria pueden infligirles un grave daño emocional. Asimismo, si proveedores no consideran la posibilidad de la violencia cuando orientan a las mujeres en materia de anticoncepción, ITS, prevención del VIH o temas de salud, dicha orientación puede resultar ineficaz. La ignorancia del vínculo que existe entre la salud y la violencia puede inducir a trabajadores sociales a efectuar diagnósticos errados sobre determinadas afecciones y pasar por alto los riesgos que enfrentan algunas mujeres. Cada institución debe decidir el grado de sensibilización y capacitación que puede brindar. Como mínimo, el personal debería estar al tanto de los datos epidemiológicos sobre la violencia, y contar con un marco de derechos humanos para comprender la violencia además de tener una comprensión básica de la legislación local. El personal también debería poder dar una respuesta compasiva a las víctimas de violencia y estar preparado para brindar atención a las mujeres en crisis.

ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE BUENA CALIDAD PARA LA MUJER CONTINUADO

<p>Protocolos para atender los casos de violencia</p>	<p>Los protocolos para el proceso de detección, atención y referencia de casos de violencia basada en género pueden constituir herramientas esenciales para los servicios de salud. Desarrollar protocolos de manera participativa les permite a administradores involucrar a su personal en un diálogo acerca de la mejor manera de mejorar la respuesta de la atención de salud cuando los recursos son escasos. Cuando el personal dispone de protocolos escritos puede responder de manera adecuada. Asimismo, existen pruebas circunstanciales que sugieren que las políticas y los protocolos claros pueden reducir el riesgo de daño infligido a las pacientes a causa de las actitudes negativas del personal.⁴²</p>
<p>Anticoncepción de emergencia y otras provisiones</p>	<p>La anticoncepción de emergencia es un servicio esencial para las mujeres víctimas de violación y otras formas de relación sexual no consentida y sin protección. Las investigaciones sugieren que las mujeres que viven una relación violenta suelen ser víctimas de la violencia sexual⁴³, tienen dificultad para negociar el uso de anticonceptivos con su pareja⁴⁴ y pueden experimentar mayor proporción de embarazos no deseados⁴⁵ que las mujeres que no viven inmersas en situaciones de violencia. Los programas de salud tienen la obligación de garantizar que las clínicas no sólo almacenen métodos anticonceptivos de emergencia, sino que los integrantes de su personal sepan cómo suministrar esos métodos a las mujeres.</p>
<p>Materiales informativos y educativos</p>	<p>Exhibir y distribuir en la clínica información acerca de la violencia basada en género (por ejemplo, mediante carteles, panfletos o tarjetas) es una buena manera de indicar el compromiso de la organización de combatir la violencia. Esos materiales pueden crear conciencia acerca del problema, educar a las usuarias sobre la falta de aceptación de la violencia basada en género e informar a las mujeres sobre sus derechos y acerca de los servicios locales a los que pueden recurrir por ayuda.</p>
<p>Registros médicos y sistemas de información</p>	<p>Los sistemas de información desempeñan un papel fundamental en la respuesta a la violencia de varias maneras. Por ejemplo, las organizaciones de salud tienen la obligación de garantizar que los proveedores sepan cómo registrar la información delicada sobre casos de violencia basada en género. Documentar la información en registros médicos puede ser vital para completar el registro médico de la mujer y, en algunos casos, puede servir de prueba en futuros procesos judiciales. A fin de que se protejan el bienestar y la seguridad de las mujeres, los registros médicos deben archivarse de manera segura. Los sistemas de información también son importantes a la hora de monitorear el trabajo de una organización de salud en el área de la violencia basada en género. Por ejemplo, las organizaciones de cuidado de salud pueden recopilar estadísticas sobre el número de mujeres a las que se ha identificado como víctimas de violencia, y esa información puede ayudarles a determinar el nivel de demanda de otros servicios.</p>
<p>Monitoreo y evaluación</p>	<p>Otra manera esencial en que se puede garantizar que los servicios de salud respondan a la violencia de manera aceptable y brinden apoyo consiste en supervisar y evaluar la calidad de atención. A nivel ejecutivo, las y los administradores deben recibir comunicación constante de resultados por parte de las y los proveedores, y de esa manera pueden individualizar los posibles problemas y hallar formas de mejorar los servicios. La opinión de las mujeres que han vivido situaciones de violencia también puede ser fundamental para perfeccionar el diseño de los servicios de salud.</p>
<p>Oportunidades frecuentes para que las y los proveedores y administradores intercambien información acerca del resultado de los procesos</p>	<p>Por medio de la iniciativa regional de la IPPF/RHO, las asociaciones miembro consideraron esencial que los administradores mantuvieran un diálogo permanente con las y los proveedores de primera línea. Los cambios logrados por medio de las organizaciones dieron sus mejores resultados cuando los proveedores pudieron participar en la toma de esas decisiones y realizar mejoras a medida que se ponían en práctica los cambios. Sin embargo, para muchas clínicas resultó un constante desafío hallar suficientes maneras de informar de manera ininterrumpida a las y los proveedores acerca de los resultados de casos específicos. Las y los proveedores de salud por lo general son el primer escalón del proceso de referencia, y pueden sentirse frustrados si no existe un sistema estructurado de seguimiento de las mujeres que revelan haber sido víctimas de violencia.</p>

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL

COMPROMISO INSTITUCIONAL		Sí	No
1.	Las y los directores ejecutivos de las instituciones (por ejemplo, la junta directiva, si la hubiera) ¿están sensibilizados acerca de la violencia basada en género como un problema de salud pública y derechos humanos?		
2.	¿Han manifestado su respaldo al esfuerzo por abordar la violencia basada en género como un problema de salud pública?		
3.	¿La institución se ha comprometido de manera explícita a la equidad de género y a los derechos humanos, preferentemente por escrito?		
4.	¿La institución cuenta con una política por escrito que prohíba el acoso sexual por parte del personal, la cual contemple procedimientos para informar sobre casos de abuso sexual?		
REDES DE REFERENCIAS Y ALIANZAS CON OTRAS ORGANIZACIONES		Sí	No
5.	¿Ha conocido usted representantes de otras organizaciones que trabajen en el área de la violencia basada en género para identificar cómo pueden colaborar?		
6.	¿Su institución es parte de una red o coalición de organizaciones dedicadas a los temas relativos a la violencia basada en género?		
7.	¿Cada una de las clínicas de su organización cuenta con un directorio de servicios de referencia en la comunidad que ayude a las mujeres que viven situaciones de violencia basada en género?		
8.	¿Contienen estos directorios información específica acerca de los tipos de servicios que están disponibles, cómo acceder a ellos (por ejemplo, números de teléfono, procedimientos, costo, etc.) y con quiénes ponerse en contacto?		
9.	¿Contienen estos directorios recursos para los sectores especiales de la población, como los pueblos indígenas, las usuarias que no hablan el idioma dominante, las lesbianas y los homosexuales, los inmigrantes indocumentados, los refugiados, etc.?		
10.	¿Son estos directorios accesibles a todos los proveedores de salud en todas las clínicas (por ejemplo, mediante la distribución de copias a todos los integrantes del personal o mediante la colocación del directorio en un lugar accesible en cada clínica)?		
11.	¿Se han actualizado estos directorios en el último año?		
12.	¿La institución ha pedido resultados y comentarios de sus proveedores acerca de los directorios?		
13.	¿Desarrolló la institución algún método de monitoreo de la calidad de los servicios de referencia en la comunidad (ya sea de manera estructurada o no estructurada)?		
ASISTENCIA TÉCNICA LOCAL		Sí	No
14.	¿Ha identificado en su país a individuos y/u organizaciones que puedan respaldar los esfuerzos de sensibilización y capacitación de las y los proveedores de salud sobre las cuestiones relacionadas con la violencia contra las mujeres?		
15.	¿Ha identificado en su país a individuos y/u organizaciones que puedan ayudar a su institución con los temas jurídicos relacionados con la violencia basada en género?		

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL CONTINUADO

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD		Sí	No
16.	¿Están las salas de consulta construidas de manera que las usuarias no puedan ser oídas o vistas desde afuera?		
17.	Si se puede oír lo que se conversa en las áreas de consulta desde afuera (por ejemplo, si se utilizan cortinas para separar las áreas de consulta), ¿ha trabajado la institución con las y los proveedores para elaborar estrategias que aseguren la privacidad a pesar de las limitaciones en cuanto a la infraestructura?		
18.	¿Cuenta su institución con políticas sobre confidencialidad que estén registradas por escrito y que expliquen lo siguiente? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo garantizar que los registros de la clínica se archiven en lugares seguros? 		
19.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué integrantes del personal tienen acceso a los registros médicos? 		
20.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde y cuándo puede el personal tratar información confidencial con las usuarias, o relativa a ellas (por ejemplo, que no sea en la sala de espera ni frente otros pacientes, etc.)? 		
21.	<ul style="list-style-type: none"> • Si las adolescentes tienen derecho a que su información médica y personal no sea comunicada a sus padres y madres, o si éstos tienen derecho a acceder a los registros médicos de sus hijas adolescentes sin el consentimiento de ellas. 		
22.	<ul style="list-style-type: none"> • Si los proveedores de salud deben denunciar los casos de violencia física o sexual ante las autoridades, y en qué oportunidad deben hacerlo. 		
23.	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que exista el deber de denunciar, ¿qué proceso deben seguir los proveedores para obtener el consentimiento de la usuaria, ya sea ésta menor o adulta? 		
SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL		Sí	No
24.	¿Participó todo el personal de la institución en los talleres de sensibilización que exploran la violencia basada en género como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos?		
25.	¿Recibió todo el personal que mantiene contacto directo con las usuarias capacitación en profundidad en materia de violencia basada en género?		
26.	¿Recibió todo el personal pertinente de la institución capacitación sobre la prestación de servicios anticonceptivos de emergencia?		
27.	¿Existe un mecanismo para sensibilizar y capacitar a los miembros del personal recientemente contratados?		
28.	¿Existe un mecanismo para brindar capacitación continua y repetida tanto en lo relativo a temas generales como específicos en materia de violencia basada en género?		
29.	¿Existe un mecanismo para distribuir información educativa por escrito sobre la violencia basada en género (boletines, memos, etc.) entre el personal de salud de manera sistemática?		
30.	¿Han recibido las y los proveedores de salud capacitación en materia de temas legales relativos a la violencia basada en género, incluso la obligación de efectuar las denuncias que correspondan?		
31.	¿Existe un mecanismo para brindar apoyo emocional al personal de manera regular?		

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL CONTINUADO

TEMAS LEGALES		Sí	No
32.	¿Ha recopilado información acerca de la situación jurídica a nivel local y nacional en materia de violencia basada en género que contemple los siguientes aspectos? <ul style="list-style-type: none"> • Leyes referidas a la violencia intrafamiliar física y sexual. 		
33.	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes referidas a la violencia sexual más generalizada. 		
34.	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes referidas al abuso sexual en la niñez. 		
35.	<ul style="list-style-type: none"> • Las obligaciones jurídicas a nivel general de los trabajadores de salud con respecto a la violencia basada en género. 		
36.	<ul style="list-style-type: none"> • Más específicamente, si se les exige a los trabajadores sociales informar sobre los casos de violencia física y sexual a las autoridades legales y cuándo deben hacerlo (si existiera esa obligación). 		
37.	<ul style="list-style-type: none"> • Normas sobre quiénes están autorizados a obtener pruebas forenses, documentales y fotográficas de la violencia (incluso la documentación de lesiones en los registros médicos) de manera tal que se pueda constituir prueba forense. 		
38.	<ul style="list-style-type: none"> • Si las pruebas forenses sólo pueden documentarlas los médicos matriculados en medicina forense: ¿Adónde deben referir los proveedores a las mujeres para los exámenes forenses? ¿Cuánto cuestan esos servicios? ¿En qué horarios se prestan? ¿Cuáles son los procedimientos para obtener esos servicios? 		
39.	¿Ha distribuido la institución a todos los integrantes del personal información por escrito acerca de los temas legales?		
DEFENSA Y PROMOCIÓN Y MATERIALES DE IEC		Sí	No
40.	¿Cuenta su institución con los siguientes materiales referidos a la violencia basada en género que estén disponibles en todas sus clínicas? <ul style="list-style-type: none"> • Carteles alusivos en las paredes 		
41.	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos para repartir entre las usuarias 		
42.	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales de otro tipo 		
43.	En caso afirmativo, ¿abordan esos materiales los temas que se enuncian a continuación? <ul style="list-style-type: none"> • El mensaje de que las mujeres tienen derecho a vivir libres de violencia física o sexual 		
44.	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios que ofrece la institución a las mujeres víctimas de violencia 		
45.	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios que ofrecen otras instituciones a las mujeres víctimas de violencia 		
46.	<ul style="list-style-type: none"> • Los derechos jurídicos de las mujeres 		
47.	<ul style="list-style-type: none"> • La anticoncepción de emergencia 		
48.	<ul style="list-style-type: none"> • El aborto 		
49.	¿Están esos materiales disponibles en todas las clínicas y/o todos los centros de salud?		
50.	¿Se ha probado la utilidad de esos materiales según el juicio de las mujeres?		

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL CONTINUADO

PROTOCOLOS PARA BRINDAR ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA		Sí	No
51.	¿Cuentan todas las clínicas con protocolos por escrito para brindar atención a las mujeres que sufran los siguientes problemas?: <ul style="list-style-type: none"> • Violencia física por parte de una pareja íntima u otro familiar 		
52.	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia sexual, incluso violación 		
53.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de abuso sexual en la niñez 		
54.	¿Abordan estos protocolos los temas que se mencionan a continuación? <ul style="list-style-type: none"> • Valoración de peligro y planeación de seguridad 		
55.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de referencia internos y externos 		
56.	<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriedad de efectuar denuncias (cuando corresponda) 		
57.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a las mujeres en crisis 		
58.	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes procedimientos (cuando corresponda) exigidos, según la edad de la víctima (por ejemplo, menores versus adultas, o usuarias que ya alcanzaron la edad legal para dar consentimiento versus usuarias que aún no la han alcanzado) 		
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA		Sí	No
59.	¿Se encuentra la anticoncepción de emergencia disponible en todas las clínicas de la institución?		
60.	¿Existen protocolos por escrito para prescribir anticoncepción de emergencia?		
PROTOCOLOS Y SISTEMAS PARA EFECTUAR DETECCIÓNES DE RUTINA (Sólo para instituciones que exigen que las y los proveedores realicen detecciones de rutina para casos de violencia)		Sí	No
61.	¿Cuentan todas las clínicas con protocolos por escrito que expliquen cuáles integrantes del personal deben hacer las detecciones de rutina para casos de violencia basada en género, y cuándo y cómo debe realizarse ese examen?		
62.	¿Abordan estos protocolos los siguientes temas? <ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos específicos de cada clínica 		
63.	<ul style="list-style-type: none"> • La privacidad y confidencialidad 		
64.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuándo someter a una detección a las nuevas usuarias 		
65.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuándo someter a una detección a las usuarias que han sido atendidas con anterioridad 		
66.	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta/s para evaluar si la usuaria se encuentra actualmente en situación de riesgo 		
67.	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación de la seguridad 		
68.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional y orientación, en especial en los casos de las mujeres en crisis 		
69.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de referencia internos y externos 		

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL CONTINUADO

70.	¿Recibieron todos los proveedores de salud capacitación para cumplir con el protocolo?		
71.	¿Puso la institución en práctica juegos de roles con las y los proveedores para ver si son capaces de identificar a las víctimas a través del proceso de detección y manejar las revelaciones de casos de violencia de manera sensible y adecuada?		
72.	¿Evaluó la institución el flujo de pacientes y consideró si era necesario realizar ajustes para garantizar que la detección de rutina siempre se realice en privado?		
73.	¿Ha puesto en práctica la institución esas modificaciones del flujo de usuarias cuando haya sido necesario?		
74.	¿Se llevó a cabo una evaluación de la eficacia del nuevo flujo de usuarias en cada clínica?		
75.	¿Cuenta cada clínica con una política por escrito o procedimientos de seguridad para proteger la seguridad del personal? (Por ejemplo, si un esposo violento pidiera a la clínica información sobre su esposa o amenazara a un paciente o al personal de la clínica).		
	DOCUMENTACIÓN DE INFORMACIÓN EN MATERIA DE DETECCIONES DE RUTINA (Sólo para las instituciones que exigen que los proveedores realicen un proceso sistemático para detectar a mujeres que han sido víctimas de violencia)	Sí	No
76.	¿Existe un sistema para documentar si a las usuarias se les formularon las preguntas de detección?		
77.	¿Existe un sistema para documentar las respuestas a las preguntas de detección (por ejemplo, un espacio impreso o en forma de sello en el formulario de historia clínica, o un registro independiente)?		
78.	¿Existen mecanismos para documentar los detalles de los casos de violencia (por ejemplo, información que pueda utilizarse en juicio si una mujer decide entablar acciones legales)?		
79.	¿Existe un mecanismo para recopilar y analizar datos sobre las respuestas a las preguntas de detección (por ejemplo, el porcentaje de usuarias detectadas como víctimas de violencia)?		
80.	¿Existe un mecanismo para recopilar y analizar datos sobre los servicios en materia de violencia basada en género (por ejemplo, cuántas mujeres reciben servicios de orientación en un año en particular)?		
	SEGUIMIENTO DE LAS REFERENCIAS Y CONTRA REFERENCIAS	Sí	No
81.	¿Existe un mecanismo para verificar si la usuaria asistió a los servicios de referencia dentro de la organización?		
82.	¿Existe un mecanismo para verificar si la usuaria asistió a las referencias fuera de la organización?		
83.	¿Existe un mecanismo formal para determinar el grado de satisfacción de la usuaria con las referencias internas ?		
84.	¿Existe un mecanismo formal para determinar el grado de satisfacción de la usuaria con las referencias externas ?		
85.	¿Se ha esforzado la institución por investigar la calidad de atención que brindan los servicios de referencia externa, incluso la policía?		

LISTA DE VERIFICACIÓN GERENCIAL CONTINUADO

	MONITOREO Y EVALUACIÓN	Sí	No
86.	¿Ha recopilado la institución información de base sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los proveedores de salud?		
87.	¿Ha recopilado la institución información de base sobre los recursos disponibles en las clínicas, tales como espacios privados, protocolos, directorios de referencia, materiales de IEC y anticoncepción de emergencia?		
88.	¿Ha involucrado la institución a las y los trabajadores de salud en el proceso de mejorar la respuesta a la violencia basada en género?		
89.	¿Ha recopilado la institución las perspectivas de las usuarias sobre la respuesta del sistema de salud a la violencia basada en género?		
90.	¿Ha supervisado la institución la calidad de atención de manera ininterrumpida?		
91.	¿Ha medido la institución los cambios registrados en el conocimiento, las actitudes y las prácticas de las y los proveedores de salud a lo largo del tiempo?		

b. En busca de la integración

En los últimos años, muchos programas de salud han ampliado sus servicios a fin de garantizar que pueden ofrecer servicios de salud integrales e integrados. Por ejemplo, en lugar de concentrarse en los servicios de planificación familiar, muchos programas de salud garantizan que durante la orientación, los exámenes y las prescripciones en materia de planificación familiar, los trabajadores de salud también traten la cuestión de la prevención de las ITS y el VIH y otros temas de salud. Sin embargo, algunos programas de salud continúan manteniendo clínicas separadas que se concentran en un grupo reducido de problemas de la salud. Dado que muchos de esos programas no han logrado prestar servicios integrados e integrales en otras áreas importantes de la salud de la mujer, no nos sorprende que resulte tan complicado integrar el tema de la violencia basada en género.

El esfuerzo por integrar la violencia basada en género en los servicios de salud depende en parte de la eficacia con que la organización haya logrado brindar a las usuarias atención integrada en otras áreas. Si las y los proveedores de servicios de planificación familiar no ven la necesidad de considerar la prevención de las ITS como parte de su trabajo, resultará igualmente complicado convencerlos de que reconozcan la importancia de la violencia basada en género. Por el contrario, proveedores que trabajan en programas de salud que ya han adoptado un enfoque más integrado de la salud de la mujer pueden estar más dispuestos a aprender a reconocer y atender las consecuencias de la violencia contra las mujeres.

¿Qué significa integrar la atención a la violencia basada en género en los servicios de salud? La atención a la violencia basada en género puede ser integrada en los servicios de salud de las siguientes maneras:

- Las y los profesionales de la salud deberían conocer la prevalencia, los riesgos y las consecuencias de la violencia basada en género para la salud de las mujeres. Deberían considerar que la violencia basada en género puede ser la razón de casos recurrentes de ITS o de depresión con tendencias suicidas, entre otros problemas de salud crónicos.
- Las y los profesionales de la salud deberían adoptar un enfoque holístico de la salud de la mujer que reconozca el grado de vinculación entre el bienestar social y emocional y la salud física de las mujeres.
- Los formularios de historia clínica deberían incluir preguntas acerca de la violencia.
- Los programas de salud deben rediseñar sus formularios a fin de que las y los proveedores dispongan de un espacio para registrar detalles de violencia directamente en los formularios de historia clínica, en lugar de exigir

que dicha información se registre por separado. De esta manera, las y los proveedores podrían contar con un registro más completo e integrado del estado de salud de cada mujer y realizar un mejor diagnóstico y tratamiento para las que han sido víctimas de la violencia.

- Proveedores de salud que tienen conocimiento acerca de la prevalencia y consecuencias de la violencia basada en género deberían considerar la vinculación entre la violencia y otros aspectos de la salud. Por ejemplo, no deberían orientar a las mujeres para que ellas negocien con sus parejas el uso de condones sin considerar la posibilidad de que estas mujeres podrían estar viviendo con una pareja abusiva o un familiar abusivo.
- Los programas de salud deberían garantizar que los integrantes del personal cuenten con las aptitudes necesarias para brindar intervención en crisis de las víctimas de violencia, aun cuando no se disponga de psicólogas.
- Los programas de salud deberían alentar a las y los proveedores a que colaboren con otras profesiones (como servicios psicológicos o legales) como parte de su labor, y no sólo como favor a las víctimas.
- Los programas de salud deberían garantizar que la declaración de la misión y los objetivos institucionales sean lo suficientemente amplios para reconocer a la violencia basada en género como un problema en los sitios de trabajo.
- Durante las entrevistas de empleo con posibles nuevos integrantes del personal, las y los administradores deberían indagar acerca de sus conocimientos y actitudes en materia de violencia basada en género.
- El problema de la violencia basada en género debería tratarse durante la capacitación del personal, las evaluaciones de calidad en la atención, las reuniones de personal, etc.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La iniciativa regional de la IPPF/RHO dejó algunas lecciones generales acerca de cómo encarar el tema de la violencia basada en género dentro de los servicios de salud y, más específicamente, cómo evitar algunos obstáculos frecuentes. Estos posibles obstáculos y estas recomendaciones pueden ser de utilidad en el proceso de elaboración de un plan estratégico, y se encuentran sintetizados a continuación.

Principales recomendaciones para integrar la atención a la violencia basada en género en la atención de salud para las mujeres

Posibles obstáculos	Recomendaciones para las y los administradores del programa
<p>La cultura profesional de la organización es jerárquica, autocrática y/o tolerante con respecto a los integrantes del personal que se maltratan o se faltan el respeto entre sí, o lo hacen con las usuarias.</p>	<p>Los programas de salud deben comenzar a crear un ambiente de trabajo que se caracterice por el respeto a la dignidad humana. Ello implica crear un ambiente donde todas y todos los integrantes del personal y las usuarias sean tratados con respeto, y donde el acoso sexual y el abuso de cualquier índole sean causa de despido. Una organización sólo puede demostrar su compromiso con los derechos humanos, la dignidad humana y la no violencia si garantiza el respeto hacia estos principios en el lugar de trabajo. Los programas de salud deben contar con políticas por escrito para tratar estos temas y con mecanismos para poner en práctica esas políticas.</p>
<p>Algunos individuos o departamentos dentro de una organización se oponen al esfuerzo por tratar la cuestión de la violencia basada en género, o incluso socavan dicho esfuerzo.</p>	<p>Sensibilizar a todo el personal de la organización antes de intentar diseñar o poner en práctica las reformas. Crear conciencia en toda la organización de que la violencia basada en género es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos constituye un paso esencial hacia la obtención de un respaldo amplio al esfuerzo por abordar la violencia basada en género dentro de los servicios de salud. Es de suma importancia sensibilizar a las y los principales encargados de la toma de decisiones dentro de la organización en su conjunto, y dentro de una clínica o centro de salud. Entre las y los principales encargados de la toma de decisiones se encuentran el director o la directora de la organización, administradores de la clínica y proveedores de salud influyentes, como las y los médicos.</p>
<p>Un taller único de entrenamiento para las y los proveedores de salud no modifica el comportamiento de los mismos.</p>	<p>Complementar la capacitación con los cambios en toda la clínica. Existe una gran cantidad de pruebas que demuestran que un solo taller de capacitación no es suficiente para modificar la conducta de proveedores si no se cuenta con otros recursos y el respaldo de la organización. En cambio, Heise et al. afirman que la mayoría de los esfuerzos que logran modificar el comportamiento de proveedores ocurren cuando la organización realiza un esfuerzo integral tendiente a mejorar los recursos y las políticas dentro del centro de salud o la clínica. Sin este respaldo, algunos miembros individuales del personal pueden brindar una atención adecuada a las sobrevivientes por iniciativa propia, pero para lograr una mejora amplia y sustentable, las organizaciones de salud necesitan transformar los elementos principales de todo el sistema.</p>
<p>Las y los profesionales de la salud coinciden en implementar una política sistemática de violencia basada en género, pero aún no reconocen la violencia como un problema de salud, o creen que su única responsabilidad consiste en referir a las mujeres a los psicólogos o trabajadores sociales. Proveedores hasta llegan a creer que la detección tiene fines investigativos o que está orientada a aumentar la demanda de un programa de servicios dirigido a víctimas.</p>	<p>Darle mayor prioridad a la educación del personal en materia de violencia como problema de la salud pública. Existe una tendencia común entre las y los trabajadores de salud —en especial, las y los médicos— a creer que la violencia basada en género no constituye un problema de salud, sino que pertenece a la esfera de la psicología o el trabajo social. Por lo tanto, el desafío consiste en educar a los profesionales de la salud para que comprendan las consecuencias de la violencia basada en género sobre la salud, y que si bien la detección puede desempeñar un papel preponderante, se trata de un medio para obtener un resultado, no el resultado en sí mismo.</p>
<p>Una organización establece un servicio independiente o paralelo para las víctimas de la violencia basada en género sin integrar realmente el tema de la violencia en los servicios de salud. En consecuencia, el esfuerzo por tratar el problema de la violencia basada en género sólo produce cambios superficiales en los servicios de salud.</p>	<p>Aspirar a la integración de la atención a la violencia basada en género en los servicios de salud. La integración puede incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la integración como objetivo principal en el plan estratégico. • Alentar a los profesionales de la salud a que reconozcan las consecuencias de la violencia basada en género sobre la salud. • Desarrollar sistemas para registrar los casos de violencia en los registros médicos y no en registros independientes. • Imprimir o sellar las preguntas sobre la violencia basada en género en los mismos formularios de historia clínica en lugar de anotarlas en una hoja por separado. • Alentar a las y los trabajadores de salud a considerar la posibilidad de que las usuarias vivan en una situación de violencia al momento de orientar a las mujeres acerca de la planificación familiar o las infecciones de transmisión sexual.
<p>Una organización desarrolla un “proyecto” para abordar la violencia basada en género que sólo produce cambios a corto plazo no sustentables.</p>	<p>Evitar el enfoque de proyecto y apuntar a cambios a largo plazo. La IPPF/RHO descubrió que el enfoque de “proyecto” puede obstaculizar el esfuerzo por lograr un cambio a largo plazo. Hacer hincapié en ese esfuerzo como “proyecto” puede llevar al personal a creer que la organización sólo se compromete de manera temporal con el tema, en lugar de intentar crear un cambio duradero en la manera de prestar servicios de salud.</p>

En la práctica

Los obstáculos del enfoque de “proyecto”

Muchos programas de salud piensan en términos de desarrollar un “proyecto” cuando se trata de abordar el problema de la violencia basada en género. De hecho, la IPPF/RHO a menudo se ha referido a la iniciativa regional como un “proyecto sobre la violencia basada en género”. Hay motivos sensatos para adoptar ese enfoque. Por ejemplo, el esfuerzo por fortalecer la respuesta del sistema de salud puede requerir la contratación de uno o más integrantes del personal que puedan dedicar su tiempo a la organización de la capacitación, el desarrollo de protocolos, la puesta en práctica de esfuerzos de monitoreo y evaluación, etc. Redactar una propuesta y buscar financiación para estas actividades por un período limitado suele tener sentido. Sin embargo, la IPPF/RHO ha comprobado que el enfoque de “proyecto” puede dar lugar a una serie de problemas graves.

Sustentabilidad. El primer y más evidente de esos problemas es la sustentabilidad: ¿Qué les sucederá al personal y a los servicios pagados con la financiación del proyecto cuando se acaben los fondos del mismo?

Confundir al “proyecto” con un proyecto de investigación a corto plazo. Otro problema es que hacer hincapié en la idea de un “proyecto” a corto plazo, en especial uno que se concentre en obtener datos que surgen de las detecciones rutinarias, puede llevar a las y los proveedores a creer que el “proyecto” es sólo un estudio de investigación para documentar la prevalencia de violencia entre las usuarias, en lugar de ser un esfuerzo por transformar la respuesta general que la organización brinda a la violencia basada en género.⁴⁶

Confundir al “proyecto” con un conjunto de servicios a corto plazo para las víctimas de violencia. Una asociación miembro de la IPPF descubrió que el énfasis en el “proyecto de la violencia basada en género” había llevado a algunos médicos a pensar que el “proyecto” simplemente estaba orientado a prestar servicios especializados a las víctimas por un período limitado. En principio, esa asociación había enfatizado en el “proyecto sobre la violencia basada en género” como una entidad separada. Le dieron un nombre propio, crearon un logotipo específico y promovieron servicios bajo ese nombre entre las mujeres de las comunidades locales. Contrataron personal de carácter administrativo, legal y psicológico especializado para que trabajara exclusivamente en las actividades del “proyecto”. Hicieron hincapié en el “proyecto” como unidad separada de la asociación, que contaba con su propia estructura administrativa. En consecuencia, muchos médicos pensaron que su única responsabilidad consistía en formular las preguntas de la detección y referir a las mujeres a otros servicios, sin necesidad de realizar mayores cambios en la manera en que brindaban atención a las mujeres. Al final, la asociación reconoció las consecuencias negativas de ese enfoque. A largo plazo, descubrieron que si hacían menos énfasis en el “proyecto sobre la violencia basada en género” podían lograr un mayor grado de integración en toda la institución.

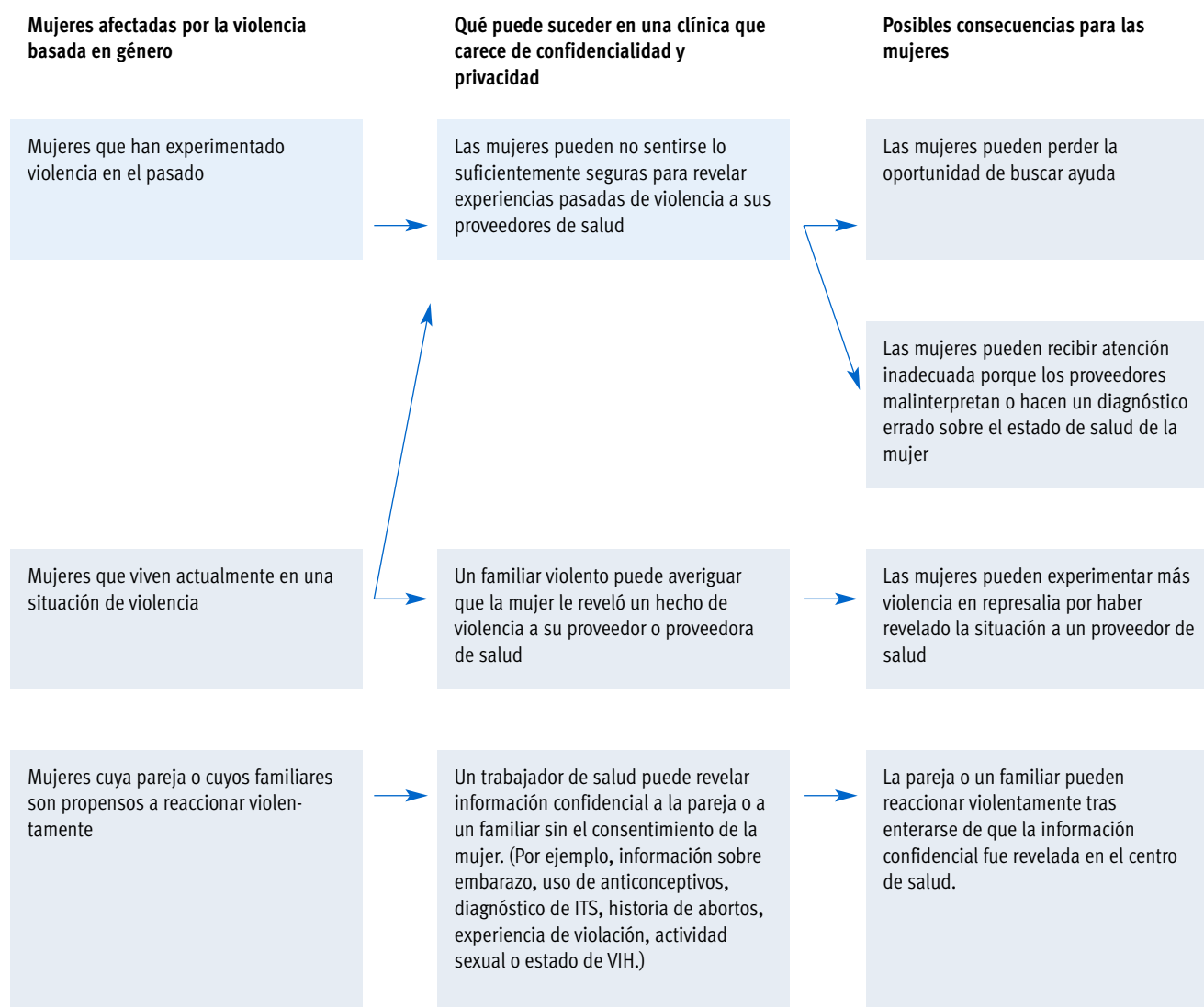
Por el contrario, otra asociación miembro de la IPPF evitó el enfoque de “proyecto” desde el comienzo. No le asignaron un nombre o un logotipo al proyecto, ni utilizaron la palabra “proyecto” para referirse a ese esfuerzo en presencia del personal. Todos los formularios y la correspondencia contenían el nombre de la asociación. Hicieron participar al personal médico en esfuerzos de planeación participativos en todas las etapas del proceso. La Directora Ejecutiva le comunicó claramente al personal que la asociación se estaba comprometiendo a largo plazo para integrar la atención a la violencia basada en género en el trabajo de la asociación, y que esperaba que el personal hiciera más que simplemente detectar y referir. Esa asociación obtuvo un nivel de éxito relativamente alto en la integración de la violencia basada en género en los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente entre las y los médicos.

Por lo tanto, el desafío consiste en garantizar que un esfuerzo intensivo para reformar los servicios pueda lograr cambios sustentables a largo plazo en toda la organización. Mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia basada en género quizás requiera que uno o más integrantes del personal adopten una posición de liderazgo y que haya fondos para poder realizar una serie de actividades específicas para lograr objetivos específicos. Pero en la medida de lo posible, los programas de salud deberían hacer hincapié en que esos esfuerzos son sólo el comienzo de un compromiso a largo plazo para transformar a la institución en su totalidad.

c. Garantía de privacidad

Un paso importante que todo programa de salud debe dar para mejorar la calidad de atención que se brinda a las mujeres consiste en fortalecer el compromiso de la organización en cuanto a la privacidad y confidencialidad dentro de los servicios de salud. La privacidad y confidencialidad brindan confianza a las mujeres para revelar situaciones de violencia y abuso a sus proveedores y proveedoras de salud. También protegen a la mujer de futuros actos de violencia. Por ejemplo, las mujeres que les cuentan a sus proveedores de salud que están siendo objeto de abuso pueden correr el riesgo de sufrir más ataques si el agresor se entera de que la mujer ha revelado esa información. Asimismo, revelar otro tipo de información relativa a la salud —por ejemplo, el embarazo, un aborto, o una infección de transmisión sexual— puede colocar a la mujer en riesgo de violencia si esa información se comparte sin autorización con familiares, amigos o empleados.

Consecuencias posibles de una falta de privacidad y/o confidencialidad dentro de una clínica para la salud



En la práctica

La relación entre la privacidad, la confidencialidad y la calidad de atención

La evaluación de mitad de período de la iniciativa de la IPPF/RHO descubrió pruebas de que mejorar la privacidad y la confidencialidad puede mejorar la calidad de los servicios a todas las mujeres. Las y los administradores y proveedores de las clínicas les contaron a las evaluadoras que un mayor énfasis en la privacidad y la confidencialidad creó conciencia entre el personal acerca de estos problemas para todas sus usuarias.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

En estas páginas se esbozan algunas preguntas importantes que administradores pueden formular para evaluar el grado en que sus servicios respetan la privacidad de la mujer durante las consultas en la clínica o centro de salud.

Principales preocupaciones en torno a la privacidad	Desafíos y recomendaciones
<p>¿Cuentan las clínicas con suficiente espacio privado?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Hay espacio suficiente para que las y los proveedores de salud atiendan las consultas de sus pacientes <u>individualmente</u>? ¿Hay espacio suficiente para obtener la información de admisión en una sala privada y no en el área de recepción? ¿Hay espacio suficiente para permitir que las y los trabajadores de salud orienten a las mujeres en situaciones de crisis sin retrasar todas las demás consultas médicas? 	<p>Muchos centros de salud no tienen salas de consulta lo suficientemente privadas para atender a las usuarias de manera individual. Algunas clínicas tienen salas privadas para los médicos, pero no para orientar mujeres en momentos de crisis o para obtener información de admisión. Para vencer esos desafíos, las y los administradores de salud pueden aumentar la cantidad de espacio privado disponible al utilizar el espacio de manera más eficaz (por ejemplo, despejando una sala trasera), dividir las salas en dos, o ampliar la clínica. Si ello no fuera posible, las y los administradores deberían considerar maneras de ajustar el flujo de pacientes, por ejemplo, reasignando responsabilidades para obtener información de admisión, de manera que ya no la solicite la recepcionista sino otra u otro proveedor.</p>
<p>¿Es posible ver u oír a las pacientes desde afuera de las salas de consulta?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Son las paredes y las puertas de la sala de consulta suficientemente sólidas como para evitar que se vea o se oiga a los pacientes desde, por ejemplo, los pasillos, las salas o las áreas de recepción contiguas? ¿Se utilizan cortinas para separar las áreas de consulta? 	<p>En ámbitos con pocos recursos, se puede ver u oír lo que sucede en muchas áreas de consulta desde los pasillos o áreas contiguas, dado que las puertas o las paredes son delgadas o inexistentes. En algunos casos, los centros de salud utilizan cortinas para separar las áreas de consulta. Lo ideal sería que las y los administradores pudieran reforzar las paredes y las puertas de las salas de consulta para darles privacidad. Pero cuando ello no fuera posible, las y los administradores pueden adoptar una serie de medidas, a saber: a) pueden trabajar con el personal para determinar si es posible hablar más bajo para que no se los pueda oír desde afuera; b) pueden pedirle a sus colegas que desocupen las salas contiguas o los pasillos en determinados casos; c) pueden desarrollar políticas para garantizar que los debates sobre información delicada queden restringidos a aquellas áreas de la clínica que, de hecho, sean privadas.</p>
<p>¿Protege el personal el derecho a la privacidad de la mujer en la práctica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Le piden las recepcionistas a las mujeres que indiquen el motivo de su consulta frente a otros usuarios en el área de recepción? ¿Recaba el personal información de admisión en la sala de espera? ¿Tienen los integrantes del personal la costumbre de interrumpir o ingresar a las consultas o sesiones de consejería? 	<p>En muchos ámbitos de la atención de salud, las y los trabajadores de salud no logran garantizar la privacidad de la mujer. Por ejemplo, es común que recepcionistas les pidan a las mujeres que indiquen el motivo de su consulta frente a otros usuarios en el área de recepción, aunque las mujeres consideren que esa información es estrictamente de carácter personal. De manera similar, en algunas clínicas, trabajadores de salud registran la información de admisión (nombre, dirección, historia médica) en áreas públicas como la sala de espera, o interrumpen en las consultas sin tocar a la puerta. Cuando existan estos problemas, las y los administradores deben trabajar con el personal para reducir estas prácticas. Por ejemplo, el personal podría limitar drásticamente sus preguntas a las mujeres en el área de recepción, o podrían intentar obtener información por escrito si las mujeres saben leer y escribir. Si no, el personal podría esperar hasta reunirse con la mujer en privado para pedirle que comparta información personal en voz alta.</p>

<p>¿Se capacitó al personal para que comprenda la importancia de la privacidad de las usuarias?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha recibido todo el personal, incluso las recepcionistas, capacitación para comprender en qué medida la violación de la privacidad y la confidencialidad puede poner en peligro la salud y la seguridad de la mujer? 	<p>En muchos ámbitos, el respeto por la privacidad y la confidencialidad simplemente no ha formado parte de la cultura profesional dentro de los servicios de salud, ya sea por limitaciones de espacio o porque no ha sido prioridad de la organización. Las y los administradores pueden tratar ese tema garantizando que todos los integrantes del personal reciban capacitación para comprender los riesgos potenciales de la falta de privacidad y confidencialidad.</p>
<p>¿Se les permite a los niños y niñas mayores de dos años estar presentes durante las consultas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sabes los proveedores que tratar temas delicados como la violencia o la salud sexual y reproductiva en presencia de niños y niñas de más de dos años puede colocar a la mujer en riesgo de sufrir violencia? • ¿Cuenta la clínica con un espacio donde los niños y niñas puedan jugar a la vista de un miembro del personal como, por ejemplo, la recepcionista? • ¿Está dispuesto algún integrante del personal a cuidar a las niñas y los niños pequeños cuando las mujeres en situación de crisis necesitan hablar a solas con un trabajador de la salud? 	<p>Aun cuando los niños son muy pequeños para comprender una conversación, pueden repetir esa información a un posible familiar violento. Esto representa un desafío para los proveedores de salud, ya que las mujeres por lo general llevan a sus hijos pequeños a los centros de salud, y la mayoría de esos centros no cuentan con guarderías. Administradores pueden adoptar una serie de medidas para resolver ese problema. Primero, pueden establecer una política según la cual las y los proveedores no interroguen a las mujeres sobre temas de violencia (u otros temas delicados) frente a niñas y niños de más de dos años. Segundo, pueden hallar estrategias para ayudar a las mujeres a reunirse a solas con sus proveedores. Por ejemplo, reservando una esquina de la sala de espera para que los niños y niñas puedan jugar bajo la supervisión de la recepcionista, o identificando a los integrantes del personal que estén de acuerdo en cuidar a los niños y niñas en determinados casos; por ejemplo, si una mujer está en crisis.</p>
<p>¿Tienen las mujeres oportunidad de ver a los trabajadores de salud sin la presencia de sus parejas, familiares o amigos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Son conscientes las y los proveedores de que la persona que acompaña a la paciente puede ser el perpetrador de violencia o puede revelar información al perpetrador? • ¿Las y los proveedores le preguntan a las mujeres sobre temas de violencia en presencia de sus parejas, familiares o amigos? • ¿Conocen las y los proveedores estrategias creativas para lograr un momento a solas con las pacientes para preguntarles si quieren hablar sobre algo sin que la pareja, un familiar o un amigo esté presente? • ¿Las y los trabajadores de salud saben cómo distraer a un familiar o amigo lo suficiente como para interrogar a la mujer en materia de abuso cuando sospechan que ésta ha sido víctima de violencia? 	<p>Muchas mujeres quieren que sus parejas, familiares o amigos estén presentes cuando se entrevistan con una o un trabajador de la salud, y los centros de salud deben respetar sus deseos. Sin embargo, las y los proveedores de salud también deben comprender que, en algunos casos, la pareja o familiar que acompaña a la mujer puede ser un abusador, puede ser propenso a infligir violencia o puede revelar información confidencial a un integrante violento de su familia. Administradores deben trabajar con el personal a fin de desarrollar políticas acerca de cuándo permitir a la familia o amigos acompañar a la mujer en las diferentes etapas de la consulta. Dichas políticas deben equilibrar la necesidad de proteger la privacidad de la mujer y la necesidad de respetar el deseo de la mujer de asistir a la consulta con un familiar o amigo. Pero no es suficiente con contar con una política clara. Proteger la privacidad de la mujer requiere que las y los proveedores comprendan los posibles riesgos, que juzguen qué tipo de información pueden tratar frente a los familiares, y que hallen estrategias creativas para obtener el consentimiento y distraer a los familiares que pudieran intentar evitar activamente que la mujer consulte a una trabajadora de la salud en privado.</p>
<p>¿Ha establecido la clínica normas y protocolos para proteger la privacidad de la mujer, incluso reglas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prohíban al personal pedirles a las mujeres que traten información confidencial (como la historia médica o los resultados de un examen) en áreas públicas como ser los pasillos? • Identifiquen cuándo y cómo los integrantes del personal pueden interrumpir una consulta o una sesión de orientación? 	<p>Muchas organizaciones de salud pueden verse beneficiadas si organizan debates entre los integrantes de su personal sobre cómo aumentar la privacidad y la confidencialidad en sus clínicas, y si desarrollan luego un conjunto de normas, políticas o pautas. En los ámbitos con pocos recursos, donde el espacio privado es limitado, quizás sea necesario que el personal trabaje en conjunto para hallar maneras creativas de ayudarse mutuamente a proteger la privacidad de las usuarias. El proceso de desarrollo de normas y políticas le permite al personal compartir ideas y establecer luego normas claras para llevar a cabo su labor. Las normas y las políticas por escrito alivian la carga que pesa sobre las y los trabajadores individuales de la salud para que resuelvan esos problemas por ellos mismos.</p>

En la práctica

¿Cómo decidir a quién se le permite estar presente durante la consulta y cuándo puede hacerlo?

Existe cierta confusión acerca de si los programas de salud deben exigir a las y los proveedores que examinen a las mujeres a solas. Por otra parte, si una pareja abusiva insiste en estar presente durante la consulta con un médico, la mujer no tendrá oportunidad de revelar que ha sido víctima de violencia. Por el contrario, muchas mujeres quieren que su pareja, un amigo o familiar la acompañe durante la consulta con la trabajadora de salud, en especial, si se trata de un médico varón. Más aún, las mujeres que han sufrido abuso sexual en el pasado pueden sentir que es importante que un amigo o familiar las acompañe durante el examen clínico.

Una manera de equilibrar estas preocupaciones consiste en que las y los proveedores de salud comiencen la consulta viendo a la mujer a solas mientras ella está vestida. Esto le brinda al proveedor la oportunidad de formular preguntas sobre el tema de la violencia y de preguntarle a la usuaria si desea que un amigo o familiar esté presente durante el resto de la consulta. Algunas clínicas tuvieron una experiencia positiva con la estrategia de colocar carteles en las salas de consulta en los que se informaba que la política de la clínica era que las pacientes no estuvieran acompañadas durante la primera parte de la consulta.

Es importante destacar que, por lo general, el examen clínico no es el momento oportuno para hacerle preguntas difíciles a la mujer sobre temas de violencia, ya que ella se siente más vulnerable mientras se desviste o si la toca una o un trabajador de salud. Es mejor que el personal haga preguntas directas sobre la violencia cuando la mujer está totalmente vestida. De esa forma, tiene sentido permitirle a la mujer estar acompañada durante el examen clínico. Si durante el transcurso del examen clínico los proveedores descubren motivo para sospechar que la usuaria fue víctima de violencia, pueden utilizar estrategias creativas para distraer a la persona que la acompaña y así poder hablar nuevamente con la usuaria en privado.

Sea cual fuera el enfoque que decida adoptar el programa de salud, se recomienda redactar esa política por escrito e informar a todas las usuarias acerca de la misma.

d. Fortalecimiento de la confidencialidad

La confidencialidad es otro componente esencial de la calidad de atención y de los derechos de la paciente en todo ámbito de atención de salud. Sin embargo, la confidencialidad reviste especial importancia cuando las mujeres experimentan violencia, ya que la violación de la confidencialidad puede tener consecuencias fatales para las mujeres que viven en situaciones de violencia.

Principales preocupaciones en torno a la confidencialidad	Desafíos y recomendaciones
<p>¿Están los registros médicos guardados en un lugar seguro?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Están los registros médicos de las usuarias guardados en un lugar seguro que pueda cerrarse con llave y esté vigilado de cerca? • ¿Cuentan las clínicas con políticas por escrito sobre quiénes tienen acceso a los registros de las usuarias? • ¿Ha creado el centro médico conciencia sobre la importancia de proteger la confidencialidad de los registros médicos? 	<p>En todos los ámbitos, la violación de la confidencialidad puede ocurrir si los registros médicos se guardan en un lugar abierto e inseguro o si están al alcance de cualquiera que ingrese a la clínica. Asimismo, en muchos centros de salud en los países en desarrollo, las usuarias pueden consultar al médico que esté de turno ese día en lugar de tener un médico de cabecera. En dichos ámbitos, diferentes trabajadores de salud tienen acceso a los registros médicos. Cada centro de salud debería desarrollar políticas sobre quiénes tienen acceso a los registros médicos y en qué condiciones; las y los administradores deberían capacitar al personal para que comprenda los riesgos causados por la violación de la confidencialidad.</p>
<p>¿Tiene el centro de salud políticas claras en materia de confidencialidad que abarquen los siguientes aspectos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está permitido compartir información y con quién: <ul style="list-style-type: none"> • Otros integrantes del personal • Otros familiares • Madres y padres de los menores • Autoridades locales encargadas de hacer cumplir las leyes • Cuándo y cómo debe el personal obtener el consentimiento de la mujer antes de compartir información sobre su situación con un tercero. • Informar a las mujeres, en especial, a las jóvenes, acerca de los límites de la confidencialidad. 	<p>Las y los trabajadores de salud por lo general deben enfrentar cuestiones difíciles sobre si es posible revelar la información médica de una usuaria, y en qué casos puede hacerse. Por ejemplo, si una adolescente ha sido golpeada o violada por su novio, o si está embarazada, ¿los padres tienen derecho a saberlo? ¿Qué sucede si la joven quiere que sus padres no se enteren de esta información? ¿Y si existen pruebas de que la familia de la joven la someterá a más abuso o maltrato? ¿Existe la obligación jurídica de denunciar el hecho ante las autoridades? ¿Y si el propio sistema local de cumplimiento de la ley es abusivo? ¿Desea la clínica cumplir con ese deber de denunciar? Éstas son cuestiones que deben ser abordadas al nivel de la clínica por medio de normas y políticas. Las y los trabajadores de salud deben participar en el desarrollo de esas políticas, pero no deben verse obligados a tomar esas decisiones solos, sin la orientación o el apoyo de la institución.</p>

<p>¿Tiene el personal conocimientos básicos y conciencia sobre la importancia de la confidencialidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Comprende el personal por qué la violación de la confidencialidad puede colocar a una mujer en grave peligro? • ¿Está el personal capacitado para no revelar información de la usuaria sin permiso? • ¿Sabe el personal qué clase de información debe denunciar por ley a las autoridades; como, por ejemplo, pruebas de abuso sexual o físico de menores, heridas de arma de fuego, o violencia física contra la mujer? • ¿Existe en la clínica un mecanismo para que el personal comparta sus experiencias que tal están funcionando las políticas de la clínica? 	<p>Sería óptimo que cada organización o clínica individual desarrollara normas y políticas de confidencialidad, con la participación del personal. El próximo paso será asegurar que el personal de salud conozca cuáles son esas políticas, les brinde su apoyo y comprenda los motivos que las respaldan. Algunas clínicas no cuentan con políticas por escrito en materia de confidencialidad. En otros casos, existen normas y políticas de confidencialidad, pero no fueron desarrolladas con la adecuada participación o los aportes de proveedores. En muchos ámbitos, las políticas de la clínica han sido redactadas, pero el personal no ha sido debidamente informado acerca de cuáles son las políticas y qué se espera que haga. Si las y los proveedores no están de acuerdo con una política o si la consideran poco factible, simplemente pueden ignorarla. Cuando la administración de la clínica incluye a proveedores en la elaboración de las políticas y la supervisión de su aplicación, se pueden resolver problemas y depurar el sistema para garantizar una mejor protección de la confidencialidad de la paciente.</p>
<p>¿Protege el personal la confidencialidad durante los contactos de seguimiento?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el personal de salud intenta hacer un seguimiento de las pacientes en sus hogares, ¿adopta medidas para proteger la confidencialidad de la mujer, que impliquen, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Preguntarle a la mujer de antemano si le gustaría ser contactada en el futuro y cómo debería ser el contacto? • Abstenerse de mencionar el nombre de la clínica o el motivo del contacto al hablar con un miembro del hogar? 	<p>Las y los trabajadores de salud que intenten ponerse en contacto por teléfono, por correo o en persona con las usuarias en sus hogares luego de haber asistido a la clínica, pueden alertar sin querer a otros miembros de la familia sobre el hecho de que la paciente buscó ayuda y se le brindaron servicios. Si la usuaria vive en una situación potencialmente violenta, esa información puede poner en peligro su seguridad. Los centros de salud deben exigir a su personal que tome precauciones para proteger a las mujeres, preguntando de antemano a las usuarias si quieren ser contactadas y cómo desean que se realice ese contacto si el trabajador o la trabajadora de salud necesita comunicarse con ellas en el futuro. Las y los trabajadores de salud también pueden optar por utilizar estrategias creativas. Por ejemplo, pueden preguntarles a las mujeres si se las puede contactar por medio de un amigo o un vecino de confianza. O cuando llaman por teléfono a una mujer, y atiende un familiar, los trabajadores sociales pueden identificarse por su nombre de pila, pero no por el nombre de la clínica.</p>

En la práctica

Equilibrio entre la confidencialidad y la necesidad de completar registros médicos

Un desafío importante para muchas clínicas es cómo asegurar que las y los proveedores puedan registrar información detallada sobre las experiencias de violencia de las mujeres sin revelar esta información a terceros sin su consentimiento. Los participantes de la iniciativa de la IPPF/RHO consideraron que el abuso y la violencia tienen gran incidencia sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer y que, por lo tanto, es una parte esencial de la historia médica de la mujer para garantizar una atención adecuada. Por otra parte, algunos proveedores sintieron que no siempre deseaban que otros integrantes del personal de la organización se enteraran sobre los hechos de violencia que revelaban sus usuarias. De hecho, durante el estudio de base de IPPF/RHO, algunos médicos manifestaron que redactaron toda la información sobre violencia en la historia clínica **en clave**, para así poder acceder a esa información en futuras consultas y que ninguno de sus colegas en la clínica supiera qué significaba esa información. Esto fue un particular desafío en las clínicas más grandes, donde las mujeres no tenían un proveedor de salud de cabecera sino que consultaban con diferentes proveedores, según quién estaba de guardia ese día.

En líneas generales, las tres asociaciones miembros decidieron que las y los proveedores debían anotar las respuestas de las mujeres a las preguntas para el proceso de detección de violencia basada en género en los formularios de historia clínica, de manera que fuera claramente legible para los demás proveedores. Con el objeto de proteger a la mujer, las clínicas fortalecieron las políticas para salvaguardar la manera en que se guardaban los registros de la clínica y le pidieron a las y los proveedores que les aclararan a las mujeres que revelaban haber sido víctimas de violencia cómo se registraría y utilizaría esa información. Crear conciencia entre las y los proveedores de que la violencia es un problema de salud simplificó la tarea de convencerlos de que esa información debía formar parte del registro médico de la mujer. Más aún, fue de gran utilidad destacar que los registros médicos de sus clínicas contenían toda clase de información delicada y confidencial, como la referida a la utilización de métodos anticonceptivos, el estado de embarazo, y los resultados de exámenes de infecciones de transmisión sexual. La violación de la confidencialidad relativa a cualquiera de esos temas delicados puede poner en peligro a la mujer. Una historia de violencia o abuso no debería ser vista como información demasiado vergonzosa para ser registrada (un preocupación que aqueja a algunos proveedores). Las clínicas tienen la responsabilidad ética de proteger la confidencialidad de todos los registros médicos a tal punto que los datos de violencia no deberían poner en peligro a la mujer.

Sin embargo, las tres asociaciones miembro de la IPPF aún luchan por resolver una serie de cuestiones. Por ejemplo, la mayoría de ellas no ha desarrollado sistemas para compartir información sobre la violencia entre profesionales de diferentes servicios (por ejemplo, servicios médicos o de consejería). Es decir, si una mujer revela una historia de violencia a un consejero de planificación familiar durante el trámite de admisión, ¿cuánto debería esa información estar a disposición del médico que atenderá sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva? En las clínicas de las asociaciones miembro, la información sobre la historia de violencia que se revela durante los servicios médicos, psicológicos o de consejería, por lo general se mantiene en registros separados.

Durante la evaluación complementaria de la IPPF/RHO, la evaluadora recomendó que cuando los programas de salud mantengan registros por separado, deberían considerar registrar en el formulario de historia clínica un resumen de los otros servicios brindados, al igual que hacen los médicos cuando refieren usuarias a especialistas en el campo médico, a menos que las mujeres no deseen que se registre ese tipo de información. Sin embargo, las pruebas sugieren que quienes más se resisten a compartir la información entre los servicios médicos, legales y psicológicos son las y los proveedores de servicios, no las mujeres.

e. Desarrollo de redes de referencia

Por lo general, las mujeres que son objeto de la violencia basada en género necesitan servicios que van más allá de la atención médica. Por ejemplo, esas mujeres pueden necesitar asesoramiento legal, un refugio temporal, apoyo emocional, servicios psicológicos, protección policial, alojamiento, empleo y servicios para sus hijos e hijas. Para las mujeres en situación de crisis, incluso aquéllas que confrontan un alto riesgo de mayor violencia, la necesidad de estos servicios adicionales puede ser urgente y hasta podría salvarles la vida. Esa necesidad de otros servicios es una característica de la violencia contra la mujer que la diferencia de otros problemas de salud pública. Los profesionales médicos están acostumbrados a poder “tratar” infecciones y brindar atención a problemas de salud por sí solos. En la mayoría de los casos, suelen tener la solución, y no siempre están capacitados para pensar que sus pacientes pueden necesitar otros servicios que no sean de naturaleza médica. Tal como afirmó un médico de la República Dominicana:

Antes sólo me limitaba a tratar la parte médica, el aspecto psicológico y legal, pues lo obviaba y no preguntaba sobre ello. Ahora al identificar [un caso de violencia] lo canalizo de acuerdo a caso, el aspecto psicológico o legal lo refiero adecuadamente al área correspondiente.

Para muchos programas de salud (pero no para todos) en los países desarrollados, alentar a las y los proveedores a efectuar referencias a servicios sociales o legales resulta prácticamente obvio, dado que en las comunidades suelen existir redes de servicios de alta calidad para las sobrevivientes de violencia. La mayoría de las ciudades de los Estados Unidos, por ejemplo, cuenta con organismos no gubernamentales que se dedican exclusivamente a brindar atención a las mujeres que han sido víctimas de la violencia doméstica o el abuso sexual. En esas comunidades, los programas de salud simplemente necesitan brindar a sus proveedores un listado de números de teléfono y organizaciones locales.

Sin embargo, en los países en desarrollo (y en algunos ámbitos con pocos recursos en los países desarrollados), por lo general no existen redes de servicios accesibles, de alta calidad y bajo costo. Por ejemplo, en las capitales de los países en desarrollo, casi no existen refugios de emergencia para las mujeres. En algunos lugares existen organismos no gubernamentales que ofrecen servicios a las sobrevivientes, pero suelen no tener fondos suficientes y su cobertura tiende a limitarse a determinadas zonas urbanas. Los servicios de referencia que existen suelen funcionar en las ciudades capitales, más que en las

áreas rurales. También estos servicios suelen ser pocos, estar lejos unos de otros y no ser accesibles para toda la población urbana. Los servicios públicos o gubernamentales para las mujeres víctimas de violencia también tienden a ser limitados, y muchos llaman la atención por su incompetencia y trato abusivo de las mujeres que asisten en busca de ayuda. La falta de servicios de referencia adecuados en muchos ámbitos representa un gran desafío para los programas de salud que desean tratar el problema de la violencia basada en género, dado que ello significa que los profesionales de la salud que identifican a las víctimas de la violencia no siempre pueden ayudar a la mujer a obtener los servicios especializados que necesita.

En especial, los sistemas jurídicos en la mayoría de los países en desarrollo suelen ser tan endeble que o bien no se hacen cumplir las leyes, o se aplican de manera incoherente y arbitraria. En infinidad de ámbitos, investigadores y defensores han documentado que la policía, los jueces y otros funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes maltratan a las mujeres, no logran hacer cumplir la ley o la interpretan de manera tal que colocan a la mujer en riesgo de sufrir aun más violencia.⁴⁷ Como consecuencia de ello, en muchos países en desarrollo simplemente no es seguro que un médico le aconseje a una mujer que realice la denuncia policial en persona si no la acompaña alguien.

A pesar de todos esos problemas, los programas de salud tienen la obligación de descubrir qué servicios existen en sus comunidades. El registro de esta información en un directorio de referencia puede incrementar la posibilidad de que las mujeres obtengan la ayuda que necesitan y puede permitir que las y los proveedores sientan que, de hecho, tienen algo que ofrecer a las mujeres que revelan que han sido víctimas de la violencia. Asimismo, si se localizan los servicios existentes en determinada zona, se puede ayudar a evitar la duplicación de esfuerzos y a determinar cuáles son los servicios que la comunidad más necesita.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La iniciativa de la IPPF/RHO arrojó diversas lecciones y dio lugar a varias sugerencias para enfrentar el desafío de los servicios de referencia inadecuados en la comunidad, entre los que se incluyen los temas que se mencionan a continuación:

Los programas de salud deben comenzar por investigar qué servicios se prestan en la comunidad. Por lo general, descubrir qué servicios existen en la comunidad requiere tiempo y esfuerzo. Muchos programas de salud simplemente no han invertido los recursos necesarios para descubrir qué servicios existen para las sobrevivientes. Los programas de salud podrían descubrir que existen más servicios de lo que se imaginan. Cuando una comunidad no cuenta con organizaciones no gubernamentales dedicadas exclusivamente a las necesidades de las sobrevivientes, los programas de salud deberán observar otras instituciones públicas o privadas cuyos servicios puedan resultar de utilidad para las mujeres víctimas de violencia, aunque no estén diseñados exclusivamente para tal fin.

En ámbitos de escasos recursos, los programas de salud deben hacer más que registrar el nombre y la información de contacto para los servicios de referencia. En los ámbitos donde los recursos son escasos, los programas de salud deben recabar información más exhaustiva sobre los servicios locales, y no limitarse a obtener la información de contacto. Que el servicio exista en teoría no significa que sea accesible, de bajo costo o de buena calidad, o que tenga posibilidades de continuar en el futuro. Por ejemplo, ¿qué servicios ofrece la organización exactamente? ¿Siguen funcionando a tiempo completo? ¿Cuáles son sus horarios y aranceles? ¿Es una organización estable; o su situación es precaria y es probable que cambie en un futuro cercano? Lo que resulta aun más importante: los programas de salud deben recabar información acerca de la calidad de los servicios brindados.

Los programas de salud deberían asegurarse de investigar los servicios que brindan las instituciones gubernamentales. Además de los servicios brindados por las ONG, los programas de salud deberían obtener información sobre los servicios gubernamentales, como la policía, los fiscales, los exámenes médicos forenses (que a veces sólo los realizan los organismos públicos), así como sobre dónde y cómo las mujeres pueden acceder a servicios relativos a la custodia de los niños y niñas, el divorcio, la división de bienes y las órdenes de protección.

Ingresar esta información a un directorio de referencia constituye un paso fundamental con vistas a brindar referencias externas a las sobrevivientes de la violencia. Una vez que los programas de salud han obtenido información sobre los servicios locales, dicha información debería ser ingresada a un directorio de referencia y estar a disposición de todo el personal, ya sea por medio de la distribución de copias a todas y todos los proveedores de salud o procurando que al menos una copia esté disponible en un lugar conveniente en cada clínica de salud. La elaboración de un directorio de instituciones locales al cual las y los proveedores puedan referir a las usuarias puede realizarse aun con recursos mínimos. El directorio puede ser elaborado por integrantes del personal o por asesores externos. En el resto de esta sección se brindan diversas herramientas para confeccionar un directorio de servicios de referencia en la comunidad circundante, desde una guía de cinco pasos, hasta una guía modelo de entrevista y un formato de muestra de una página de un directorio de referencia.

Lo indicado es crear redes formales de referencia y contra-referencia con otras organizaciones, aunque no es una tarea fácil. Al comienzo de la iniciativa regional de la IPPF/RHO, los participantes esperaban establecer un formato de redes de referencia y contra-referencia con otras organizaciones. Sin embargo, en muchos casos esto resultó ser un desafío. Asimismo, dadas las limitaciones de tiempo del personal, fue particularmente difícil establecer un sistema que rastrearía y supervisara formalmente los servicios brindados en otras instituciones. Descubrir cómo armar alianzas sin incurrir en altos costos es un objetivo que requiere mucha labor.

Cuando no existen servicios de referencia de buena calidad, los programas de salud pueden trabajar para mejorarlos. El sector de la salud tiene el potencial de ayudar a mejorar la calidad y el acceso a los servicios de referencia para las sobrevivientes, aunque ello a menudo requiera un alto nivel de recursos y experiencia. Por ejemplo, las asociaciones miembro de la IPPF/RHO se vincularon con otras ONG y formaron coaliciones o celebraron acuerdos para prestar servicios a sus usuarias. Además, PROFAMILIA, una de las asociaciones, trabajó arduamente con la policía, jueces y fiscales locales a fin de mejorar la manera en que se trataba a las mujeres. Eso lo hizo mediante la capacitación del personal y una reforma de los procedimientos empleados. Cabe recordar que el sector de la salud suele disfrutar de un alto grado de credibilidad ante de esas instituciones, dado que puede elevar la conciencia de que la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública. Mientras abogan por la salud de la mujer, los programas de salud pueden contribuir a mejorar la calidad de los servicios de referencia de manera más general.

Otra manera en que los programas de salud pueden proteger a las mujeres es permitiendo que su personal acompañe a las mujeres a ciertas clases de servicios de referencia. Esta estrategia exige que el programa de salud invierta dinero y tiempo en la capacitación del personal, pero la IPPF/RHO descubrió que algunas mujeres agradecieron esta ayuda, y que enviar a un profesional para que acompañe a una mujer (ya se trata de una abogada o de una trabajadora social) puede mejorar drásticamente el trato que recibe la mujer (en especial, por parte del personal encargado de hacer cumplir la ley).

Cuando a pesar de los esfuerzos no se encuentran servicios de referencia externos adecuados, puede ser necesario establecer servicios básicos a nivel interno. Cuando a los programas de salud les resulta imposible localizar dentro de la comunidad servicios de referencia externos de buena calidad, quizás sea necesario considerar brindar al menos un mínimo de servicios internos, como los de intervención en crisis y de apoyo emocional, y grupos de apoyo para mujeres. En el Capítulo V de este manual se plantean sugerencias sobre la manera en que los programas de salud pueden lograr ese objetivo a bajo costo.

Las alianzas con otras organizaciones pueden generar beneficios más allá de las redes de referencia. Por ejemplo, las redes pueden ser una manera esencial de compartir información y herramientas, identificar deficiencias en los servicios disponibles, supervisar la calidad de los servicios públicos y trabajar para mejorar la protección jurídica de las mujeres que viven en situación de violencia.

En la práctica

Un toque de realismo acerca de las referencias externas

Las asociaciones miembro de la IPPF descubrieron que incluso hacia el final de la iniciativa, menos del 5% de las mujeres que habían revelado un hecho de violencia aceptó una referencia externa. El resto se negó a buscar ayuda fuera de la organización o, aparentemente, halló lo que necesitaba dentro de la asociación. Sin embargo, resulta fundamental contar con un directorio de referencia, ya que éste permite a las y los proveedores repetir el mensaje de que existe un lugar al cual pueden recurrir las mujeres en el futuro si necesitan otros servicios. También es una forma de garantizar que la organización no preste servicios por partida doble.

Hay muchos motivos por los cuales las mujeres no utilizan los servicios externos. A veces, esos motivos simplemente consisten en que carecen de dinero suficiente para pagar el pasaje en autobús para desplazarse a otra parte de la ciudad, o no saben cómo llegar a ese lugar, aunque tengan instrucciones por escrito. En otros casos, las mujeres son renuentes a utilizar servicios si no las acompaña alguien. Estos ejemplos subrayan la necesidad de preguntarle a la mujer acerca de las barreras que obstaculizan su acceso a los servicios de referencia, sin que ello se limite únicamente a confeccionar una lista de otras organizaciones.

PASOS SUGERIDOS PARA DESARROLLAR UN DIRECTORIO DE REFERENCIA

- PASO 1:** **Determinar el área geográfica que se incluirá en la red de referencia.** ¿Dónde vive la mayoría de las usuarias? ¿De qué manera pueden viajar para buscar servicios? Si la institución tiene clínicas en varias partes de la ciudad o el país, cada lugar puede requerir un directorio diferente para garantizar que los servicios sean verdaderamente accesibles para las mujeres desde el punto de vista de la geografía.
- PASO 2:** **Localizar las instituciones en la zona que presten servicios relevantes a las mujeres y niñas que vivan en situación de violencia.** Esa lista puede incluir organizaciones médicas, psicológicas, sociales y jurídicas, así como contactos con la policía. También se podrá considerar la incorporación de instituciones que traten temas secundarios relativos a la violencia, como el uso indebido de las drogas y el alcohol, así como otras que ofrezcan servicios para niñas y niños víctimas de violencia o que hayan vivido en situación de violencia. Cada institución podrá designar a otras instituciones locales que puedan formar parte del directorio.
- PASO 3:** **Llamar —o mejor aún visitar— todas las instituciones para reunir información clave acerca de los servicios que prestan.** Para obtener información actualizada de cada institución y tener la oportunidad de observar los servicios de manera directa, es aconsejable realizar entrevistas breves e informales en persona con los integrantes del personal de la organización donde se prestan los servicios. Tras describir su propio trabajo en materia de la violencia basada en género, se debe formular una serie de preguntas elementales a fin de determinar si se puede utilizar a la institución como referencia, y de qué manera puede lograrse. En la página siguiente aparece una breve guía de entrevista y un formato modelo de la manera en que se puede presentar la información.
- PASO 4:** **Organizar la información en un directorio.** La información sobre las instituciones de referencia se puede organizar de muchas maneras (por ejemplo, por lugar, tipo de servicio ofrecido, etc.). Si el número de servicios de referencia disponibles en la comunidad es reducido, el directorio debe ser muy conciso. Si el directorio es extenso, se puede facilitar su empleo mediante la confección de un índice de instituciones ordenadas por nombre y tipo de servicio.
- PASO 5:** **Distribuir el directorio entre las y los proveedores de salud.** Sería ideal que el programa de salud entregara una copia del directorio a cada proveedor de salud, de manera que todas y todos los integrantes del personal que interactúan con las usuarias tengan acceso a esa información. Si las limitaciones de recursos impiden que se impriman tantas copias, cada clínica debería contar con un directorio a disposición del personal en un lugar conveniente y accesible.
- PASO 6:** **Recopilar la información sobre las experiencias de las y los proveedores con respecto al funcionamiento del directorio.** Las y los administradores deben dedicar tiempo a discutir el directorio con las y los proveedores poco después de que éste sea presentado, para garantizar que el formato sea viable y que los proveedores no encuentren dificultades en el proceso de brindar referencias. Una vez que las y los proveedores hayan utilizado el directorio por cierto tiempo, podrán, por ejemplo, saber qué servicios de referencia están o no están actualmente disponibles para sus usuarias.
- PASO 7:** **Formalizar relaciones con las instituciones de referencia.** Luego de elaborar el directorio, el próximo paso es crear coaliciones más formales con otros organismos. Ello puede abarcar desde el establecimiento de sistemas estructurados de referencia y contra-referencia, hasta la colaboración en diversos proyectos. En algunos casos, las asociaciones miembro de la IPPF han negociado precios con descuento para sus usuarias. Lo ideal sería que las organizaciones que participan en una red de referencia estuvieran en contacto unas con otras de manera regular, para comunicar los resultados que han obtenido, mantenerse actualizadas y brindar al menos un mínimo de seguimiento a determinados casos y a otros temas relacionados con su labor.
- PASO 8:** **Actualizar la información en el directorio de manera sistemática.** Resulta esencial que los programas de salud actualicen la información del directorio de manera regular (por ejemplo, cada seis meses) para evitar que las mujeres reciban información equivocada. La desinformación no sólo constituye una pérdida de tiempo, dinero y energías, sino que puede poner en peligro a la mujer de distintas maneras. Es necesario recordar que los servicios pueden cerrar, mudarse, aumentar los costos o cambiar los procedimientos, en especial, en ambientes con escasez de recursos.

BREVE GUÍA DE ENTREVISTA PARA ELABORAR UN DIRECTORIO DE REFERENCIA

Primero, recopilar información práctica, a saber:

- ¿Cuál es el nombre completo y la sigla de la institución?
- ¿Cuál es la información de contacto (dirección, números de teléfono, fax, correo electrónico, etc.)?
- ¿Cuál es el nombre y cargo del director o la directora de la organización?
- ¿Cuál es el nombre y cargo de la persona que suministra información?
- ¿Qué tipos de servicios se ofrecen en la organización?
- ¿Cuáles son los horarios de funcionamiento?
- ¿Cuál es el proceso por el cual las usuarias pueden acceder a los servicios? Por ejemplo, ¿es necesario marcar una cita? ¿Pueden las usuarias acceder al servicio si asisten durante el horario de atención al público?
- ¿Cuánto cuestan los servicios?

Luego, formular preguntas más específicas acerca de los tipos de servicios disponibles para las mujeres víctimas de la violencia basada en género, por ejemplo:

- ¿Brinda en la actualidad servicios orientados específicamente a las mujeres que viven en situación de violencia basada en género?
- En caso afirmativo, ¿qué tipos de violencia basada en género se enfocan?
- ¿Cuenta con información sobre el perfil de las víctimas de la violencia basada en género a las cuales atiende?
- Si su organización no ofrece servicios específicos para las mujeres que han sido víctimas de la violencia, ¿qué servicios ofrece que puedan resultar de utilidad a las mujeres en esa situación?
- ¿Presta servicios directos o suele referir a las mujeres a otras organizaciones? ¿A qué otras organizaciones refiere a las usuarias?
- ¿Qué criterios se utilizan para realizar las referencias?
- ¿Cuenta con acuerdos formales de referencia con otras organizaciones? En caso afirmativo, ¿dan buenos resultados?
- ¿Qué otras actividades lleva a cabo su organización para hacer frente al problema de la violencia basada en género (por ejemplo, de investigación, de defensa y promoción, campañas educativas, de sensibilización, de capacitación, de elaboración de material, etc.)?
- ¿Cuenta con material educativo o informativo sobre la violencia basada en género que esté dispuesta a compartir con otras organizaciones que trabajan con estos temas?
- ¿Conoce otras instituciones en esta área que brinden servicios que puedan ser de utilidad para las mujeres que han vivido situaciones de violencia?
- ¿Integra su organización alguna red de organizaciones dedicadas al problema de la violencia basada en género?

FORMATO DE MUESTRA PARA UN DIRECTORIO DE REFERENCIAS DE LA ORGANIZACIÓN

Adaptado de un formulario creado por Susana Medina, PLAFAM

INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Nombre completo de la institución:	Asociación Civil de Planificación Familiar
Sigla:	PLAFAM
Tipo de institución:	Organismo no gubernamental
Dirección:	Calle Minerva, Qta. PLAFAM, Las Acacias, y Calle La Paz, Casco Colonial de Petare, Edf. 3-19, Mezzanina
Teléfono:	Clínica central: 693.9358/6032/5262 Clínica de Petare: 271.7268
Fax:	693.9757
Correo electrónico:	plafam@plafam.org
Director/a:	Dra. Beatriz Castresana
Título del/ la director/a:	Directora Ejecutiva
Fuente de información:	Susana Medina
Cargo:	Coordinadora de Proyecto de Violencia Basada en Género
Fecha de actualización de información:	12 de noviembre de 2003
Reseña de la institución:	PLAFAM es una organización civil sin fines de lucro cuya misión consiste en fomentar la planificación familiar y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de Venezuela, en especial, entre las mujeres y hombres de bajos recursos.
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EN MATERIA DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	
Características de la población atendida:	Mujeres, niños y adolescentes que viven en toda el área metropolitana de Caracas, Los Teques, Valles del Tuy.
Tipos de servicios:	1. Consejería y servicios de apoyo emocional 2. Servicios psicológicos: intervención en crisis y terapia a largo plazo 3. Grupos de apoyo para sobrevivientes de la violencia basada en género 4. Servicios de apoyo emocional para niños y niñas sobrevivientes de la violencia basada en género 5. Servicios legales 6. Atención de salud sexual y reproductiva
Horarios:	Servicios disponibles de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00.
Procedimientos para acceder a los servicios:	Los servicios médicos se brindan por orden de llegada o haciendo una cita por teléfono. La intervención en crisis está disponible en los horarios de atención al público o por cita hecha por teléfono.
Costo de los servicios:	(verificar antes de referir)
Lugares de referencia:	Procuraduría y juzgado de menores, Fondenima, División de menores de CIPCPTJ y Centros Ambulatorios del Inam.
Tipo de personal que presta servicios a las víctimas de violencia:	Psicólogas, médicos y abogadas.
Otras actividades relacionadas con la violencia	Seminarios universitarios sobre la violencia basada en género; talleres para sensibilizar y capacitar a los profesionales, como policías y médicos forenses; producción de materiales y publicaciones sobre la violencia basada en género.

f. Comprensión de los temas legales

Un paso importante con miras a fortalecer la respuesta que el servicio de salud se brinda a la violencia basada en género, consiste en procurar que los integrantes del personal del programa de salud logren comprender de manera adecuada los temas jurídicos relacionados con la violencia contra la mujer. Los temas jurídicos son importantes para el sector de la salud por diversas razones, a saber:

- Los programas de salud deberían estar al tanto de las leyes que regulan las actividades y el comportamiento de las y los proveedores de salud. Por ejemplo, las y los proveedores de salud pueden tener la obligación legal de denunciar ante las autoridades posibles casos de abuso sexual infantil.
- Las y los proveedores de salud deben conocer quiénes están autorizados a obtener pruebas sobre posibles episodios de violencia (ya se trate de pruebas forenses o de información en el legajo médico). De otro modo, podrían cometer graves errores que pueden perjudicar a las usuarias.
- Algunos proveedores de salud no quieren hablar acerca de la violencia con las usuarias porque temen verse involucrados en controversias jurídicas. Aprender más acerca del funcionamiento del sistema jurídico puede aliviar muchas de esas preocupaciones.
- Los proveedores de salud no pueden brindar asesoramiento jurídico a las usuarias, pero deberían brindarles información básica acerca de sus derechos y adónde acudir para obtener servicios jurídicos y protección policial cuando fuera necesario.
- Finalmente, los programas de salud deben comprender los temas legales en materia de confidencialidad de la información médica; en especial, todo lo referido al derecho de las adolescentes de recibir servicios sin el consentimiento de sus padres o a la posibilidad de mantener la confidencialidad de dichos registros médicos con respecto a los padres.

Aunque no se les puede exigir a los médicos que brinden asesoramiento jurídico, es importante que conozcan la información básica en materia de leyes, los derechos de sus usuarias, sus obligaciones legales como proveedores de salud, los procedimientos para obtener reparaciones legales y la mejor manera de ayudar a las usuarias para que éstas no vuelvan a ser traumatizadas por un sistema policial y judicial que puede resultar abusivo. Por ejemplo, las y los proveedores de salud deben contar con información legal básica para poder tratar de manera adecuada los casos de violación. En muchos países de América Latina, las y los proveedores de salud pueden documentar las pruebas forenses de violencia física, pero no las de violencia sexual. En el Perú, Venezuela, la República Dominicana y el Brasil, por ejemplo, las pruebas de violación deben ser confirmadas por un médico específicamente matriculado en medicina forense, ya que los tribunales no consideran a un examen médico realizado por un médico común como prueba válida.⁴⁸ Ello significa que para preservar la posibilidad de entablar acciones legales, los servicios de salud se ven en la necesidad de explicar esos requisitos a las víctimas de violaciones, y remitirlas a un especialista ajeno a la clínica. En muchos ámbitos, la visita al médico forense es impersonal y a veces traumática. En general, estos médicos consideran que su función se limita estrictamente a obtener pruebas; no suelen sentir que su responsabilidad consiste en buscar respuesta a las necesidades de las víctimas en materia de profilaxis de las ITS, servicios de anticoncepción de emergencia, y mucho menos, apoyo emocional.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Para fortalecer la respuesta del servicio de salud a la violencia, resulta fundamental comprender el contexto legal. Por todos los motivos expuestos anteriormente, las y los administradores de salud tienen la obligación de investigar la situación legal en la comunidad, el estado o la provincia y el país en que funciona su organización. Es importante comprender tanto las leyes como la manera en que éstas se aplican en la práctica.

Las y los administradores deben hallar la manera de compartir esa información con las y los proveedores utilizando términos fáciles de comprender. Sería óptimo que los administradores hallaran la forma de presentar esta información en un formato fácil de leer, y difundirla a las y los proveedores, ya sea por escrito o por medio de talleres de sensibilización o capacitación con personal del programa de salud.

Los programas de salud pueden ayudar al personal a manejar los temas legales mediante la elaboración de políticas claras. También puede ser importante para el programa de salud establecer políticas claras para tratar los temas legales, como la obligación de efectuar denuncias y las normas jurídicas vigentes en materia de confidencialidad de los registros médicos. Por ejemplo, cuando exista la obligación de efectuar determinadas denuncias, el programa de salud puede establecer una política sobre cuándo y cómo proveedores de salud deben denunciar los casos de violencia ante las autoridades, y quiénes deben hacerlo, si ese fuera el caso.

Los programas de salud quizás necesiten buscar ayuda de organizaciones externas para comprender los temas jurídicos. Es posible que el personal de los programas de salud no sepa cómo interpretar las leyes y averiguar exactamente cómo éstas se aplican en la práctica. Por lo tanto, podría ser necesario que las y los administradores de salud recurran a otras organizaciones en busca de ayuda, incluso, por ejemplo, a las ONG dedicadas a los aspectos legales de la violencia basada en género. Sin embargo, en algunos ámbitos, no existen organizaciones ni particulares que hayan investigado las cuestiones a veces complejas en las que confluyen la violencia, la atención de salud y el marco jurídico. Es importante comprender que ésta es un área muy especializada, con la que no está familiarizada la mayoría de los abogados.

La herramienta adjunta puede ayudar a los programas a identificar las clases de preguntas que deben responder para mantener informado a su personal sobre los temas más importantes. Para ayudar a los programas de salud a identificar los temas que deben conocer, las asesoras de la IPPF/RHO elaboraron una herramienta de “guía jurídica” que contiene una extensa lista de preguntas sobre la definición legal de la violencia contra la mujer, las obligaciones legales de proveedores de servicios, la obligación de efectuar ciertas denuncias, los derechos de las mujeres dentro de sus familias y cómo obtener órdenes de protección. Cada país (y a veces cada provincia) tiene leyes diferentes sobre estas cuestiones. Se espera que esta guía legal ayude a los programas de salud a establecer qué es lo que necesitan saber y qué información necesitan compartir con las y los proveedores de salud.

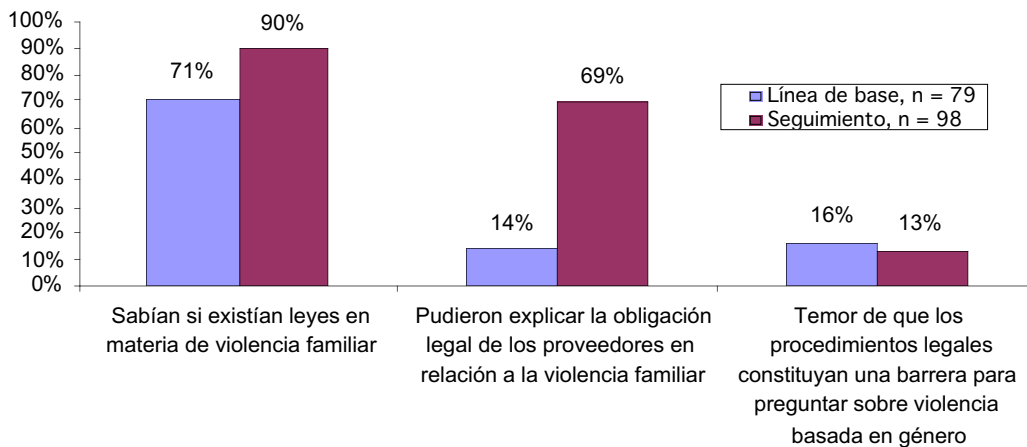
En la práctica

Conocimiento y actitudes de proveedores acerca de los temas legales

Por medio de encuestas, entrevistas y debates grupales, la evaluación de la IPPF/RHO recolectó datos cuantitativos y cualitativos sobre varios aspectos referidos a los conocimientos de las y los proveedores, incluso sus conocimientos sobre las implicancias legales de la violencia sexual y física. En la línea de base, sólo el 14% de las y los proveedores pudo explicar las obligaciones jurídicas de los proveedores de salud ante los casos de “violencia familiar”. Pocos proveedores estaban enterados de su obligación de denunciar los casos de abuso sexual de menores. Algunos proveedores —incluso médicos que habían atendido anteriormente a víctimas de violaciones— no sabían que sólo un médico matriculado en medicina forense está autorizado a realizar exámenes forenses a víctimas de violaciones. Y ocho de cada 36 médicos declararon que su temor de involucrarse en procesos legales los inhibía de hacer preguntas sobre violencia sexual o física, aunque ninguno mencionó las consecuencias negativas de ignorar la ley. Tal como afirmó un proveedor, “hay muchos aspectos incoherentes de la ley que regula nuestra labor.” Y otra manifestó que: “al final, cada (proveedor) interpreta la ley como le parece”.

La evaluación final arrojó que el conocimiento de las y los proveedores sobre las leyes relativas a estos temas había aumentado durante el transcurso de la iniciativa, y que había disminuido levemente la proporción de médicos que declararon que su temor a involucrarse en procesos legales constituía una barrera para hacer preguntas acerca de la violencia basada en género.

Porcentaje de proveedores entrevistados que pudieron explicar la ley y que declararon que su temor a involucrarse en un proceso legal constituía una barrera a preguntar sobre la violencia basada en género, en la línea de base y en el seguimiento



Sin embargo, durante el seguimiento, algunos manifestaron confusión acerca de sus obligaciones como proveedores de salud, incluso la obligación de denunciar casos de abuso sexual contra adolescentes y niñas y niños. Las observaciones clínicas hallaron que sólo cuatro de cada 12 clínicas habían logrado elaborar material por escrito acerca de las leyes aplicables a los proveedores para distribuir entre las usuarias; y las entrevistadoras descubrieron que las y los médicos tenían el material con información legal disponible en sus salas de consulta, aunque dicho material había sido distribuido en las clínicas y se le había ya entregado directamente a los médicos durante la capacitación.

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS

LEYES EN MATERIA DE VIOLENCIA FÍSICA Y ACOSO

¿Existe una ley(es) contra la “violencia doméstica” o la “violencia intrafamiliar”?
Según la ley, ¿cómo se define y tipifica la “violencia doméstica” o la “violencia familiar”?
¿Qué acciones de violencia intrafamiliar constituyen un delito? ¿Bajo cuáles circunstancias se aplica la ley?
¿Enumeran estas leyes las sanciones penales, administrativas o civiles que se impondrán a quienes violen las leyes contra la violencia doméstica? En caso afirmativo, ¿cuáles son las sanciones?
¿Con qué frecuencia se aplican estas sanciones en la práctica?
¿Existen otras leyes que prohíban la violencia física, el acecho, el acoso o las amenazas contra las mujeres por parte de personas ajenas a su familia, como su novio o un ex novio? ¿Bajo qué circunstancias se aplican esta(s) ley(es)?

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

LEYES EN MATERIA DE VIOLENCIA SEXUAL

¿Qué acciones contempla la ley para definir y tipificar el delito de violación? ¿Bajo qué circunstancias se aplica la ley?		
¿La ley considera a la violación como un delito contra la persona o contra el “honor “de la familia?		
¿Incluye la definición jurídica de violación:	SÍ	NO
a. ¿penetración anal?		
b. ¿penetración oral?		
c. ¿penetración con objetos o dedos?		
Si la definición legal de violación NO incluye la penetración con objetos o dedos, ¿reconoce la ley otro tipo de delito (por ejemplo, “agresión sexual”) que pueda equipararse a esta forma de violación?		
La violación, ¿es un delito mayor penalizado con encarcelamiento o una falta menor/contravención (no penalizado con encarcelamiento)? En caso de existir ambas, ¿la diferencia en la tipificación se aplica bajo cuáles circunstancias?		
¿Define la ley como delito la violación marital? En caso afirmativo, ¿bajo qué circunstancias se aplica la ley?		
¿Reconoce la ley como delito algún tipo de agresión sexual sin penetración contra una mujer adulta? En caso afirmativo, ¿cómo se tipifica y bajo qué circunstancias se aplica la ley?		
¿Qué tipo de prueba se requiere usualmente para probar el delito de violación o agresión sexual contra una mujer adulta?		
¿Cuáles son las penas por violación y por agresión sexual contra una mujer adulta?		
¿Qué acciones se tipifican como delitos sexuales cuando la víctima es una persona menor de edad? ¿Hay diferencias en la tipificación si la víctima es menor o mayor de edad?		
Cuando una persona adulta tiene relaciones sexuales con una persona menor de 18 años CON su consentimiento, ¿bajo cuáles circunstancias contempla la ley la existencia de un delito?		
¿Cuándo la agresión sexual se comete contra una persona menor de edad, existen diferencias en la forma en que se tipifica y sanciona estas acciones si la víctima es una niña o una adolescente?		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

Según la ley, ¿hay una “edad mínima de libre consentimiento”? Por ejemplo, ¿hay una edad específica bajo la cual, relaciones sexuales con una niña o niño son siempre reconocido como violación?
¿Cuándo la agresión sexual se comete contra personas menores de edad, existen diferencias en la definición dependiendo de si la víctima es varón o mujer?
En casos de violación, ¿constituye el matrimonio con la víctima un elemento que se toma en consideración para evadir la responsabilidad penal? En caso afirmativo, especificar si depende de la edad de la víctima.
¿Cuáles son las sanciones para delitos sexuales contra una persona menor de edad, y existen diferencias en las sanciones según las siguientes agravantes?
a. ¿edad de la víctima?
b. ¿relación entre la víctima y el agresor?
c. ¿amplia diferencia de edad entre la víctima y el agresor?
d. ¿otros agravantes? (especifique _____)
¿Contempla la ley otros delitos sexuales, como la corrupción de personas menores de edad, la explotación sexual comercial de personas menores de edad, la prostitución infantil, la pornografía, etc.?

OBLIGACIÓN LEGAL DE LOS PROVEEDORES DE SALUD DE DENUNCIAR CASOS DE VIOLENCIA

¿Exige la ley que los/las proveedores/as de salud denuncien los casos de violencia física ante las autoridades?	SÍ. (Especifique qué tipos de violencia.)	NO
a. ¿Cuando la víctima es una mujer adulta?		
b. ¿Cuando la víctima es menor de edad?		
¿Bajo qué circunstancias exige la ley que los/las proveedores/as de salud denuncien los casos de violencia sexual (incluidos el abuso, la violación, la agresión, etc.) ante las autoridades?	SÍ. (Especifique qué tipos de violencia.)	NO
a. ¿Cuando la víctima es una mujer adulta?		
b. ¿Cuando la víctima es menor pero ha llegado a la edad mínima de libre consentimiento?		
c. ¿Cuando la víctima no ha llegado a la edad mínima de libre consentimiento?		
d. ¿Otra? (especifique _____)		
¿Existen sanciones penales, civiles o administrativas para quienes no efectúen esas denuncias? De ser así, ¿Cuáles son? ¿Se aplican? ¿Con qué frecuencia?		
¿Ha desarrollado su institución una política referida a las circunstancias en las que el personal debe denunciar los casos de violencia ante las autoridades? En caso afirmativo, ¿cuándo y sobre qué tipos de violencia se deben formular las denuncias?		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIAR LOS CASOS DE VIOLENCIA ANTE LAS AUTORIDADES CUANDO ASI LO EXIGE LA LEY

¿Cuál es el procedimiento que debe seguir el personal de su organización para denunciar cada uno de los tipos de violencia que se enumeran a continuación? (Sírvese incluir información sobre el tipo de informe que deben preparar las y los proveedores de salud, por ejemplo, si es oral, escrito, etc.; el lugar donde deben entregar el informe, y el nombre de la autoridad jurídica o administrativa específica)

a. Violencia intrafamiliar (física o sexual) contra una mujer adulta.

b. Violencia física intrafamiliar contra una persona menor de edad.

c. Violencia sexual contra una persona menor de edad por un familiar.

d. Violencia sexual (incluida la violación, la agresión, el abuso) contra una persona menor de edad por una persona que no es un miembro de la familia.

RECOLECCIÓN Y CUSTODIA DE PRUEBAS FORENSES

En casos de violencia física, ¿Cuenta su organización con personal jurídicamente habilitado para recolectar pruebas que sean admisibles en juicios (por ejemplo, la redacción de un informe o la toma de fotografías de las lesiones)? ¿Cuál tipo de personal y qué tipo de pruebas?

En casos de violencia sexual, ¿Cuenta su organización con personal jurídicamente habilitado para recabar pruebas forenses que sean consideradas admisibles por el sistema judicial? ¿O la ley dispone que sólo médicos forenses pueden realizar exámenes forenses en casos de violencia sexual?

¿En qué circunstancias debería el proveedor de salud participar en procedimientos judiciales sobre la violencia física o sexual sufrida por su paciente? (Por ejemplo, ¿se le solicitaría a un proveedor que preste testimonio en un procedimiento penal acerca de las lesiones de una paciente?)

¿Cuáles son las probabilidades de que esto sucedería en la práctica?

Si un/a proveedor/a tuviese que participar en un procedimiento judicial relacionado con actos de violencia contra su paciente, ¿qué clase de apoyo le prestaría la organización de salud?

ACCESO AL ABORTO LEGAL EN CASOS DE VIOLACIÓN O INCESTO

Para los países en los que el aborto inducido está altamente restringido: ¿se permite el aborto inducido en casos de violación o incesto?

En caso afirmativo, ¿qué procedimientos se deben seguir para que una mujer pueda obtener un aborto legal? (En otras palabras, ¿qué pruebas se necesitan para demostrar que el embarazo es consecuencia de una violación o de incesto? ¿Cuáles son los procedimientos para realizar la petición? ¿Adónde debe concurrir la mujer, etc.?)

¿Son diferentes los procedimientos si la víctima de violación o incesto es una persona menor de edad? En caso afirmativo, ¿cuáles son estos procedimientos?

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS

¿Tienen las adolescentes derecho a mantener la confidencialidad de su información médica ante sus madres y padres, tutores, esposo u otros miembros de la familia? En caso negativo, ¿cuáles son los límites de la confidencialidad?		
¿Están jurídicamente obligados los servicios de salud a exhibir los registros médicos de las adolescentes a las madres y los padres?	SÍ	NO
¿Pueden las madres y los padres entablar una demanda legal para lograr acceso a dichos registros?	SÍ	NO
¿Tienen las adolescentes derecho a obtener servicios y procedimientos de salud sin el conocimiento o el consentimiento de sus madres y padres, tutores o esposos, incluidos:	SÍ	NO
a. ¿servicios de planificación familiar?		
b. ¿prevención, examen y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA?		
c. ¿servicios relacionados con el aborto inducido, incluidos los de atención posterior a un aborto?		

DERECHOS DE LA MUJER EN LA FAMILIA

Con respecto a ayuda económica (por ejemplo, pensión alimenticia):		
¿Es posible que un hombre sea obligado jurídicamente a brindar ayuda económica a su	SÍ	NO
a. ¿esposa?		
b. ¿conviviente?		
c. ¿ex esposa?		
d. ¿ex conviviente?		
e. ¿hijos/as dentro del actual matrimonio / unión / relación?		
f. ¿hijos/as fuera del actual matrimonio / unión / relación?		
¿Dónde se debe realizar la solicitud?		
¿Qué debe incluir la solicitud? En otras palabras, ¿qué información o pruebas son necesarias para solicitar la ayuda económica?		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

DERECHOS DE LA MUJER EN LA FAMILIA CONTINUADO

Con respecto a la paternidad:		
a. ¿Es posible para una mujer realizar un juicio para determinar paternidad?	SÍ	NO
b. En caso afirmativo, ¿cuál es el procedimiento para solicitar la investigación de la paternidad?		
c. ¿Cómo se determina la paternidad? ¿Quién toma la decisión final? (por ejemplo, un juez, etc.)		
d. ¿Es posible apelar el fallo?	SÍ	NO
Con respecto al divorcio:		
a. ¿Cuáles son las causas de divorcio aceptadas por la ley?		
b. ¿Cuáles son los derechos de la mujer en los casos de divorcio?		
c. ¿Cómo se lleva a cabo la separación de los bienes?		
d. En caso de que la mujer se retire del domicilio común por cualquier razón, ¿cuál es el procedimiento para evitar que se la acuse de abandono de hogar?		
Con respecto a la custodia de las y los hijos/as:		
a. ¿En qué circunstancias puede una madre perder la custodia de sus hijos (cuando corresponda)?		
b. ¿A quién pueden recurrir las mujeres para obtener asistencia en conflictos sobre la custodia de sus hijos/as?		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

ÓRDENES DE PROTECCIÓN *Las órdenes de protección son órdenes dictadas por funcionarios judiciales, como por ejemplo los jueces, para interrumpir el ciclo de violencia familiar e impedir que continúe la agresión contra la(s) víctima(s).*

¿Quién puede solicitar una orden de protección? (Algunas veces, las órdenes de protección están limitadas a aquellos que poseen una relación específica con el agresor, por ejemplo:)	SÍ	NO
a. ¿La mujer que está actualmente casada con el agresor?		
b. ¿La mujer que convive con el agresor sin estar casada?		
c. ¿La ex esposa del agresor?		
d. ¿La mujer que tiene un/a hijo/a con el agresor (o está embarazada de él) sin haber estado casada ni haber convivido nunca con él?		
e. ¿La mujer que nunca se casó, ni convivió ni tuvo un/a hijo/a con el agresor?		
f. ¿Algún otro pariente o miembro de la familia?		
g. ¿Otra? (especifique _____)		
¿Existe algún otro tipo de órdenes de protección para aquellas personas que no cumplen los requisitos antes mencionados para solicitar una de estas medidas? (Por ejemplo, órdenes de restricción, medidas cautelares contra el acoso, etc.) En caso afirmativo, especifique.		
¿Qué tipo de órdenes de protección prevé la justicia de su país? (Sírvase indicar todas las que correspondan)	SÍ	NO
¿Proveer alimentos si se solicitan?		
¿Abstenerse de mantener contacto con la víctima?		
¿Abstenerse de molestar, intimidar o amenazar a la víctima?		
¿Abstenerse de interferir con la custodia provisional o definitiva de los hijos acordada en virtud de ley u orden judicial?		
¿Prestar asistencia policial a la víctima?		
¿Solicitar la salida inmediata del agresor del domicilio común?		
¿Prohibir la tenencia de armas en el domicilio común?		
¿Prohibir la transferencia, venta, eliminación u ocultamiento de bienes comunes o de propiedad de la víctima?		
¿Prohibir la entrada del agresor al domicilio?		
¿Indemnizar a la víctima de violencia por los gastos legales, de tratamiento médico, consejería profesional, alojamiento, etc.?		
¿Llevar a cabo un inventario de bienes y muebles de la casa?		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER UNA ORDEN DE PROTECCIÓN

Con respecto a la solicitud de una orden de protección:	SÍ	NO
¿Puede ser solicitada directamente por la persona afectada?		
¿Puede ser solicitada por un abogado sin que la víctima deba estar presente?		
¿Puede ser solicitada por instituciones?		
¿Puede ser solicitada por proveedores de servicios relacionados con la violencia?		
¿Debe ser solicitada en persona?		
¿Debe ser solicitada por escrito?		
Cuando la víctima es una persona menor de edad, ¿debe hacer la solicitud el padre/la madre o tutor? ¿Qué sucede si el padre/la madre o tutor no presta su consentimiento o si él mismo es el agresor?		
¿Dónde pueden solicitarse las órdenes de protección? (Consigne el domicilio, el nombre del tribunal, etc.)		
¿Existe un lapso de tiempo determinado después de acontecido el acto de violencia, abuso o amenaza para poder solicitar una orden de protección?		
¿Cuál es el procedimiento para solicitar una orden de protección? ¿Existen diferentes procedimientos para distintos tipos de medidas?		
¿Qué se necesita para solicitar la orden de protección? En otras palabras, ¿qué información debe contener el pedido?	SÍ	NO
a. ¿Nombre y apellido de quien presenta la denuncia?		
b. ¿Estado civil?		
c. ¿Ocupación?		
d. ¿Datos sobre el agresor (nombre y apellido)?		
e. ¿Domicilio exacto del agresor a los efectos de las notificaciones?		
f. ¿Domicilio u otra información de contacto para la víctima que presenta la solicitud?		
g. ¿Otros? (especifique _____)		

GUÍA LEGAL PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS CONTINUADO

¿El tribunal protege la confidencialidad de los datos de la víctima, como su domicilio e información de contacto?	SÍ	NO
¿Es posible que se acepten como pruebas del abuso de una mujer las pruebas y dictámenes documentados por proveedores de salud?	SÍ	NO
¿Qué otras pruebas se deben presentar?		
¿Cuánto tiempo tarda en entrar en efecto la orden de protección una vez presentada la solicitud?		
¿Qué sucede si el agresor no cumple la orden de protección determinada por la ley?		
¿Cuánto duran las órdenes de protección?		
¿Pueden ser ampliadas o renovadas? ¿Se pueden volver a solicitar? En caso afirmativo, ¿cuántas veces? ¿Cuál es el procedimiento a seguir?		
¿Existen otros recursos disponibles, además de las órdenes de protección? En caso afirmativo, sírvase consignar los nombres y las descripciones de los recursos.		

g. Sensibilización del personal

Muchas veces, los profesionales de la salud – como todos los demás integrantes de la sociedad – poseen conceptos fuertemente arraigados acerca de las funciones que cumplen las mujeres y los hombres en la sociedad, la naturaleza de la sexualidad y los derechos de niños, adolescentes, hombres y mujeres en el seno de la familia. Desgraciadamente, los profesionales de la salud algunas veces poseen ciertas actitudes negativas hacia las mujeres en general o hacia las víctimas de violencia en particular que son comunes a toda la sociedad. Asimismo, es factible que los profesionales de la salud sostengan conceptos errados sobre la violencia, incluidas la prevalencia de la violencia contra la mujer, la naturaleza y dinámica del abuso, las consecuencias de la violencia y los tipos de barreras con que se enfrentan las mujeres al tratar de protegerse a ellas mismas o al tratar de escapar o recuperarse de un episodio de violencia. Muchas veces, los profesionales de la salud tienen conceptos y actitudes sobre su propia función de proveedores de salud que les impiden brindar respuestas adecuadas a las usuarias que han sido objeto de la violencia basada en género. Por ejemplo, es posible que los proveedores se nieguen a hablar sobre la violencia con las usuarias, porque consideran que no es un tema relacionado con la salud y, por lo tanto, no cae bajo su responsabilidad, o porque temen agraviar a las mujeres o sienten que no pueden ayudarlas.

Quando se trate de modificar las actitudes, los conceptos, los conocimientos y las prácticas de los proveedores, podría resultar útil para las y los administradores considerar la sensibilización y la capacitación como dos instancias diferentes pero relacionadas entre sí:

Sensibilización: se puede describir como el proceso destinado a educar y crear conciencia sobre la magnitud, los patrones, la dinámica y las consecuencias de la violencia basada en género. Mediante la sensibilización se puede instruir al personal acerca de las necesidades de la mujer que es objeto de violencia, así como la forma en que el sector de la salud puede ayudar a cubrir esas necesidades. Por sobre todo, la sensibilización puede ayudar a convencer a los profesionales de la salud de que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. Sería óptimo que las organizaciones sensibilizaran al personal de los diversos niveles de la institución, incluso las y los integrantes de la junta directiva, las y los administradores ejecutivos, los proveedores de salud y las recepcionistas.

Capacitación: por el contrario, este proceso puede mejorar las capacidades cognitivas específicas; como la manera en que los proveedores de salud pueden identificar casos de violencia,

debatir el tema de la violencia con las mujeres, brindar apoyo emocional, evaluar el riesgo, administrar situaciones de crisis, colaborar en la planeación de la seguridad y brindar asistencia, realizar exámenes forenses y referir a las mujeres a otros servicios. Las organizaciones de salud pueden capacitar a los profesionales de la salud, como médicas y enfermeras, así como a otros integrantes del personal de primera línea, tales como recepcionistas y personal de seguridad, quienes con frecuencia están en contacto directo con las usuarias. Asimismo, pueden brindar capacitación a las y los administradores de la salud, dado que es factible que jueguen un papel esencial en la mejora del suministro de servicios clínicos.

Los talleres de sensibilización pueden tratar los siguientes temas:

- Información internacional sobre la prevalencia y las consecuencias que la violencia basada en género tiene sobre la salud;
- Información disponible en la población de la clínica, la comunidad, el país o la región acerca de los patrones y la magnitud de la violencia basada en género;
- Los vínculos que existen entre la violencia y la salud y los argumentos que demuestran las razones por las que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública que se relaciona directamente con el trabajo de los proveedores de salud;
- La relación entre la violencia basada en género, la desigualdad de género y los derechos humanos;
- Las definiciones internacionales de la violencia basada en género y los tipos de violencia contemplados en los convenios internacionales sobre derechos humanos;
- La dinámica de la violencia basada en género, incluidos el ciclo de violencia doméstica y las razones que tornan difícil para la mujer la decisión de abandonar una relación de carácter abusivo;
- Mitos y realidades sobre las víctimas y los agresores,
- Las consecuencias de la violencia basada en género en la salud de la mujer;
- Las necesidades de las sobrevivientes;
- Las actitudes y conceptos de los proveedores acerca de los derechos de las mujeres, las funciones de cada género y la sexualidad en general, incluidos los estereotipos, los mitos y las percepciones erróneas sobre las víctimas y los agresores que pueden perjudicar a las mujeres en el ámbito clínico;
- El papel que puede desempeñar el sector de la salud en la atención de las víctimas de violencia, la educación de la comunidad y la defensa de los derechos de la mujer.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La iniciativa regional de la IPPF/RHO dejó como resultado una serie de enseñanzas en torno a la sensibilización y la capacitación. A continuación, se describen algunas de las recomendaciones generales que surgieron o se confirmaron como consecuencia de la experiencia de la IPPF/RHO:

No subestimar el desafío que representa modificar las actitudes y los conceptos sobre la violencia basada en género.

La primera lección que recibió la IPPF/RHO fue lo mucho que tenían que aprender todas las personas involucradas en la iniciativa; tanto en términos de conocimiento como de actitudes. El primer desafío consistió en acordar un marco conceptual y un enfoque para dar respuesta al problema de la violencia basada en género. El debate comenzó tan pronto como el equipo intentó establecer una definición común del término violencia. Más difícil aun resultó llegar a un consenso sobre la forma de tratar la violencia basada en género en un ámbito clínico. Parte del problema se debió a la falta de literatura en español sobre este tema, incluso de trabajos teóricos, investigaciones formativas y experiencias clínicas. Por otro lado, aunque algunas de las personas que participaban habían colaborado con agrupaciones feministas en sus respectivos países, no todas compartían sus puntos de vista o estaban de acuerdo con lo que significaba considerar la violencia desde la perspectiva del género o de los derechos humanos. Inicialmente, esos debates tomaron a las y los planificadores por sorpresa, ya que las tres asociaciones habían hecho esfuerzos por incorporar en sus labores la perspectiva del género y habían trabajado sobre algunos aspectos de la violencia basada en género, como los servicios, la defensa y la investigación, presuntamente con vistas a sentar ciertas bases para la iniciativa.

Comenzar por presentar los estudios epidemiológicos, que constituyen una herramienta poderosa para modificar los puntos de vista de las y los proveedores.

A pesar del creciente caudal de trabajos que demuestran las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer, muchos trabajadores y trabajadoras de la salud no son conscientes de las investigaciones que demuestran que la violencia basada en género también constituye un problema de salud pública. Generalmente, lo consideran un fenómeno social o cultural que puede ser tratado mejor por las y los psicólogos y trabajadores sociales. María Cecilia Claramunt, que condujo las labores de capacitación en la iniciativa de la IPPF/RHO, afirma que es importante —especialmente cuando se trata de las y los médicos— comenzar con los estudios epidemiológicos, porque mediante ellos se transmite un mensaje que las y los profesionales de la salud entienden bien. Una vez que las y los trabajadores de la salud comiencen a visualizar que la violencia basada en género es un problema de salud pública (y

no sólo una cuestión social), será posible que muestren mayor disposición a aceptar los marcos explicativos, como el género y los derechos humanos. Por el contrario, cuando la capacitación comienza con debates abstractos acerca del género y los derechos humanos, algunos proveedores y proveedoras se resisten a la capacitación y rechazan las ideas que se tratan.

La sensibilización y la capacitación se deben basar en una perspectiva de género y derechos humanos.

En la iniciativa de la IPPF/RHO se reveló que cuanto más capacitación acerca de las cuestiones de género brindaban las asociaciones a su personal, más fácil les resultaba integrar en su trabajo el tema de la violencia basada en género. El personal que adoptó la perspectiva de género y derechos humanos o que estaba familiarizado con la misma tendió en mayor grado a reconocer las desigualdades de género implícitas que hacen que las mujeres sean más vulnerables a la violencia. Es posible que las y los proveedores que hayan resultado sensibilizados acerca de las cuestiones de género pasen más rápidamente al siguiente nivel de capacitación: cómo tratar el tema en sus prácticas. Por el contrario, en ámbitos donde el personal no estaba tan familiarizado con los conceptos de desigualdad de género o de derechos humanos, resultó más difícil lograr el apoyo de las y los proveedores y superar las actitudes negativas.

No subestimar la importancia o el desafío que implica lograr que las y los profesionales de la salud adopten una perspectiva de género y derechos humanos.

Según lo mencionado anteriormente, la IPPF/RHO notó que las cuestiones de género y derechos humanos provocaban inicialmente cierta resistencia y controversia, a pesar de que las tres organizaciones involucradas en la iniciativa regional habían adquirido gran experiencia de trabajo con los temas relacionados con el vínculo entre la salud y los derechos de la mujer.

Resulta fundamental sensibilizar a los distintos niveles del personal, no sólo a las y los médicos.

Para lograr apoyo en lo que se refiere al tratamiento de la violencia basada en género, es necesario sensibilizar a todos los niveles de la organización de manera que se comprenda que la violencia basada en género constituye un problema de salud pública. Es particularmente importante que los directivos de cada organización y las y los médicos tomen conciencia del problema de la violencia basada en género, dado que se trata de quienes cumplen funciones fundamentales en lo que concierne a la incorporación en los programas de salud de los cambios necesarios para integrar la atención a la violencia basada en género.

En la práctica

Un gran número de profesionales de la salud no están al tanto de las consecuencias que tiene la violencia contra la mujer sobre la salud, dado que el tema no ha formado parte de su capacitación profesional. En la encuesta de base de la IPPF/RHO, el 72% de las y los proveedores manifestó que no había recibido capacitación sobre los temas relacionados con la violencia. En la evaluación de mitad de período de la iniciativa regional se encontró que los estudios epidemiológicos de las consecuencias que tiene la violencia basada en género sobre la salud constituían una herramienta poderosa.

h. Capacitación de proveedores de salud

Comencé a cambiar. Primero cambiando en mi casa. Comencé a no hablarles muy duro a mis hijas, a no pelear mucho con mi mujer. Porque yo decía cómo puede ser que yo pelee y sea violento aquí y yo esté allí diciéndole a las mujeres, “yo sé cómo te sientes, yo en tu lugar me sentiría tan mal”, dándole apoyo, cuando estaba haciendo una doble moral. Entonces para mí ha sido maravilloso el cambio. Siento como que me ha enriquecido como persona, que he crecido y que he aprendido cosas que antes no manejaba.

—GINECÓLOGO DE LA REPÚBLICA
DOMINICANA

Generalmente, los colegios y las facultades de medicina y enfermería, así como otras instituciones de formación de profesionales de la salud, NO enfocan en forma adecuada el tema de la violencia basada en género (particularmente en los países en desarrollo). Por ende, y a los efectos de mejorar la calidad de la atención que se brinda a las mujeres que han sido objeto de violencia, las organizaciones de salud probablemente necesiten asegurarse de que su personal reciba capacitación adicional sobre los conocimientos y las capacidades relacionadas con la violencia contra la mujer. La mayor parte del personal de una organización de salud —incluso el personal de administración— puede beneficiarse de la capacitación general sobre la violencia basada en género. Además, es factible que determinados integrantes del personal necesiten capacitación exhaustiva sobre las aptitudes que corresponden a sus especialidades. Por ejemplo, es posible que las y los ginecólogos necesiten aprender la manera en que pueden detectar y documentar los signos de violencia durante un examen clínico o, según lo dispongan las normas locales, la manera de recopilar evidencias forenses admisibles en juicio.

Las organizaciones de salud pueden dar respuesta a la necesidad de capacitación de diversas maneras, entre ellas:

- Talleres intensivos de capacitación para el personal con la ayuda de instituciones o expertas y expertos externos;
- Envío de personal seleccionado a cursos o talleres que se realicen en otras organizaciones o universidades;
- Contratación de nuevo personal con experiencia en la esfera de la violencia basada en género;
- Convenios de capacitación y apoyo permanente con particulares o instituciones con experiencia en esferas tales como la psicología y el derecho;
- Distribución sistemática de materiales educativos a las y los proveedores;
- Incorporación del tema de la violencia basada en género en otras actividades de capacitación para profesionales de la salud.

Una vez que las y los proveedores hayan participado en actividades más generales de sensibilización y capacitación, podría resultar útil organizar programas de capacitación especializados. Por ejemplo, es factible que los médicos y las médicas requieran capacitación acerca de la forma en que pueden documentar los casos de lesiones resultantes de golpes físicos mediante el uso de un mapa del cuerpo. Asimismo, es posible capacitar a esos profesionales sobre la forma de brindar atención a las víctimas de agresión sexual; por ejemplo, sobre la manera de suministrar servicios de anticoncepción de emergencia. Asimismo, las y los consejeros o psicólogos podrían requerir capacitación especializada sobre cómo prestar asistencia a las víctimas de abuso y, en algunos casos, el personal podría beneficiarse de dicha capacitación para organizar grupos de apoyo.

En la práctica

Estrategia de sensibilización y capacitación de la IPPF/RHO

El proceso de sensibilizar y capacitar las y los proveedores en las asociaciones de la IPPF comprendió los siguientes pasos:

1. Integrantes clave del personal de asociaciones en el Brasil, la República Dominicana, el Perú y Venezuela participaron en actividades de sensibilización y capacitación regionales.
2. Una instructora con amplia experiencia en materia de la violencia basada en género visitó varias veces cada asociación para brindar talleres de sensibilización y capacitación. En algunos de esos talleres se enfocó la cuestión de la violencia basada en género en términos más generales, mientras que otros estuvieron diseñados para brindar conocimientos más especializados a determinados tipos de profesionales (por ejemplo, sobre la intervención en crisis).
3. Cada asociación llevó a cabo sesiones de capacitación locales a cargo de asesores y asesoras, o de personal local que había adquirido más aptitudes y conocimientos durante el desarrollo de la iniciativa.
4. Cada asociación estableció mecanismos para que las y los trabajadores de salud aprendieran entre sí; por ejemplo, reuniones mensuales en las que se debatieron casos y desafíos permanentes.
5. En algunos casos, las asociaciones enviaron integrantes de su personal para que recibieran capacitación especializada en organizaciones locales.
6. Tras un par de años de funcionamiento de la iniciativa, los intercambios permitieron a las asociaciones aprender de los puntos fuertes de cada una. Por ejemplo, mientras que una organización había adquirido experiencia considerable en materia de los grupos de apoyo, otra había inaugurado un exitoso programa de capacitación de jueces y policías y de presión política en pro de mayor protección jurídica para las mujeres.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Comprender que cuando se lleva a cabo un solo taller de sensibilización o de capacitación se obtienen resultados limitados. Un creciente número de investigaciones que han sido publicadas sugiere que una única sesión de capacitación tiene efectos limitados en el comportamiento de las y los proveedores.⁴⁹ IPPF/RHO comprendió rápidamente las limitaciones de los talleres de capacitación únicos, incluso de aquellos encabezados por instructores altamente calificados y con la experiencia adecuada. La violencia basada en género es un tema complejo. Para que las y los proveedores comprendan ese tema, es necesario que participen en varias sesiones y que cuenten con amplio apoyo por parte de la institución en lo que se refiere a la modificación de sus actitudes y prácticas.

No esperar que el modelo de “capacitación de capacitadores” (o “capacitación en cascata”) sea viable en todas las circunstancias. Las personas que tuvieron a su cargo la planificación de la iniciativa regional habían propuesto inicialmente llevar a cabo un único taller regional para capacitar al personal de cuatro asociaciones. Las y los participantes de ese taller capacitarían a su vez a otras personas al regresar a sus respectivas organizaciones. La IPPF/RHO comprendió rápidamente que la violencia basada en género era un tema demasiado complejo para utilizar ese enfoque y que un taller de una semana de duración no podía capacitar adecuadamente al personal para enfocar esa cuestión por sus propios medios, y mucho menos para convertirse en instructores calificados. El enfoque basado en la “capacitación de capacitadores” probablemente resulte poco realista para aquellas organizaciones que están comenzando a enfocar la violencia basada en género desde un punto de vista clínico. En lugar de ello, las asociaciones miembros de la IPPF/RHO decidieron aplicar un enfoque a más largo plazo que abarcó la realización de varios talleres de capacitación y la realización de esfuerzos permanentes por aumentar los conocimientos y mejorar las actitudes y las prácticas de las y los proveedores. Ese enfoque parece haber resultado eficaz y contó con la estima de las y los proveedores de salud.

Actuar con cuidado cuando se trate de decidir quién realizará la capacitación. La calidad y eficacia de la capacitación sobre la violencia basada en género depende principalmente de los antecedentes y las capacidades de las personas a cargo de la instrucción. La capacitación es más eficaz cuando quien la lleva a cabo posee conocimientos y experiencia comprobables en el ámbito de la violencia basada en género, es capaz de comunicar temas complejos y delicados de manera no intimidadora y cuenta con credibilidad profesional ante el personal (cuestión de particular importancia cuando se trata de la capacitación de médicos y médicas). La IPPF/RHO notó que hay ciertos criterios útiles para la elección de la persona que tendrá

a su cargo la sensibilización y capacitación de manera eficaz. Dicha persona debe:

- Conocer acabadamente el tema del género y los derechos humanos;
- Conocer ampliamente la dinámica de la violencia basada en género y los estudios epidemiológicos en torno a la misma;
- Poseer experiencia en materia de violencia basada en género a nivel local o, por lo menos, a nivel de país o región;
- Conocer y poseer experiencia en dimensiones médicas, jurídicas, sociales y psicológicas de la violencia basada en género;
- Ser capaz de comunicar de manera no intimidadora temas complejos como el relacionado con el género, teniendo en cuenta que en algunos casos esas ideas podrían poner en tela de juicio el sistema de creencias básicas de las y los proveedores;
- Contar con antecedentes y aptitudes profesionales que le otorguen credibilidad ante los trabajadores y trabajadoras de salud, incluso las y los profesionales médicos. Por ejemplo, es posible que esa persona tenga que presentar datos concretos de estudios, hablar de manera clara y con términos técnicos y comprender ciertos temas relacionados con la salud pública.

La sensibilización y la capacitación deben tomar en consideración las creencias y percepciones individuales de las y los proveedores. La capacitación es una herramienta indispensable para comprender y enfrentar la violencia contra las mujeres. Sin embargo, el desarrollo de un programa de capacitación integral no es tarea fácil, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de nosotros, en algún momento de nuestras vidas, hemos sido objeto de la violencia basada en género, ya sea como víctimas, testigos o incluso agresores. La necesidad natural de buscar una explicación lógica a esas experiencias nos conduce a una serie de respuestas y reacciones dirigidas y fortalecidas por nuestro contexto socio-cultural en lugar de buscar esas respuestas por medio de nuestra propia conciencia y razonamiento. Por ende, la capacitación sobre la violencia basada en género debe comenzar con la premisa de que casi todos nosotros tenemos algún tipo de experiencia relacionada con la violencia basada en género que influye sobre nuestras percepciones sobre la materia. Es por ello que esta capacitación no debe apuntar a la enseñanza de temas desconocidos, sino a otorgar un nuevo significado a dichas experiencias.

La incorporación de experiencias personales en el proceso de capacitación puede enriquecer el material preparado al explicar la manera en que nuestras creencias nos pueden llevar a aceptar la discriminación y la conducta violenta, y a fortalecer

de esa manera las desigualdades de género. También puede presentar varias dificultades dado que pone en tela de juicio creencias arraigadas sobre los métodos de aprendizaje y facilitación. La pedagogía tradicional polariza a la instructora o el instructor “experto” y a la alumna o el alumno “inexperto” o “ignorante” sin tomar en cuenta la inclusión de experiencias personales. Otra creencia común es que la capacitación debe concentrarse solamente en conceptos abstractos, debates teóricos y técnicas y métodos de trabajo. Los instructores e instructoras que no se sienten cómodos al incluir experiencias subjetivas en sus métodos de enseñanza suelen fortalecer dichas barreras.

Un programa de capacitación dinámico y vital considera a la capacitación como un *proceso* en el que participa el pensamiento crítico y que sintetiza nuestras experiencias con

la presencia *a priori* de conceptos adquiridos. Es un proceso dialéctico entre la o el instructor y la o el participante y, como tal, constituye un diálogo continuo. Rompe con lo convencional, dado que involucra la crítica y el cuestionamiento de los mitos que toleran y justifican la violencia basada en género. Nos puede permitir comprender a personas de distintas culturas, valores, posiciones socioeconómicas y orientación sexual y trabajar con ellas, y sentar de esa manera las bases para compartir, promover y defender los derechos humanos de las mujeres.

La capacitación puede convertirse en un foro útil para explorar nuestras propias conductas tolerantes de la violencia basada en género, así como nuestros prejuicios, valores y opiniones sobre las mujeres que han vivido situaciones de violencia basada en género.

En la práctica

Perspectivas de las y los proveedores sobre la capacitación

Muchas y muchos proveedores de las asociaciones miembro de la IPPF informaron que la capacitación que recibieron no sólo había transformado sus actitudes para con las usuarias, sino también los conceptos sobre los hombres y las mujeres en general, así como sus comportamientos privados. En la encuesta complementaria, la gran mayoría de las y los proveedores opinó que la capacitación había modificado en gran medida sus conocimientos (77%), sus modos de pensar (82%) y la forma en que realizaban su trabajo (81%). Muchos mencionaron un mayor reconocimiento de los derechos de la mujer. Una orientadora sostuvo que “antes justificaba la violencia; decía que las mujeres debían complacer a sus esposos”. Otros orientadores mencionaron una transformación en sus vidas privadas. Según sostuvo un ginecólogo de la República Dominicana “llegué a la capacitación con la expectativa de aprender temas técnicos, pero después de haber asistido, mi vida, mi relación con mi esposa y mis dos hijos nunca pudo volver a ser la misma”.

Un médico de PROFAMILIA en la República Dominicana explicó que antes de haber recibido capacitación él se daba cuenta de que muchas de las usuarias eran víctimas de la violencia basada en género, pero no sabía cómo hablarles de esas experiencias. “Las mujeres no hablaban por una cuestión de miedo”, dice, “y los médicos preferían no tocar el tema porque no tenían herramientas para darles una respuesta. Cuando hablábamos, generalmente defendíamos a los hombres”. Recuerda que si una usuaria revelaba un hecho de violencia, él intentaba decirle que la violencia no era aceptable y que debía abandonar la relación. Pero al igual que muchos de las y los proveedores que no habían recibido capacitación sobre la violencia basada en género, no estaba al tanto de los peligros a los que podía enfrentarse las mujeres si seguían sus consejos. El primer taller de capacitación al que asistió le produjo un efecto extraordinario. Recuerda que la instructora “nos mostró cómo las y los proveedores podíamos comenzar a cambiar la forma en que nos relacionamos con las usuarias y cómo podíamos ayudarlas a que empiecen a hablar de la violencia”.

Una lección final e importante fue que algunos proveedores no cambiarían, independientemente de la capacitación que recibieran. En algunas clínicas, un pequeño sector del personal mantuvo sus actitudes negativas hacia las víctimas de violencia basada en género. Un descubrimiento particularmente importante se centró en que las actitudes y los conocimientos del personal que se incorporó a las asociaciones después de comenzada la iniciativa eran mejores que las del personal que había pertenecido a la organización por un período más largo (siempre que hubieran recibido capacitación). Esto implica que las prácticas de contratación y despido pueden ser tan importantes como la capacitación del personal efectivo.

ELEMENTOS CLAVE DE LA CAPACITACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO PARA LAS Y LOS PROVEEDORES DE SALUD

(Basada en las recomendaciones de Warshaw y Ganley⁵⁰ y Heise et al.⁵¹)

Se debe capacitar a todo proveedor de salud que brinde atención a las mujeres, a fin de que pueda responder de manera sensible y adecuada a las mujeres que afirman haber sufrido violencia basada en género. Si bien algunos proveedores y proveedoras necesitan aptitudes especializadas (como la forma de obtener pruebas forenses), a continuación se hace una síntesis de los elementos clave de la capacitación que se aplican a todos las y los proveedores de salud. Es necesario destacar que la capacitación funciona mejor cuando es posterior a la sensibilización descrita en la sección previa de este manual. En otras palabras, una vez que las y los proveedores fueron sensibilizados en relación con la violencia desde una perspectiva de género y de derechos humanos, están preparados para recibir capacitación referida a los siguientes aspectos:

Cómo reconocer los vínculos que existen entre la violencia y la salud. Como se mencionó previamente, muchos proveedores y proveedoras no son conscientes de los signos y síntomas típicos, de las consecuencias o los riesgos de daños futuros que se asocian a la violencia basada en género. Por ejemplo, mediante la capacitación se puede instruir a las y los proveedores respecto a: a) la epidemiología de la violencia; b) los signos y síntomas clínicos que podrían indicar que una usuaria ha estado sujeta a violencia psicológica, física o sexual; c) los tipos de conductas masculinas asociadas con el abuso; d) el grado de peligro de sufrir lesiones, infecciones, traumatismos, suicidio o femicidio que corren las mujeres que viven situaciones de violencia; e) las necesidades de las mujeres que son objeto de la violencia basada en género, incluso de las mujeres en alto riesgo de sufrir violencia adicional, o de las mujeres en situación de crisis. También es importante que las y los proveedores de salud comprendan que toda mujer puede sufrir violencia basada en género, independientemente de que presente signos o síntomas de ello. La violencia contra la mujer no se limita a las mujeres de determinada clase social o de un tipo específico de personalidad.

Cómo preguntarle a la mujer sobre la violencia basada en género. Las y los proveedores necesitan saber cómo preguntarles a las mujeres sobre posibles episodios de violencia física, sexual y psicológica. Pueden aprender a preguntar sobre esa forma de violencia de manera directa o indirecta, o como parte de las preguntas de la detección de rutina, o en respuesta a señales o síntomas que indican que la mujer ha sufrido violencia o corre peligro de sufrir violencia en el futuro.

Cómo reaccionar a las experiencias de la mujer. Cuando una mujer declara que ha sido objeto de violencia, está depositando su confianza en el o la proveedora y solicitando ayuda. La reacción del proveedor o la proveedora en ese momento puede tener un importante efecto positivo o negativo en la seguridad de la mujer, en su bienestar emocional y en sus decisiones futuras. Es importante que las y los proveedores de salud crean lo que dice la mujer, confirmen la naturaleza perturbadora de su experiencia, le garanticen que tiene derecho a vivir una existencia libre de violencia y le reafirmen que no es culpable de lo que le ha sucedido.

Cómo brindar apoyo emocional. Muchos profesionales de la salud (especialmente los médicos y las médicas) dudan de hablar de violencia con las usuarias porque carecen de confianza en sus aptitudes para escuchar o responder a las emociones de las mujeres. La capacitación puede otorgarles las habilidades y la práctica necesarias para mejorar dichas aptitudes y brindar apoyo después de que la mujer revele un episodio de violencia.

Cómo evaluar si una mujer corre riesgo o peligro. Es posible que las mujeres que son víctimas de violencia basada en género corran riesgo de sufrir violencia adicional, suicidio, homicidio, embarazo no deseado o exposición a las ITS, incluso al VIH/SIDA. En algunos casos, las mujeres corren peligro inminente, como al regreso a su hogar después de haber salido de la clínica. En otros casos, enfrentan peligros graves pero no necesariamente inmediatos. Se debería capacitar a las y los proveedores para que puedan evaluar el nivel de peligro que corre cada mujer y hablar sobre los riesgos a su salud y bienestar.

Cómo ayudar a la mujer en peligro a elaborar un plan de seguridad. Para resolver las situaciones en las que la mujer corre peligro inminente de sufrir daños por parte de un abusador, es necesario que las y los proveedores aprendan de qué manera pueden ayudar a las mujeres a elaborar un plan de seguridad. Ese plan puede consistir en la evaluación de la mejor manera de huir rápidamente del hogar en caso de que aumente la violencia. También puede consistir en alertar sobre la situación a vecinos o amigos y amigas de confianza, y conseguir su ayuda. Asimismo, se puede incluir la planificación de los medios que se pueden emplear para abandonar a un esposo abusivo, evitando así la clase de violencia común en las separaciones.

ELEMENTOS CLAVE DE LA CAPACITACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO PARA LAS Y LOS PROVEEDORES DE SALUD

CONTINUADO

Cómo informar a las mujeres acerca de sus derechos. Muchos países cuentan con leyes que tratan las diversas dimensiones de la violencia basada en género. No se puede esperar que las y los proveedores brinden asistencia jurídica integral, pero sí pueden suministrar información básica sobre los derechos de las mujeres y los lugares a los que pueden acudir para obtener asistencia adicional. Es posible que las mujeres que viven situaciones de violencia necesiten información sobre las leyes locales no sólo en materia penal, sino también en relación con el divorcio, las órdenes de protección civil, los juicios sobre bienes comunes y sobre la custodia y manutención de niños y niñas.

Cómo respetar la autonomía de las mujeres. Un error en el que incurren a veces los y las profesionales de la salud consiste en aconsejar a la mujer que abandone a su pareja abusiva como si esto fuese algo simple de hacer. Muchas mujeres no pueden poner en práctica ese consejo (por lo menos, en el corto plazo). En consecuencia, las y los proveedores suelen sentirse frustrados, y las mujeres se sienten aún peor por no poder resolver su situación de manera sencilla, como las y los proveedores parecen esperar de ellas. Generalmente, las mujeres sobrevivientes de violencia sienten que carecen de poder y de control sobre sus vidas. Es posible que las y los proveedores que aconsejan a las mujeres cómo actuar fomenten esos sentimientos. Es necesario que las y los proveedores comprendan el grado de complejidad que revisten las situaciones de abuso, así como los desafíos sociales, legales y económicos a los que se enfrentan las mujeres involucradas en esas situaciones. Al intentar imponer soluciones simplistas se suele estar simplemente ocultando la complejidad de la situación abusiva. Además, es necesario que las y los proveedores comprendan que los riesgos de daños o muerte aumentan drásticamente cuando una mujer decide abandonar a su pareja abusiva.⁵² Se debe informar a la mujer acerca de sus opciones y permitirle que tome sus propias decisiones, especialmente cuando la decisión de terminar una relación puede aumentar los riesgos que ya enfrenta.

Cómo informar a las usuarias sobre la anticoncepción de emergencia. Muchas mujeres no conocen la anticoncepción de emergencia. Tampoco saben la forma cómo funciona ni cómo obtenerla. Las y los proveedores de salud están obligados a ofrecer servicios de anticoncepción de emergencia a todas las mujeres que hayan sido objeto de agresión sexual. La anticoncepción puede ser una salvaguarda para evitar embarazos, abortos inseguros y las posibles consecuencias sociales devastadoras de un embarazo no deseado. Asimismo, brindar a las mujeres educación sobre la anticoncepción de emergencia puede ser importante para muchas otras mujeres. Por ejemplo, conocer la anticoncepción de emergencia antes

de necesitarla puede ser importante para las mujeres que tienen relaciones en las que sufren violencia física, dado que muchas veces les es difícil negociar con sus parejas los términos de sus relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos.

Cómo documentar casos de violencia. Las y los proveedores deben recibir capacitación para aprender a documentar casos de violencia de manera tal que se proteja la confidencialidad de la usuaria, se preserve la posibilidad de iniciar acciones legales (siempre que correspondan) y se garantice la integridad de los registros médicos a los fines de que la mujer pueda obtener atención médica adecuada en el futuro. Es necesario que proveedores de salud conozcan las normas jurídicas y las políticas institucionales sobre documentación de casos de violencia, incluidos los aspectos relacionados con las personas con acceso autorizado a los registros médicos, si los padres y las madres tengan acceso a los registros médicos de sus hijas adolescentes y si los registros médicos puedan utilizarse como pruebas en juicio.

Cómo preservar y obtener pruebas forenses o referir a una mujer a médicos forenses. Cada lugar posee leyes diferentes sobre los tipos de pruebas forenses admisibles en los informes policiales y procesos judiciales, la forma en que se deben obtener dichas pruebas y cuáles son las personas habilitadas para hacerlo. Es necesario que las y los proveedores de salud conozcan esas normas jurídicas y las políticas institucionales, para que puedan referir a las mujeres a lugares que reúnan las condiciones jurídicas para obtener, guardar y presentar pruebas admisibles. Por ejemplo, después de un episodio de violencia sexual (tal como una violación), es posible que el proveedor o la proveedora que la atiende le aconseje a la mujer que no se lave ni se bañe, sino que vaya directamente a consultar a una o un profesional médico habilitado para realizar exámenes forenses (reconociendo cuán incómodo puede llegar a ser esto para la mujer). Las personas debidamente habilitadas para obtener pruebas forenses necesitan capacitación exhaustiva en materia de aptitudes técnicas y de relación interpersonal.

Cómo efectuar referencias adecuadas a otros servicios. La capacitación debe preparar a profesionales de salud para que refieran adecuadamente a las mujeres que han sido objeto de violencia. En general, las y los proveedores necesitan contar con información por escrito (en forma de un directorio formal) sobre los servicios de referencia internos y externos que existan en la zona, cómo utilizar el directorio, cómo documentar la referencia, qué información se le debe dar a la mujer para que decida solicitar dichos servicios y cuál es el servicio que mejor se adecua a cada situación.

ELEMENTOS CLAVE DE LA CAPACITACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO PARA LAS Y LOS PROVEEDORES DE SALUD

CONTINUADO

Cómo tener en cuenta la cuestión de la violencia basada en género cuando se prestan servicios de planificación familiar o consejería sobre las ITS y el VIH.

Las y los profesionales que prestan servicios de planificación familiar o sobre las ITS deben considerar la posibilidad de que algunas de las usuarias atraviesen una situación de violencia intrafamiliar o estén en peligro de sufrir violencia en el futuro. Es posible que las mujeres que son víctimas de violencia tengan control limitado acerca de cuándo y cómo tienen relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos que utilizan con sus parejas. Comprender la relación de la usuaria con su pareja es parte importante de la labor de consejería sobre la planificación familiar y la prevención de las ITS. En muchos contextos, el uso de condones aún está asociado con la idea de parejas múltiples e infidelidad. Proponer que en una relación duradera y (supuestamente) monogámica se usen condones puede llegar a ser problemático. Las investigaciones sugieren que, en algunos casos, los intentos de las mujeres por que sus parejas usen condones y por recibir servicios de tratamiento de las ITS pueden llevar a situaciones de abuso.^{53, 54} Asimismo, las y los proveedores deben tener en cuenta el tema de la violencia al aconsejar a las mujeres antes y después de que se hagan la prueba del VIH. Las investigaciones demostraron la posibilidad de que aumente el riesgo de violencia cuando las mujeres deciden dar a conocer si están o no infectadas con el VIH. Es necesario evaluar entonces la necesidad de notificar a las parejas y la posibilidad de que las mujeres sean objeto de violencia por parte de esas parejas u otros miembros de sus familias.⁵⁵

Cómo continuar instruyéndose. Dado que hay mucho que aprender acerca de los problemas médicos, emocionales, económicos, sociales y psicológicos que enfrentan las mujeres, es importante que las y los proveedores continúen instruyéndose sobre la dinámica de la violencia y la función que cumplen las y los proveedores de salud. Las y los instructores pueden brindar material de lectura adicional y sugerir otras fuentes de información que las y los proveedores puedan consultar en el futuro.

i. Desarrollo de políticas y protocolos clave

En este manual se ha sostenido que el mejor método para perfeccionar la respuesta de los servicios de salud es el “enfoque de sistemas” que involucra a todos los niveles con los cuales operan las organizaciones de salud. Una de las maneras de lograrlo es garantizando que la organización de salud haya elaborado políticas y protocolos en áreas clave. Las políticas bien formuladas con la participación del personal pueden constituir métodos importantes de orientación de las labores del personal y brindar apoyo al trabajo de las y los proveedores particulares en relación con la violencia basada en género.

En esta sección se explicarán brevemente los tipos de políticas y protocolos que podrían ayudar a que los programas protejan la salud, la seguridad y el bienestar de las mujeres. No hemos incluido en el manual ejemplos de políticas y protocolos debido a que cada programa de salud posee características y necesidades particulares. Sin embargo, las personas a cargo de programas de salud que deseen buscar modelos de políticas para su posterior adaptación pueden hallar en el Internet ejemplos de protocolos y políticas en diversos idiomas.⁵⁶ La tabla abajo resume las políticas y los protocolos que programas de salud deben contemplar desarrollar.

Tipo de política o protocolo	Razones por las que este tipo de política o protocolo es importante y los elementos que debe abarcar
Política de acoso sexual	Cada organización de salud debe contar con una política por escrito que prohíba el acoso sexual por parte de las y los integrantes del personal hacia otros integrantes del personal o hacia las usuarias. La política debe establecer los tipos de actos y acciones que están expresamente prohibidos, y definir claramente en qué consiste el acoso sexual. Asimismo, debe contemplar los procedimientos para denunciar casos de acoso sexual y las consecuencias de violar esa política. Las organizaciones de salud no pueden abordar adecuadamente la cuestión de la violencia basada en género si no garantizan previamente el respeto por los derechos de su propio personal y por las usuarias. Por ende, es parte esencial de esa labor contar con una política sobre acoso sexual que establezca claramente los procedimientos que se seguirán en caso de violaciones de la misma.
Políticas y protocolos sobre la privacidad y la confidencialidad de las usuarias	Cada organización de salud debe contar con políticas por escrito que expliquen la forma en que el personal debe proteger la privacidad y la confidencialidad de las usuarias. Esas políticas deben abordar los lugares y las circunstancias en que el personal puede hablar sobre información privada de la usuaria, ya sea con otras u otros integrantes del personal o con las usuarias mismas. Asimismo, se deben enumerar las circunstancias en las que proveedores están facultados para compartir información privada de la usuaria con otras personas, incluso la familia de la usuaria. También se debe enfocar el tema de la confidencialidad de los registros médicos y explicar si las y los proveedores deben obtener el consentimiento de los padres y las madres de hijas adolescentes para brindar a éstas determinados servicios, y si las adolescentes pueden mantener la confidencialidad de su información privada y médica ante sus padres.
Protocolos para casos de violencia contra la mujer, incluidos el abuso sexual y la violación	Sería adecuado que las organizaciones de salud elaboren protocolos sobre la atención a las mujeres que hayan sido objeto de violencia basada en género, incluso víctimas de violación. Esos protocolos pueden ayudar a las y los proveedores a saber cómo dar respuestas a las mujeres que declaran haber sufrido episodios de violencia, y hacerlo de manera cuidadosa y preservando los derechos de esas mujeres. Por ejemplo, en los casos de violencia sexual, el protocolo debe incluir pautas sobre los servicios de anticoncepción de emergencia y los exámenes de infecciones de transmisión sexual. Es posible que dichos protocolos aumenten las posibilidades de que las mujeres reciban tratamientos adecuados, especialmente cuando los profesionales de la salud tienen conceptos errados sobre temas tales como el abuso sexual, la anticoncepción de emergencia, las ITS y el VIH.
Protocolos para suministrar atención en situaciones de peligro y crisis	Las organizaciones de salud que pretenden fortalecer su capacidad de respuesta ante casos de violencia contra la mujer deben elaborar protocolos que les permitan brindar atención a las mujeres en situaciones de crisis o alto peligro. Entre ellas, las usuarias que corren elevado riesgo de suicidio u homicidio, de sufrir lesiones, o un grave desorden emocional. El protocolo para situaciones de peligro y crisis debe incluir temas tales como la forma de identificar los factores de riesgo; la forma de garantizar que la mujer reciba por lo menos la asistencia básica necesaria; y la identificación de las y los integrantes del personal que pueden brindar consejería emocional y planeación de seguridad.

En la práctica

El acoso sexual

Como parte de la iniciativa regional de la IPPF/RHO, las tres asociaciones miembro desarrollaron o revisaron sus políticas escritas sobre el acoso sexual y dos asociaciones despidieron a integrantes del personal que violaban dicha política. La directora de la organización afirmó que si no hubiesen estado involucrados activamente en este esfuerzo por enfocar la violencia basada en género, podrían haber desconfiado de la mujer involucrada o podrían no haber actuado en forma decisiva contra su agresor.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Sería adecuado que estas políticas se desarrollen con la participación de varios integrantes del personal. Aunque es posible que involucrar al personal en el desarrollo de las políticas y los protocolos demande mucho tiempo, esa participación puede mejorar la calidad y eficacia de las mismas.

Sin embargo, todo integrante del personal que participe en la elaboración de esas políticas debe haber pasado por el período de sensibilización respecto de los temas relacionados con la violencia basada en género. La incorporación de personal que no haya pasado por el período de sensibilización sobre las cuestiones de la violencia basada en género en el desarrollo de las políticas y los protocolos clave puede llegar a ser contraproducente, ya que abre la posibilidad de debates acalorados e inútiles.

Las políticas y los protocolos deben estar disponibles para todo el personal. Muchas veces, las políticas y protocolos existen pero las y los integrantes del personal no saben dónde están ni tienen acceso a los mismos. Las políticas y los protocolos deben ser distribuidos entre todo el personal en el contexto de una capacitación sobre los mismos, o, por lo menos, deben colocarse en un lugar conveniente y accesible en cada clínica o centro de salud.

Es necesario revisar los protocolos y políticas en forma periódica para verificar su eficacia. Una vez que el protocolo o política haya estado en vigor por determinado período de tiempo, las y los administradores de salud deben recabar al personal información sobre los resultados, y revisar las estadísticas de servicio pertinentes para establecer si la política o el protocolo está funcionando como debería.

j. Mejoramiento de la valoración de peligro

Cuando las y los proveedores de salud identifican a una mujer que vive una situación de violencia, tienen la oportunidad y la obligación de evaluar el peligro y los riesgos que podría enfrentar la mujer y ayudarla a encontrar soluciones viables para mejorar su seguridad. Es necesario que las y los proveedores estén alertas acerca del peligro que podrían correr las víctimas de violencia física y sexual.

Uno de los medios para evaluar ese riesgo es preguntándole directamente a la mujer si cree que corre peligro. En algunos casos, la mujer responderá que su vida corre peligro y es imprescindible que la o el proveedor tome sus palabras en serio. Sin embargo, otras mujeres no reconocen el peligro que las acecha. Por ejemplo, por lo menos un estudio realizado en los Estados Unidos notó que casi la mitad de las mujeres cuyas parejas intentaron matarlas no se habían dado cuenta de que sus vidas corrían peligro hasta que se produjo la agresión.⁵⁷ Las y los proveedores deben tener en cuenta que el mayor peligro se produce en el período en que la mujer decide abandonar a su pareja abusiva e inmediatamente después de que la abandona.⁵⁸ En general, las y los proveedores de salud consideran, erróneamente, que la mujer estará a salvo tan pronto como abandone a su pareja abusiva. Sin embargo, los estudios sostienen lo contrario: el riesgo de que la pareja intente matar o lesionar gravemente a la mujer ocurre en el período en que la mujer lo abandona. Es en el momento de la separación cuando las y los proveedores deben prestar más atención a las usuarias y hacer las preguntas adecuadas.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Las y los administradores deben tener en cuenta que las herramientas de valoración de peligro que se emplean en otros países no siempre pueden aplicarse a otros lugares sin ser previamente adaptadas. Mucho se ha escrito sobre las evaluaciones de riesgo realizadas en países desarrollados, pero no siempre es posible importar ese material a otros países sin antes hacer una adaptación o validación adicional. Por esta razón, administradores de programas de salud deben estudiar los tipos de peligro a los que se enfrentan las víctimas de la violencia basada en género (ver a continuación), así como los tipos de herramientas para evaluar el riesgo que han sido utilizadas en distintos contextos.

En la práctica

La adaptación de las herramientas de valoración de peligro en los países en desarrollo

Investigadores de países desarrollados como Estados Unidos han escrito extensamente sobre los factores de peligro y las evaluaciones de riesgo y han publicado diversas herramientas para evaluar el nivel de riesgo de una mujer. Uno de los ejemplos más conocidos es la herramienta de “Valoración de peligro” desarrollada por Jacquelyn Campbell,⁵⁹ que ha sido objeto de muchas pruebas de campo en los Estados Unidos. Esta herramienta tiene como objetivo principal evaluar el peligro de violencia letal que corren las mujeres que mantienen relaciones físicamente abusivas. Incluye un calendario y 15 preguntas acerca de si la pareja tiene acceso a un arma o si consume alcohol o drogas. Se basa en un estudio sobre los factores que tienen más posibilidades de predecir lesiones o femicidio en el ámbito de los Estados Unidos.

Las asociaciones miembros de la IPPF/RHO tradujeron estas preguntas al español y comenzaron a utilizar esa herramienta en clínicas de PLAFAM, Venezuela (ver la traducción de las 15 preguntas al final de esta sección). Sin embargo, cuando PLAFAM intentó aplicar esa herramienta en Venezuela, casi todas las mujeres que respondieron el cuestionario obtuvieron un puntaje elevado. Por ende, PLAFAM no pudo utilizar la herramienta para distinguir los distintos niveles de peligro que corren las mujeres. Debido a esa experiencia, las tres asociaciones miembros trabajaron en forma conjunta para hallar un método de valoración de peligro que resultara más viable en sus países. Una vez que una mujer declaraba haber sido víctima de la violencia basada en género, se utilizaron dos preguntas de valoración de peligro, a saber:

- 1) ¿Estará a salvo cuando regrese hoy a su hogar?
- 2) ¿Teme que su pareja u otra persona le haga daño?

En las asociaciones miembro de la IPPF, esas dos preguntas parecen haber tenido un mejor efecto que las 15 preguntas mencionadas anteriormente. Por otro lado, las y los proveedores de PROFAMILIA añadieron una tercer pregunta en el formulario de la historia clínica: “¿Piensa usted que esta mujer está en situación de riesgo?”. Las y los proveedores podían responder la pregunta según la información que hubieran obtenido de las usuarias. La IPPF/RHO no pudo recabar pruebas contundentes que permitieran determinar si las preguntas servían realmente para identificar a las mujeres que corrían peligro de sufrir violencia en el futuro. Sin embargo, las y los proveedores de salud consideraron que eran de utilidad en el ámbito clínico. En general, las experiencias de PROFAMILIA, PLAFAM e INPPARES destacaron que adaptación de herramientas de un contexto a otro, especialmente cuando provenían de países desarrollados como Estados Unidos constituían un desafío.

TIPOS DE PELIGRO ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Peligro inminente de daños. Esto se refiere a las situaciones en que una mujer corre en peligro de sufrir daños en los próximos minutos, horas o días. Por ejemplo, es posible que la mujer le pida al proveedor de salud que le ayude a escapar u ocultarse de un agresor que la ha amenazado. Algunas mujeres son conscientes de que sus esposos violentos podrían ir a buscarlas a la propia clínica. En otros casos, existe la posibilidad de que la mujer tema por lo que le pueda suceder cuando regrese de la clínica a su hogar, o en los días posteriores. En los casos de abuso sexual continuo, es probable que las niñas y mujeres continúen corriendo peligro si el agresor todavía tiene acceso a sus hogares o lugares de trabajo.

Peligro de femicidio. El riesgo de que el abusador mate a la víctima es una amenaza real que sufren muchas de las mujeres agredidas. Los investigadores de países desarrollados— como los Estados Unidos— identificaron varios indicadores que resultaron útiles al aplicarlos en la valoración de peligro de femicidio, pero aún no está claro si esos indicadores son válidos en otros contextos. Por ejemplo, uno de los indicadores de peligro de muerte es la propia percepción de la mujer acerca de su situación. En algunos casos en que las mujeres les dicen a las o los proveedores de salud que sus vidas corren peligro, es factible que esas mujeres no estén al tanto de todos los factores de riesgo, como por ejemplo que el peligro de sufrir violencia letal aumenta cuando la mujer golpeada se separa de su pareja abusiva. En los estudios se demuestra que la mayoría de las mujeres asesinadas por sus parejas estaban en proceso de abandonarlas. Los investigadores identificaron otros indicadores de riesgo⁶⁰, a saber:

- Desempleo del agresor;
- Acceso a armas letales;
- Amenazas de muerte;
- Incremento de la severidad y la frecuencia de los abusos;
- Incidentes graves de abuso previo que produjeron lesiones, fracturas y golpes en la cabeza, disparos, quemaduras y golpes graves que requirieron atención médica, entre otros;
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor;
- Abuso de alcohol o drogas por parte de la mujer (que pudo llegar a reducir las posibilidades de escapar de una situación violenta).

Peligro de daños auto infligidos. Muchas mujeres víctimas de la violencia basada en género consideran la posibilidad de cometer suicidio. Es importante tener en cuenta esa posibilidad en los casos de las niñas y mujeres que sufren situaciones de abuso sexual, incesto o violencia física. Muchas mujeres se sienten indefensas ante las amenazas de sus agresores. En general, ya han probado diversas alternativas —

como buscar la ayuda de sus familias o de la policía— pero ninguna ha tenido los resultados deseados. Es posible que muchas mujeres se sientan frustradas o culpables y que consideren la posibilidad de suicidarse para poner fin a la tortura. Por estas razones, las y los proveedores deben estar alertas ante los signos clínicos de depresión. Como sucede en los otros tipos de peligro, la manera más simple de averiguar si una mujer ha pensado en suicidarse o si ha intentado cometer suicidio consiste en preguntárselo directamente.

Las y los proveedores deben ser cautelosos al prescribir medicamentos a las mujeres que corren riesgo de suicidarse (o de ser víctimas de femicidio). En general, el uso de psicotrópicos no es recomendable debido a que esos medicamentos reducen la capacidad de la mujer de estar alerta y escapar de situaciones de abuso. En el caso de las mujeres que han pensado en cometer suicidio, o que han intentado hacerlo, esos medicamentos pueden convertirse en el medio que emplearán para quitarse la vida.

Peligro de graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva. Es posible que las mujeres que son víctimas de la violencia basada en género corran peligro de sufrir consecuencias para su salud sexual y reproductiva, tales como embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, incluso el VIH/SIDA. Ese peligro no sólo amenaza a las víctimas de acoso sexual o abuso sexual reiterado, sino también a las mujeres que tienen una relación físicamente abusiva y tienen dificultades para negociar con sus parejas la relación sexual y el uso de anticonceptivos o condones. Es importante tener en cuenta que tanto el embarazo no deseado como las ITS (incluido el VIH) pueden tener consecuencias médicas, sociales y emocionales devastadoras para las víctimas de la violencia basada en género, en incluso poner en peligro sus vidas. Por ejemplo, es posible que las víctimas de violaciones que han quedado embarazadas contra su voluntad recurran a un aborto inseguro o que familiares poco comprensivos las

TIPOS DE PELIGRO ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO *CONTINUADO*

expulsen de sus hogares. Obviamente, la infección con el VIH/SIDA puede ser una sentencia de muerte allí donde no se dispone de atención médica adecuada. En algunos casos, las mujeres ya han estado expuestas a relaciones sexuales sin protección y necesitan servicios de anticoncepción de emergencia o profilaxis o tratamiento para las ITS. En otros casos, las mujeres pueden estar expuestas en el futuro cercano, de manera que es necesario contemplar esos riesgos durante la planeación de seguridad.

Peligro de daño a las personas menores de edad involucradas.

En los casos de violencia doméstica, es posible que no sólo se abuse de la mujer, sino también de los hijos e hijas. Además, entre las amenazas del agresor a la mujer puede figurar la de provocar daño a sus hijos. Por ende, es muy importante preguntarle a la mujer si sabe o sospecha que sus hijos o hijas (si los tuviera) han sufrido o están en peligro de sufrir abuso. Esto resulta especialmente importante en los casos en que la custodia es compartida o el agresor tiene derechos de visita a los niños y niñas sin supervisión.

PREGUNTAS MODELO PARA LA VALORACIÓN DE PELIGRO

Adaptación de la Herramienta de Valoración de peligro desarrollada por Jacquelyn C. Campbell, derechos de autor registrados en el año 1998, que ha sido traducida al español por IPPF/RHO.

IPPF/RHO notó que aunque estas preguntas fueron extensamente probadas en campo y validadas en Estados Unidos, no resultaron útiles para identificar a las mujeres en

riesgo en Caracas, Venezuela, ya que casi todas las mujeres que vivían con una pareja abusiva respondieron afirmativamente a estas preguntas. Esta experiencia resalta la necesidad de validar y adaptar las herramientas a los distintos contextos. Es factible que esta clase de herramienta sea útil en otros países, pero esto requiere de una investigación más exhaustiva.

1. ¿Ha aumentado la frecuencia de la violencia física el último año?
2. ¿Ha aumentado la severidad de la violencia física durante el último año?
3. ¿Alguna vez él ha tratado de ahorcarla?
4. ¿Hay alguna arma de fuego en la casa?
5. ¿Alguna vez él la ha forzado a tener una relación sexual cuando usted no quería?
6. ¿Él usa drogas (cocaína, crack, estimulantes u otras drogas compradas en la calle)?
7. ¿Él amenaza con matarla y/o Ud. cree que él es capaz de matarla?
8. ¿Él está borracho todo o casi todos los días?
9. ¿Él controla la mayoría de sus actividades cotidianas? Por ejemplo, ¿le dice con cuales amigos puede estar, cuánto dinero puede llevar para hacer compras o cuando puede usar el automóvil?
10. ¿Alguna vez fue golpeada por él cuando estaba embarazada? (Si nunca estuvo embarazada de él marque aquí__)
11. ¿Él es celoso de forma violenta y constante? (Por ejemplo, ¿él le dice “si yo no puedo tenerte, nadie puede”?)
12. ¿Alguna vez ha usted amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo?
13. ¿Alguna vez él ha amenazado con suicidarse o ha intentado hacerlo?
14. ¿El es violento con sus hijos?
15. ¿El es violento fuera del hogar?

k. Planeación de seguridad

Cuando las y los proveedores identifican a una mujer en riesgo, deben seguir los procedimientos de emergencia para poder contar de esa manera con todos los recursos disponibles con el fin de garantizar la seguridad de la mujer. Debido a que la mujer es quien mejor puede juzgar el nivel de riesgo que representa su pareja, debe participar activamente en la elaboración de un plan de seguridad para ella misma y para sus hijos e hijas.

Una vez que la o el proveedor de salud evalúa el nivel de peligro de la mujer, la ayuda a desarrollar un plan de seguridad. La planeación de seguridad puede involucrar el desarrollo de un plan para que la mujer se separe de su esposo abusivo o de medidas para incrementar su seguridad incluso antes de que esté preparada para terminar una relación violenta. La planeación de seguridad también puede ser útil en el caso de las mujeres que estén pensando en hablar con sus parejas u otros miembros de su familia acerca de su embarazo o de su condición de VIH positiva, y les preocupe la posibilidad de sufrir episodios de violencia.

Administradores de programas salud notarán que la mayoría de lo que se ha escrito sobre planeación de seguridad se basa en investigaciones realizadas en países desarrollados. Tal como sucede en la valoración de peligro, es posible que las y los administradores de salud deban trabajar con el personal y apelar a recursos locales para identificar las estrategias de planeación de seguridad que se adapten al ámbito local. Para que ese proceso se realice correctamente, es necesario que las y los administradores estén al tanto de los temas básicos que se incluyen en la planeación de seguridad, algunos de los cuales se desarrollan a continuación.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Al adaptar los principios de planeación de seguridad al contexto de América Latina, quienes participaron en la iniciativa regional de la IPPF/RHO notaron la importancia de los siguientes aspectos:

Es necesario adaptar los planes de seguridad al ámbito local.

Proveedores de salud deben comprender la realidad que vive cada mujer en su comunidad. Por ejemplo, muchos países en desarrollo carecen de refugios para mujeres agredidas o de un firme sistema jurídico que vele por el acatamiento de las órdenes de restricción impuestas a los esposos y ex esposos

violentos. Las y los proveedores de salud que trabajan en lugares de pocos recursos pueden aplicar medios creativos e ingeniosos para incrementar las posibilidades de defensa propia de las mujeres, pero sólo si escuchan atentamente lo que la mujer tiene que decir, y si se informan acerca de los servicios disponibles en la comunidad.

Las y los proveedores deben tener en cuenta que la mujer es quien más sabe sobre la forma de aumentar su seguridad.

No se le debe decir a la mujer lo que tiene que hacer. Las y los proveedores de salud pueden facilitar el proceso de planeación al aconsejar sobre la posibilidad de futuros episodios de violencia y las medidas que se pueden tomar al enfrentar una situación peligrosa.

Los planes de seguridad pueden abarcar varios temas, pero es posible que las siguientes pautas sean útiles para proveedores y usuarias:

- Establecer posibles rutas de escape y un lugar donde refugiarse en casos de emergencia (por ejemplo, la casa de un familiar o amigo o amiga) si es que debe abandonar su hogar en el futuro.
- Recordar o memorizar los números telefónicos de organizaciones que brindan ayuda, si es que existen en la zona.
- Saber dónde obtener servicios de anticoncepción de emergencia en casos de violencia sexual.
- Solicitar a uno o más vecinos de confianza que presten atención a las señales de violencia y que llamen a la policía o a miembros de la comunidad si notaran algo extraño.
- Hablar con los niños y niñas sobre qué hacer y dónde buscar ayuda en casos de un incidente de violencia; ensayar un plan de escape con ellos.
- Decidir qué debe preparar la mujer si debe abandonar su hogar de improviso (por ejemplo, ropa, dinero, documentos, llaves).
- Empacar todos esos objetos y guardarlos en algún lugar de la vivienda, o en la casa de un amigo, amiga o familiar.
- Elaborar estrategias para reducir el riesgo una vez que comience el conflicto. Por ejemplo, si es imposible evitar una discusión, tratar de estar en un ambiente con salida accesible al exterior. No permanecer en sitios de la vivienda donde haya armas.

Si la mujer toma medicamentos psicoactivos, como los sedantes, es importante analizar la posibilidad de que deje de ingerirlos mientras se encuentre en peligro.

La mujer víctima de violencia debe estar lo suficientemente alerta para tomar decisiones que le pueden salvar la vida. Si la usuaria debe

continuar con su medicación, las y los proveedores de salud pueden sugerirle que notifique acerca de su condición a un familiar o amiga o amigo cercano.

Considerar la elaboración de diversos planes de seguridad para situaciones que tengan lugar tanto dentro como fuera del hogar. Además, la o el proveedor puede ayudar a que la usuaria tenga en cuenta medidas de seguridad para situaciones que se desarrollen fuera del hogar, ya sea en su trabajo o en público, o para situaciones en las que el agresor no viva con la mujer.

Una vez elaborado el plan de seguridad, la mujer debe memorizarlo y destruir las copias del mismo en papel. El plan de seguridad puede representar riesgos para la mujer si una pareja o familiar violento encuentra el plan por escrito. Se deben destruir las copias del plan en papel.

Como parte de la planeación de seguridad, es necesario que las y los proveedores comprendan acabadamente el funcionamiento del sistema jurídico. Un elemento importante en la planeación de seguridad en un país en desarrollo es saber si existen medidas jurídicas de protección para las mujeres que son víctimas de violencia, y si realmente son efectivas en la práctica. También es importante saber si las mujeres corren peligro de ser objeto de malos tratos por parte de quienes deberían estar encargados de hacer cumplir las leyes, en caso de que busquen ayuda de la policía o que denuncien episodios de violencia ante las autoridades. Si se sabe que el sistema local policial maltrata a las mujeres que reportan experiencias de violencia, los programas de salud tienen una obligación mayor que simplemente referir a las mujeres a las autoridades locales. Los programas de salud pueden tomar algunas medidas para asegurar que las mujeres no sean víctimas también del sistema policial. Por ejemplo, pueden planear para que las mujeres sean acompañadas por un integrante del personal o una o un voluntario, pueden ayudar a las mujeres a acceder a consejo legal sobre cómo navegar el sistema legal, o también pueden formar asociaciones con organizaciones no gubernamentales locales que proveen apoyo a mujeres que necesitan protección legal.

Como parte de la planeación para la seguridad, las y los proveedores necesitan entender las leyes y los procedimientos sobre el divorcio y la separación. Por ejemplo, en muchos países de América Latina los jueces requieren de las parejas que solicitan el divorcio que intenten reconciliarse. Ese proceso puede aumentar los riesgos a los que está expuesta una mujer cuya pareja es proclive a la violencia física. En por lo menos un país de la región (Chile), una mujer puede legalmente obligar un esposo abusivo a partir de su residencia por seis meses, pero después de ese periodo, debe dejarlo regresar. Es necesario tener en cuenta todos estos elementos cuando se ayuda a las mujeres a elaborar planes de seguridad.

I. Prestación de servicios de emergencia a sobrevivientes de la violencia sexual

Las sobrevivientes de la violencia sexual, en especial de las relaciones sexuales forzadas, pueden sufrir muchas consecuencias, entre ellas:

- embarazos no deseados;
- infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso el VIH/SIDA;
- complicaciones derivadas de los abortos incompletos o inseguros; y
- tener niños no deseados.

Cuando las sobrevivientes obtienen servicios de salud de calidad adecuada a tiempo, se pueden prevenir o reducir las consecuencias del embarazo no deseado, el aborto inseguro y las ITS mediante la anticoncepción de emergencia, el aborto seguro, la atención post aborto y la profilaxis y el tratamiento de las ITS. Debido a ello, las organizaciones de atención a la salud que atienden a las sobrevivientes de la violencia tienen la responsabilidad de satisfacer las necesidades de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, con frecuencia con carácter de emergencia. Cuando no cumplen con esa responsabilidad, pueden poner en peligro la salud, el bienestar y hasta la vida de las sobrevivientes.

Las mujeres que viven en situaciones de abuso físico frecuentemente sufren también violencia sexual, y/o tienen dificultades para negociar con sus parejas el uso de métodos anticonceptivos o condones. Las organizaciones de atención de la salud no deben olvidar que cualquier sobreviviente de la violencia o la coacción sexual —y no sólo las mujeres que han sido violadas por un desconocido— puede necesitar que se le presten servicios de emergencia.

En este capítulo se tratarán cuestiones fundamentales que las y los administradores de salud deben tener en cuenta en sus labores para garantizar que las sobrevivientes de la violencia sexual reciban una respuesta integral de alta calidad.

Servicios de emergencia claves para las sobrevivientes de la violencia y el abuso sexual:

Tratamiento de las lesiones físicas: Algunas sobrevivientes de la violencia sexual, aunque no todas, sufren lesiones físicas que requieren atención inmediata, incluso lesiones generales y laceraciones en el área genital. El tratamiento puede consistir, por ejemplo, en la prestación de primeros auxilios y el suministro de la vacuna antitetánica.

La preservación de las pruebas forenses: Según las normas locales y nacionales, las y los proveedores de salud pueden o no necesitar una certificación especial para poder obtener pruebas forenses. En todo caso, las y los proveedores deben garantizar que no tomarán medidas que impedirán la obtención de esas pruebas, ya sea por parte de las o los integrantes del personal de la organización o de las o los profesionales médicos forenses de otros organismos.

Anticoncepción de emergencia: El término “anticoncepción de emergencia” se refiere a los métodos de prevención del embarazo como consecuencia de relaciones sexuales sin protección. Entre los métodos de anticoncepción de emergencia figuran dosis especiales de píldoras anticonceptivas ordinarias, así como la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU).

Consejería y servicios en materia de aborto seguro: Muchas mujeres recurren a los abortos autoinducidos o inseguros cuando quedan embarazadas como consecuencia de la violencia sexual. El grado de disponibilidad de los servicios de aborto seguro varía ampliamente entre los distintos países, pero aun en aquellos donde el aborto está sujeto a restricciones jurídicas, la ley puede contemplar excepciones para los casos de las sobrevivientes de violaciones o incesto; por lo menos en teoría. Los servicios de consejería sobre el aborto seguro pueden ayudar a las sobrevivientes a comprender los peligros de los abortos inseguros, decidir si desean un aborto seguro cuando tales servicios estén disponibles, y enterarse sobre cómo superar los obstáculos para poder recibir atención.

Atención post aborto: Los servicios de atención post aborto abarcan los tratamientos de emergencia en caso de complicaciones de los abortos espontáneos o inducidos, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad derivadas de los abortos incompletos o inseguros.

Profilaxis de las ITS: Las sobrevivientes pueden recibir servicios de profilaxis para las infecciones de transmisión sexual en forma de dosis especiales de antibióticos, medicamentos antirretrovirales o vacunas. Si las sobrevivientes reciben esos tratamientos profilácticos poco después de haber estado expuestas al contagio, es posible prevenir las ITS.

Las páginas siguientes describen en más detalle los temas relacionados con la provisión de la anticoncepción de emergencia, la consejería sobre y los servicios de aborto seguro, la atención post aborto, y el profilaxis de las ITS a sobrevivientes de violencia basada en género.

La anticoncepción de emergencia

Las píldoras anticonceptivas de emergencia se denominan también píldoras ‘de la mañana siguiente’ o ‘post-coito’, pero se prefiere el término ‘píldoras anticonceptivas de emergencia’ debido a que de esa manera se destaca el hecho de que el tratamiento no se debe utilizar como método anticonceptivo permanente y se evita el concepto erróneo de que la pastilla debe ser ingerida a la mañana siguiente a una relación sexual.

CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA⁶¹

El término “anticoncepción de emergencia” (AE) se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden prevenir el embarazo con posterioridad a las relaciones sexuales sin protección. La anticoncepción de emergencia consiste en el suministro de dosis especiales de píldoras anticonceptivas ordinarias, o la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) poco después de las relaciones sexuales sin protección. Las mujeres pueden usar la anticoncepción de emergencia cuando los métodos más comunes (como los condones) no tienen los efectos deseados o cuando no se empleó ningún método anticonceptivo. Según el método que se emplee, la anticoncepción de emergencia puede reducir el riesgo de embarazo como consecuencia de un solo acto sexual entre un 75% y un 99%.⁶²

Debido a que en la mayoría de los casos las relaciones sexuales forzadas se llevan a cabo sin protección, la anticoncepción de emergencia constituye una opción esencial para las mujeres que han sido violadas o han sido víctimas de otros contactos sexuales sin su consentimiento. Diversas investigaciones indican que la anticoncepción de emergencia también resulta importante para las mujeres que viven situaciones de abuso físico, porque ellas pueden tener dificultades para negociar con sus parejas el uso de anticonceptivos o condones, o pueden verse obligadas a mantener relaciones sexuales sin protección.^{63, 64}

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son el método más común de anticoncepción de emergencia. Las píldoras anticonceptivas de emergencia constituyen un método anticonceptivo hormonal y deberían ingerirse en las 72 horas posteriores a las relaciones sexuales sin protección, aunque algunos estudios recientes indican que pueden ser eficaces hasta cinco días después del contacto sexual.⁶⁵ Debido al poco tiempo del que disponen las mujeres para obtener resultados del empleo de las PAE, las organizaciones de atención a la salud tienen la obligación de ayudar a las

víctimas de agresiones sexuales a obtener acceso a este método lo más rápidamente posible.

Aunque la AE existe desde hace más de 30 años, el desconocimiento sobre su existencia es frecuente:

- Muchas mujeres no están enteradas de la anticoncepción de emergencia;
- Muchos y muchas profesionales de la salud ignoran la existencia de la anticoncepción de emergencia;
- Otros proveedores y proveedoras de salud saben de su existencia en términos generales, pero carecen de la capacitación y experiencia necesarias para prestar servicios relacionados con estos métodos;
- En muchos casos, las y los proveedores de salud tienen conceptos erróneos o prejuicios acerca de la anticoncepción de emergencia, y por lo tanto no pueden aconsejar o informar a las mujeres acerca de las opciones de las que disponen.

En un mundo ideal, todas las sobrevivientes de la violencia sexual recibirían atención en las 72 horas posteriores a la agresión, y de esa manera se prevenirían los embarazos mediante la anticoncepción de emergencia. Lamentablemente, existen muchos obstáculos que impiden que las mujeres obtengan atención de inmediato, entre ellos la falta de información, el estigma que representa haber sido víctima de la violencia sexual, el temor a no recibir trato adecuado por parte de las y los trabajadores de salud, la falta de dinero para pagar los servicios sanitarios y el temor de denunciar el abuso, especialmente cuando el perpetrador es alguien cercano, como un familiar, un amigo, un maestro o el jefe. En otros casos, las mujeres solicitan servicios de salud pero reciben atención inadecuada.

Para facilitar el acceso de las mujeres a la anticoncepción de emergencia, las organizaciones de salud pueden informar a sus clientes de manera habitual acerca de la anticoncepción de emergencia, con lo cual ellas estarán más conscientes de esa opción aún cuando no necesiten ese servicio de inmediato. Las mujeres que viven situaciones de abuso físico pueden beneficiarse si reciben con anticipación anticonceptivos de emergencia que puedan emplear más adelante si sus parejas las obligan a mantener relaciones sexuales sin protección. Esa estrategia puede resultar especialmente importante cuando las y los proveedores saben que las mujeres tienen poco control sobre cuándo tendrán relaciones sexuales o sobre si podrán emplear anticonceptivos o condones.

Administradores de programas de salud deberían garantizar que su organización elabore protocolos sobre la distribución de anticonceptivos de emergencia, y que las y los proveedores reciban capacitación que incluya: información sobre las señales que indiquen que es necesario usar la anticoncepción

de emergencia; regímenes recomendados de las PAE; modos de acción; eficacia; los efectos secundarios y cómo tratarlos; las precauciones y los exámenes de detección; las necesidades de las clientes en materia de información y consejería, y los procedimientos de seguimiento. Además de ello, y debido a que las PAE constituyen un método de apoyo, la capacitación debería contener también información acerca de otros métodos anticonceptivos, incluso de aquellos que ofrecen protección contra las ITS y el VIH. La capacitación tiende a ser más eficaz cuando es de índole participativa y contiene ejercicios orientados a que participantes adquieran más aptitudes en materia de exámenes de detección, consejería y seguimiento. (En el sitio web del Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia se pueden obtener programas de capacitación de proveedores: www.cecinfo.org.)

Consejería y servicios de aborto seguro

En aquellos sitios donde el aborto no es ilegal, los sistemas de salud deberían capacitar y equipar a las y los proveedores de servicios de salud, y tomar otras medidas necesarias para garantizar que este tipo de aborto sea seguro y asequible.

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1999⁶⁶

La violencia y la coacción sexual son factores que agravan dos amenazas a la salud y el bienestar de las mujeres: los abortos inseguros y el tener hijos no deseados. Estudios realizados con sobrevivientes de violaciones indican que entre el 5% y el 17% de ellas quedan embarazadas como resultado de las relaciones sexuales forzadas^{67, 68}. Las pruebas de las que se dispone sugieren que un número desproporcionadamente elevado de mujeres que solicitan servicios de aborto son sobrevivientes de agresiones sexuales o víctimas de constante violencia sexual y/o física.⁶⁹ Cuando no disponen de posibilidades de aborto seguro y legal, las sobrevivientes que quedan embarazadas suelen tratar de poner fin a su embarazo mediante los servicios de aborto inseguro o tratando de inducir el aborto por sí mismas. Muchas sobrevivientes más terminan sufriendo las consecuencias médicas, emocionales y sociales negativas que conlleva el tener hijos no deseados.

La falta de acceso a los servicios de aborto seguro tiene graves consecuencias para la salud de las sobrevivientes de la violencia sexual:

- Diversos estudios indican que entre 5 y el 17% de las víctimas de violaciones quedan embarazadas como resultado de esas agresiones sexuales.
- En el plano mundial, unos 20 millones de mujeres tienen abortos inseguros cada año.
- Unas 80.000 mujeres mueren anualmente debido a los abortos inseguros.
- Cientos de miles de mujeres sufren discapacidades graves como consecuencia de los abortos inseguros.
- Las investigaciones sugieren que un número desproporcionadamente alto de mujeres que tratan de obtener abortos seguros e inseguros son sobrevivientes de la violencia sexual y física.
- Las sobrevivientes de la violencia sexual que no disponen de acceso a los servicios de aborto seguro, con frecuencia tratan de inducirse el aborto por ellas mismas.
- Entre el 10 y el 50% de las mujeres que tienen abortos inseguros requieren luego atención médica debido a las complicaciones.
- Con frecuencia, entre las complicaciones figuran las infecciones, las hemorragias y las lesiones de los órganos internos.

Fuentes: OMS, 1997⁷⁰; Holmes et al. 1996⁷¹; Mulugeta et al. 1998.⁷²

El grado de legalidad, de disponibilidad y seguridad de los abortos inducidos varía en todo el mundo en desarrollo. Por ejemplo, el aborto tiende a ser menos restringido en los países de Asia, como la India y China, por ejemplo; y más restringidos en África y América Latina. Sin embargo, aun en los lugares donde el aborto legal está seriamente restringido, la ley suele permitir el aborto cuando el embarazo es el resultado de una violación o el incesto y/o cuando representa una amenaza para la salud física o mental de la mujer. Según un reciente estudio de las normas jurídicas de todo el mundo, las sobrevivientes de las violaciones y el incesto podrían tener derecho jurídico a poner fin a su embarazo en 131 países en desarrollo.⁷³

Pero en los sitios en que el aborto seguro es legal, existen muchas razones por las que las sobrevivientes de la violencia sexual pueden no contar con acceso a esos servicios. Por ejemplo, un gran número de proveedores de salud, dirigentes políticos y mujeres en general no están al tanto de que las sobrevivientes de la violencia sexual pueden tener derecho legal al aborto seguro. En otros casos, no hay servicios seguros disponibles, o los obstáculos para acceder a los mismos son insalvables.

Las sobrevivientes recurren a los abortos inseguros aun cuando cuentan con el derecho al aborto seguro por varias razones:

- Algunas mujeres pueden no saber qué tienen derecho al aborto legal y seguro.
- Las y los proveedores de salud pueden no saber qué las sobrevivientes de la violencia sexual tienen derecho al aborto legal y seguro.
- Las y los proveedores de salud pueden no informar a las sobrevivientes acerca de ese derecho debido a que se oponen personalmente al aborto.
- Las y los proveedores de salud no brindan a las sobrevivientes de la violencia sexual un servicio de consejería completo.
- Aunque los servicios de aborto seguro sean legales, en algunos sitios pueden no estar disponibles o ser demasiado costosos.
- Las adolescentes pueden creer que las menores solteras no tienen derecho legal al aborto seguro.
- Los trámites burocráticos o jurídicos necesarios para obtener un aborto seguro de manera legal pueden ser imprácticos o demasiado complicados.
- El acceso al aborto seguro puede demandar demasiado tiempo debido a la existencia de obstáculos al cuidado de la salud.
- El aborto seguro puede ser demasiado costoso.

Las organizaciones de salud tienen la responsabilidad ética de proteger los derechos, el bienestar, las vidas y la salud de las mujeres garantizando que éstas estén al tanto de los servicios que les corresponden por ley incluyendo los de aborto seguro en los estados y países donde fuera legal. Las experiencias obtenidas por diversos programas de salud en muchos lugares del mundo sugieren que la integración de la consejería y los servicios de aborto seguro dentro de los servicios de salud como uno de los principales componentes del cuidado de la salud resulta más atractivo y aceptable para proveedores de salud que agregar la cuestión del aborto y los servicios relacionados con ella como componente separado. A los programas de salud que estén interesados en comenzar a ofrecer estos servicios les puede resultar útil localizar y comunicarse con otros programas en otras partes del mundo que hayan tenido éxito en la incorporación de los servicios de aborto en conjuntos integrados de servicios a las sobrevivientes de la violencia sexual, para elaborar con la colaboración de esos programas estrategias y sesiones de capacitación, así como para debatir ideas, dudas y conceptos. Por ejemplo, a pesar de las condiciones jurídicas restrictivas, varios programas de salud han logrado aumentar el acceso a los servicios de aborto legales para las sobrevivientes de la violencia sexual en México.^{74, 75}

Las y los administradores de salud pueden prevenir los abortos inseguros mediante un mayor acceso a los servicios de aborto seguro legales, tomando las siguientes medidas:

- Aumentar el nivel de conciencia de proveedores de salud, dirigentes políticos, clientes y el público en general acerca de las leyes referidas al aborto. Entre ellas, los derechos jurídicos de las sobrevivientes adolescentes.
- Garantizar que las y los proveedores de salud comprendan las leyes que establecen que la violación en el matrimonio constituye un crimen (allí donde ese sea el caso); ya que esa información puede darles a las sobrevivientes de las relaciones matrimoniales más opciones cuando el aborto sea legal en casos de violación.
- En el caso de las organizaciones con capacidad para ofrecer servicios de aborto legal seguro, los protocolos de cuidado de la salud deberían contemplar el empleo de medicamentos como mifepristona y misoprostol cuando éstos estuvieran disponibles, así como el método de la aspiración manual. También deberían incluir diversas opciones para el alivio del dolor antes, durante y después de la operación.
- Los programas de salud no deberían imponer trámites administrativos o judiciales innecesarios que impidan que las mujeres reciban servicios o referencias. Por ejemplo, no deberían exigir que las mujeres denuncien o identifiquen al violador. Evitar estas demoras adicionales resulta esencial para las mujeres que ya han estado embarazadas durante varias semanas al momento de solicitar servicios de cuidado de la salud. Las demoras adicionales podrían complicar o imposibilitar la operación de aborto.

A fin de proteger los derechos, la salud y la vida de las mujeres, las y los proveedores de salud pueden hacer lo siguiente:

- Informar a las mujeres acerca del riesgo de embarazo no deseado como consecuencia de la agresión sexual.
- Informar a las mujeres acerca de los peligros de los abortos inseguros.
- Informar a las mujeres acerca de sus derechos jurídicos con respecto a la interrupción del embarazo.
- Aconsejar a las mujeres de manera no crítica, a fin de posibilitar que tomen sus propias decisiones en materia de salud reproductiva, y sobre si desean o no que su embarazo forzado llegue a su término natural.
- Ayudar a las sobrevivientes a conseguir acceso a los servicios de aborto seguro.

La atención post aborto

La atención post aborto constituye un enfoque orientado a reducir las lesiones y las muertes causadas por los abortos incompletos o inseguros, así como las complicaciones de éstos, y a mejorar la salud sexual y reproductiva y la vida de las mujeres.

THE POST ABORTION CARE CONSORTIUM (CONSORCIO DE LA ATENCIÓN POST ABORTO), 2002⁷⁶

Según la Organización Mundial de la Salud, de los 20 millones de mujeres que tienen abortos inseguros cada año, entre el 10% y el 50% sufren complicaciones.⁷⁷ Entre las mismas figuran el aborto incompleto, la septicemia, las hemorragias y las lesiones a los órganos internos. Muchas otras mujeres sufren abortos espontáneos incompletos. Con frecuencia, esas complicaciones requieren atención post aborto urgente. Lamentablemente, en muchas regiones la atención post aborto es deficiente, lo que contribuye a aumentar la mortalidad materna.

La atención posterior al aborto es un servicio esencial para muchas de las sobrevivientes de la violencia sexual. Un número limitado de investigaciones, pero de conclusiones convincentes, sugiere que una importante proporción de mujeres que tratan de obtener atención médica debido a las complicaciones de los abortos espontáneos inducidos son sobrevivientes de la violencia sexual. Más aún, los estudios de diversos países demuestran que entre el 4% y el 15% de los embarazos están relacionados con la violencia física, y que las mujeres que viven en situaciones de violencia corren mayor riesgo de tener abortos espontáneos.^{78, 79, 80, 81}

Desgraciadamente, en muchos ámbitos, las y los profesionales de la salud suelen tener actitudes negativas y críticas con respecto a las mujeres que sufren complicaciones del aborto, especialmente en los países donde la mayoría de los servicios relacionados con el aborto están restringidos por ley. En esas condiciones, hasta las mujeres que tienen abortos espontáneos y completos puede ser acusadas de haber inducido el aborto ilegalmente, y recibir por ello tratamientos deficientes. Las actitudes críticas de las y los trabajadores de la salud pueden agravar los traumas emocionales sufridos por las sobrevivientes de la violencia sexual. Y lo que es más grave, esas actitudes pueden reducir la capacidad de las y los trabajadores de la salud de prestar servicios que pueden salvar vidas. Por ejemplo, las mujeres pueden dudar de tratar de obtener servicios si suponen que no recibirán trato adecuado, y las y los trabajadores de la salud pueden no brindar cuidado de alta calidad a las personas a quienes tratan de manera degradante.

El sector de la salud tiene la importante obligación de mejorar la atención posterior al aborto que se preste a todas las mujeres, pero especialmente a las sobrevivientes de la violencia. Las y los administradores de salud pueden ayudar haciendo esfuerzos por que trabajadores de la salud traten a todas las mujeres con el respeto que merecen, y explicándole claramente a su personal que resulta inaceptable que sus opiniones personales interfieran con su responsabilidad profesional de prestar cuidado humanitario a todas las mujeres que requieran atención post aborto.

En años recientes, la Fuerza Comunitaria de Tareas del Consorcio de Atención Post Aborto (*PAC Consortium Community Task Force*) y otras organizaciones han exhortado al sector de la salud a que adopte un enfoque amplio de la atención post aborto.⁸² El Consorcio le ha solicitado a los sistemas de salud que en lugar de concentrarse con exclusividad en el cuidado médico inmediato, presten una amplia gama de servicios que incluyan la consejería, las referencias, los servicios de planificación familiar posteriores al aborto y otros servicios de atención de la salud reproductiva. Este enfoque integral no sólo posibilita que las y los proveedores se hagan cargo de las complicaciones actuales sino que constituye también una manera importante de garantizar que las mujeres reciban atención de salud de alta calidad y la información y los servicios que requieren para prevenir futuros abortos inseguros.

La profilaxis y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Como resultado de las agresiones sexuales que sufren, algunas sobrevivientes de la violencia sexual contraen infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso el VIH. En muchos casos, las ITS se pueden prevenir si las sobrevivientes reciben profilaxis inmediatamente después de la agresión. La profilaxis de las ITS puede incluir el suministro de antibióticos, la vacunación contra la hepatitis B, así como de otros medicamentos que pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual. En los casos en que la agresión no haya sido reciente o que la sobreviviente haya sido objeto de abusos sexuales durante cierto tiempo, los servicios de salud deberían considerar la posibilidad de que las sobrevivientes ya hayan contraído alguna infección de transmisión sexual, de manera que resulta esencial para la salud, el bienestar y la supervivencia de éstas que la enfermedad se diagnostique y se trate de inmediato.

Por ello, las organizaciones de salud que atienden a las sobrevivientes tienen la responsabilidad de ayudar a las mujeres a obtener consejería, profilaxis y tratamiento de las ITS, en muchos casos con carácter de emergencia. Administradores de organizaciones que ya ofrecen servicios de

consejería, profilaxis y tratamiento quizás tengan que evaluar esos servicios para garantizar que cumplen con las normas nacionales y que satisfacen las necesidades específicas de las sobrevivientes. Algunas organizaciones pueden estar interesadas en ampliar sus servicios mediante la elaboración de protocolos, la obtención de suministros y la capacitación de las y los proveedores. Las organizaciones que carecen de capacidad para ofrecer esos servicios pueden capacitar a su personal a fin de que sus integrantes puedan orientar a las mujeres acerca de los riesgos y referirlas a servicios adecuados en otros organismos, organizaciones o establecimientos.

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos importantes han publicado muchas herramientas y directrices excelentes para las y los profesionales clínicos que brindan consejería, profilaxis y tratamiento de las ITS a las mujeres que han sido objeto de violencia sexual.^{83, 84, 85}

Las y los administradores de salud deberían tener en cuenta varios puntos importantes cuando se trate de preparar los protocolos de profilaxis de las ITS:

Los protocolos correspondientes a ciertas ITS pueden diferir de acuerdo con los niveles de prevalencia en cada ámbito determinado. De acuerdo con los niveles de prevalencia en una región geográfica determinada, quizás sea necesario que los protocolos de tratamiento de las víctimas de la violencia sexual contemplen la profilaxis de ciertas ITS, como la tricomoniasis y la hepatitis B.

Los protocolos se deben fundamentar en los conocimientos más recientes acerca de los riesgos y los beneficios de la profilaxis del VIH. En la actualidad, se debaten intensamente los riesgos y beneficios de la prestación de servicios de profilaxis del VIH con posterioridad a las agresiones sexuales. Hasta el momento, existen pocas pruebas concretas de los riesgos y beneficios. La profilaxis del VIH no es un procedimiento habitual en los países en desarrollo, aunque ahora es más frecuente en los ámbitos de alta prevalencia, como Sudáfrica. También en este caso, las y los administradores deben mantenerse informados acerca de las prácticas recomendadas en sus ámbitos, para poder garantizar que sus protocolos reflejen las prácticas más adecuadas para sus ámbitos específicos.

Los protocolos deben incluir el régimen más breve posible. Una proporción sustancial de las mujeres que sufren violencia sexual no regresa a sus visitas de seguimiento. Para poder garantizar que reciban la mejor atención posible, es importante brindarles los regímenes de profilaxis y tratamiento de las ITS más breves posible.

No realice los exámenes de las ITS inmediatamente después de un único incidente de agresión sexual a menos que existan razones convincentes para hacerlo. Algunos investigadores⁸⁶ afirman que las mujeres no deberían recibir exámenes de las ITS inmediatamente después de un único incidente de agresión sexual. Esto se debe a que esas pruebas son costosas y a veces pueden no resultar útiles. Los exámenes realizados inmediatamente después de la agresión sexual NO PUEDEN detectar las ITS contraídas como resultado de la violación hasta después del período de incubación. Esas pruebas sólo pueden detectar infecciones de transmisión sexual preexistentes, las que han sido usadas en algunos juicios para difamar el carácter de las víctimas de violaciones. Por otro lado, esos exámenes pueden producir resultados positivos falsos debido a la presencia del semen del perpetrador. Sin embargo, en otras ocasiones tiene sentido realizar las pruebas de las ITS y el VIH. Por ejemplo, si los abusos sexuales han ocurrido a lo largo de cierto período de tiempo, o si existe la posibilidad de que la sobreviviente estuviera infectada con el VIH antes del agresión, ya que entonces el examen y la consejería sobre el VIH podrían ayudar a la o el profesional clínico a decidir cuál es la forma de cuidado más adecuada. Dada la complejidad de la cuestión, antes de incluir este tema en sus protocolos las organizaciones de salud deberían tener en cuenta las normas locales y nacionales y tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de los riesgos y beneficios que implica realizar la prueba de las ITS inmediatamente después de la violación.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Los materiales publicados sobre este tema sugieren por lo menos tres recomendaciones importantes acerca de la prestación de cuidado inmediato a las sobrevivientes de la violencia sexual:

Los programas de salud deberían prestar un conjunto amplio de servicios y referencias. Las sobrevivientes de la violencia y la coacción sexual necesitan una amplia gama de servicios según la urgencia con que hayan buscado atención. Los programas de salud deben elaborar enfoques integrales que contemplen la prevención del embarazo no deseado, las ITS y las complicaciones de los abortos incompletos o inseguros. Las mujeres pueden necesitar información, consejería, servicios, y en algunos casos, referencias. Si la atención que reciben las mujeres es incompleta, pueden poner en peligro su bienestar, su salud y su supervivencia.

Los programas de salud deberían dar los pasos necesarios para ayudar a las mujeres a obtener acceso a los servicios a la brevedad posible. Existen muchas razones por las que las mujeres pueden no obtener acceso a los servicios cuando los necesitan. Las mujeres que han sido objeto de relaciones

sexuales forzadas pueden no estar enteradas de que se puede hacer algo para prevenir el embarazo después de esas relaciones; pueden no estar dispuestas a denunciar la agresión y dudosas, por lo tanto, de solicitar servicios; pueden estar preocupadas por la posibilidad de que la o el proveedor de servicios médicos las culpe de la agresión. En otros casos, aunque solicitan servicios, sufren demoras debido a que las o los proveedores las refieren a otros sitios, o debido a obstáculos administrativos propios de los programas de salud. Los programas de salud pueden tratar esos problemas educando a las mujeres con anticipación acerca de los métodos de anticoncepción de emergencia, ofreciendo la mayor cantidad de servicios posible en sus propias instalaciones y simplificando los trámites y el proceso de cuidado médico. A largo plazo, si se mejora la calidad de la atención y se publicitan los servicios que se prestan se alienta a las mujeres a que soliciten ayuda más rápidamente.

Los programas de salud deben elaborar políticas y protocolos que reduzcan al mínimo posible los traumas emocionales. La

evaluación de la iniciativa de la IPPF/RHO obtuvo información sobre los puntos de vista de las sobrevivientes de la violencia sexual. Muchas dijeron que cuando se les pide a las mujeres que repitan sus historias varias veces, se les puede causar frustración o vergüenza. Como explicó una sobreviviente adolescente de la violencia sexual: “Me preguntaban lo mismo una y otra vez. Sentí vergüenza de todo lo que me había sucedido”. Los programas de salud pueden minimizar los traumas adicionales de maneras diversas. Por ejemplo, pueden ofrecer cuidados de manera compasiva y respetuosa. No se les debería pedir a las sobrevivientes que repitan una y otra vez sus experiencias. No se deberían realizar reiterados exámenes pélvicos. Se debería tratar de prestar la mayor cantidad posible de servicios en un mismo lugar. Y se debería proteger la confidencialidad y privacidad de las mujeres.

La tabla siguiente ofrece una breve lista de control de algunos de los elementos fundamentales de la prestación de cuidados integrales y de buena calidad a las sobrevivientes de la violencia sexual.

Elementos fundamentales de la prestación de cuidados integrales de emergencia a sobrevivientes de la violencia sexual
Elaborar un conjunto general de servicios de emergencia para sobrevivientes de violencia sexual en el que debería figurar lo siguiente:
Informar a las mujeres sobre la posibilidad de embarazo no deseado y de las ITS y el VIH como consecuencia de una agresión sexual.
Brindar consejería a las mujeres acerca de la anticoncepción de emergencia, la profilaxis de las ITS y la atención del aborto seguro.
Informar a las mujeres acerca de sus derechos legales a obtener servicios, incluso los de anticoncepción de emergencia y de aborto seguro legal, donde estuvieran disponibles.
Prestación de servicios de anticoncepción de emergencia o referencias a sitios donde se prestan servicios de anticoncepción de emergencia.
Servicios de aborto seguro o referencias a sitios que prestan esos servicios, donde estuvieran disponibles.
Atención post aborto o referencias a sitios donde se prestan esos servicios.
Profilaxis y tratamiento de las ITS, o referencias a sitios donde se prestan esos servicios.
Pruebas y servicios de consejería sobre el VIH/SIDA.
Cuidados de seguimiento para garantizar que se satisfagan las necesidades más generales de las mujeres en materia de cuidado de la salud sexual y reproductiva.
Recolección de pruebas forenses por parte de profesionales calificados, o referencias a sitios donde se presten esos servicios.
Llevar a cabo labores de planificación y preparación:
Asegurar de que la organización ofrece todos los servicios posibles en un solo sitio.
Cuando su organización no puede prestar determinados servicios, localizar los sitios donde se ofrece cuidado accesible de buena calidad y adonde pueda referir a las sobrevivientes.
Asegúrese de que su organización cuente con suministros adecuados, inclusive los de anticoncepción de emergencia y los medicamentos necesarios para la profilaxis de las ITS.
Elabore o adapte protocolos para la prestación de estos servicios, y garantice que estén disponibles para todas las y los proveedores.

Asegurar de que la organización cuente con protocolos por escrito para esos servicios, y que se basen en lo siguiente:
Los tipos de anticoncepción de emergencia de los que se dispone en su organización.
La situación local con referencia a las leyes sobre la disponibilidad de servicios de aborto seguros y legales.
Las normas locales sobre la profilaxis y el tratamiento de las ITS, que en algunas regiones pueden ser resistentes a determinados medicamentos.
Las normas locales acerca de la profilaxis del VIH (no recomendadas generalmente en las regiones donde la prevalencia es baja).
Recomendaciones locales e internacionales actualizadas sobre las mejores prácticas.
Las lecciones obtenidas de las experiencias de otros programas de salud en el país o la región.
Estrategias destinadas a garantizar que las pruebas forenses no sean destruidas en el proceso de prestar atención a las víctimas.
Maneras de proteger la seguridad de las mujeres que viven en situación de violencia.
Estrategias orientadas a reducir al mínimo el número de exámenes, el número de veces que las sobrevivientes deben repetir sus historias, y el número de sitios a los que deben acudir para recibir servicios.
Simpatía, compasión y respeto por la confidencialidad y la privacidad de las sobrevivientes.
Asegurar de que los protocolos por escrito satisfagan las necesidades de los siguientes subgrupos:
Las mujeres que solicitan servicios inmediatamente después de la agresión sexual vs. aquellas que solicitan servicios más adelante.
Los niños y las niñas, los y las adolescentes, y las y los adultos (cada grupo puede necesitar dosis distintas de medicamentos y/o disfrutar de derechos legales distintos).
Las mujeres que actualmente viven en situaciones de violencia vs. las que han sido objeto de un solo incidente de agresión sexual.
Suministrar a las y los proveedores sensibilización y capacitación con los siguientes objetivos:
Crear conciencia acerca de la necesidad de los servicios de anticoncepción de emergencia y de la profilaxis y el tratamiento de las ITS después de las agresiones sexuales.
Aumentar el nivel de conocimientos de las sobrevivientes de la violencia sexual acerca de los servicios de emergencia.
Comprender los derechos jurídicos de las mujeres.
Modificar las actitudes con respecto a las sobrevivientes de la violencia sexual y mejorar los servicios que se les brindan, tales como los de anticoncepción de emergencia y aborto.
Capacitar a las y los proveedores a fin de que puedan asesorar a las mujeres acerca de la anticoncepción de emergencia, el aborto seguro, las ITS y otros temas generales relacionados con la salud reproductiva.
Garantizar que las y los proveedores cuentan con las actitudes técnicas necesarias para prestar servicios fundamentales y que pueden aplicar en la práctica los protocolos por escrito.
Garantizar que las y los proveedores no dejen que sus opiniones personales les impidan informar a las mujeres acerca de sus derechos, ofrecer consejería no crítica y dejar que las mujeres tomen sus propias decisiones acerca de su salud reproductiva.
Monitoreo y evaluación del grado de eficacia y aceptación de los protocolos por escrito
Incluir en las evaluaciones los puntos de vista de las sobrevivientes.
Incluir en las evaluaciones los puntos de vista de las y los proveedores.

Fuentes: Estas recomendaciones han sido extraídas de los recursos que se enumeran en las páginas siguientes.

RECURSOS PRINCIPALES

SERVICIOS DE EMERGENCIA INTEGRALES PARA LAS SOBREVIVIENTES DE AGRESIONES SEXUALES

Organización Mundial de la Salud

http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_8/rhro2_8.en.html

Diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, han publicado una excelente guía titulada: *Clinical Management of Survivors of Rape: a guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations* (“Tratamiento clínico de las sobrevivientes de violaciones: una guía para la elaboración de protocolos a usarse en situaciones que involucren a refugiados o personas desplazadas internamente”). Aunque está diseñada para prestar servicios a refugiados, se trata de una de las pocas guías generales escritas para un público internacional, y puede resultar de utilidad para las y los administradores que se desempeñan en otros ámbitos.

American Medical Association (AMA, Asociación Médica Americana) e IPPF/RHO

www.ama-assoc.com

www.ipfwhr.org

La AMA incluyó directrices clínicas sobre la prestación de servicios de profilaxis de las ITS en una publicación titulada: *Strategies for the Treatment and Prevention of Sexual Assault* que la IPPF/RHO tradujo al español bajo el título *Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia sexual*. La publicación se puede obtener en ambos idiomas, respectivamente, en los sitios en la red ya mencionados.

Office for Victims of Crime, United States Department of Justice (USDOJ) (Oficina para las Víctimas de Crímenes, Departamento de Justicia de los Estados Unidos)

www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/sane/saneguide.pdf

La USDOJ ha publicado una amplia guía que — aunque ésta diseñada para los Estados Unidos — contiene minuciosas discusiones sobre temas de interés, así como recomendaciones que podrían resultar de utilidad para las y los administradores en otros ámbitos. El título de la publicación es *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development and Operation Guide* (“Guía de desarrollo y operación del o la enfermera a cargo de los exámenes de las víctimas de las agresiones sexuales”). Minneapolis, Minnesota, Sexual Assault Resource Service.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Consortium for Emergency Contraception (Consortio Sobre Anticoncepción de Emergencia)

www.cecinfo.org

La misión del Consortio consiste en ampliar el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia, y garantizar el empleo seguro y adecuado a las circunstancias locales de esos servicios en todo el mundo, haciendo hincapié en los países en desarrollo, dentro del contexto más amplio de la planificación de la familia y la salud reproductiva. El sitio web del Consortio contiene varios recursos útiles, entre ellos declaraciones políticas, directrices y materiales para las clientes.

El Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

www.clae.info

EL CLAE es una red de organizaciones públicas y privadas dedicada a la reducción de los embarazos no deseados, la mortalidad materna y los abortos inseguros en América Latina mediante las labores de defensa, promoción y distribución de servicios y suministros de anticoncepción de emergencia. El sitio web del Consortio contiene noticias, información sobre la anticoncepción de emergencia en diversos países, y novedades sobre las investigaciones actuales. En español, inglés y portugués.

Center for Reproductive Rights (Centro de Derechos Reproductivos)

www.reproductiverights.org

El Centro de Derechos Reproductivos (conocido anteriormente como el Centro de Derecho y Política Reproductiva) suministra información acerca de una amplia gama de temas relacionados con la anticoncepción y la salud de las mujeres. La publicación de la organización *Emergency Contraception: Contraception, Not Abortion: An Analysis of Laws and Policy Around the World* (“Anticoncepción de Emergencia: Anticoncepción, no aborto: un análisis de las leyes y políticas en alrededor del mundo”) estudia en profundidad las leyes referidas al aborto y la anticoncepción en todo el mundo, y lo que significan con relación a la anticoncepción de emergencia. (Véase: www.reproductiverights.org/pub_bp_icpdec2.html)

Oficina de Investigación y Población de la Universidad de Princeton

www.ec.princeton.edu

Este sitio, que depende de la Universidad de Princeton, contiene información actualizada sobre los métodos de anticoncepción de emergencia (e incluso los regímenes de una amplia variedad de píldoras anticonceptivas orales), da respuesta a las preguntas más frecuentes sobre el tema, y

RECURSOS PRINCIPALES CONTINUADO

brinda información acerca de la disponibilidad de los productos en todo el mundo. En árabe, español, inglés y francés.

Journal of the American Medical Women's Association (JAMWA) (Revista de la Asociación Americana de Médicas)

www.jamwa.org/vol53/toc53_5.html

El Suplemento 2 del Número 5 del Vol. 53, publicado en 1998, es una edición especial de JAMWA que ofrece un panorama mundial sobre las investigaciones en materia de anticoncepción de emergencia, así como artículos específicos sobre la prestación de servicios, el acceso a la anticoncepción de emergencia y el uso de la AE en sitios de escasos recursos en diversos países, como los Estados Unidos, México y Tanzania.

PATH (Program for Appropriate Technology in Health) (Programa de Tecnología de Salud Adecuada)

www.path.org/programs/p-wom/emergency_contraception.htm

El sitio web de PATH contiene información acerca de un proyecto basado en los Estados Unidos que permite a los farmacéuticos recetar píldoras anticonceptivas de emergencia directamente a las mujeres (con la ayuda de un manual para la capacitación de farmacéuticos); así como herramientas destinadas a ampliar el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia (www.path.org/resources/ec_tools.htm), folletos de muestras para las clientes en 13 idiomas, y vínculos a otros recursos en línea.

Consejo de Población de México

www.en3dias.org.mx/

Este sitio web suministra información general acerca de la anticoncepción de emergencia, datos desglosados por países, una página sobre los medios de difusión, una página bibliográfica donde se enumeran las fuentes de recursos sobre la salud reproductiva y vínculos con otros sitios de interés. El sitio también ofrece información general sobre varios tipos de anticonceptivos. En español.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

www.who.int/reproductive-health/

La OMS ofrece varios recursos en su página web, como *Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery* (WHO/FRH/FPP/ 98.19) (“Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios”). Para ordenar sin cargo una copia impresa de este documento, sírvase dirigirse a: publications@who.int.

ABORTO Y ATENCIÓN POST ABORTO**Ipas**

www.ipas.org

Ipas se dedica a aumentar la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y a disminuir el número de muertes y lesiones que sufren las mujeres como consecuencia de los abortos inseguros. El sitio web de Ipas ofrece muchas publicaciones relacionadas con el aborto seguro y la atención post aborto, incluso documentos de políticas, programas de capacitación y directrices sobre la prestación de servicios.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

www.who.int/reproductive-health

La OMS ha publicado una variedad de fuentes de recursos relacionadas con el aborto seguro y el aborto inseguro; entre ellas una publicación titulada “Safe abortion; Technical and policy guidance for health systems” (El aborto seguro: directrices técnicas y políticas para los sistemas de salud). Este documento se publicó en 2003 y se puede consultar en el sitio antes mencionado. Entre las demás fuentes de recursos figuran pautas sobre los abortos médicos y otras publicaciones pertinentes.

Post-Abortion Care Consortium (Consortio para la Atención Post Aborto)

<http://www.pac-consortium.org>

El Postabortion Care (PAC) Consortium está abocado a informar a la comunidad dedicada a la salud reproductiva acerca de los temas de la salud relacionados con el aborto inseguro, y a fomentar la atención post aborto como estrategia eficaz para tratar ese problema mundial. En el mencionado sitio figura una sección de información general, fuentes de recursos y herramientas clínicas para la atención post aborto.

Católicas por el Derecho a Decidir

www.catholicsforchoice.org/

Esta organización, que mantiene la tradición de la justicia social católica, realiza investigaciones, análisis de políticas, y labores de investigación y de promoción con respecto a cuestiones vinculadas con la igualdad entre los sexos y la salud reproductiva en todo el mundo. En español, inglés y portugués.

Fundación ESAR

www.fundacionesar.org

ESAR es una fundación sin fines de lucro con base en Colombia que tiene como objetivo el fomento de la salud sexual y reproductiva y la prevención de los efectos adversos del aborto inseguro en América Latina, principalmente mediante la

RECURSOS PRINCIPALES CONTINUADO

capacitación y certificación de las y los trabajadores de la salud. En español e inglés.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

www.reddesalud.web.cl

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe está constituida por organizaciones y personas dedicadas a fomentar la salud de las mujeres, la vigencia plena de sus derechos civiles y humanos y su participación en la vida cívica mediante la transformación cultural, política y social de nuestra región y del mundo a partir de una perspectiva feminista. En español.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS ITS

Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

www.who.int/reproductive-health

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud ofrece diversas publicaciones de utilidad para los programas de salud interesados en mejorar sus políticas relacionadas con la profilaxis y el tratamiento de las STI para las sobrevivientes de la violencia sexual. Por ejemplo, consúltese *Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, OMS (2001) (Se ha anunciado la publicación en 2004 de una edición corregida y actualizada). Estos documentos se encuentran en el Internet, a menudo traducidos a varios idiomas diferentes.

m. Confección de material educativo e informativo

El sector de la salud puede desempeñar un papel importante con respecto a la educación de las usuarias y de la comunidad en general sobre la violencia contra la mujer como problema de salud pública y como violación de los derechos humanos. Una de las formas en que los programas de salud pueden contribuir es mediante la producción de información y su distribución en clínicas y foros comunitarios. Esos materiales pueden incluir videos dirigidos a las usuarias y las y los proveedores, folletos que enfoquen temas relacionados con la violencia contra la mujer, tarjetas con información sobre los recursos locales para las sobrevivientes y carteles que se pueden colocar cerca de clínicas u otros lugares de la comunidad.

Es probable que los programas de salud quieran confeccionar o distribuir material sobre distintos temas relacionados con la violencia en forma directa o indirecta, por ejemplo:

- Derechos de las usuarias en los servicios de salud (por ejemplo, a la privacidad y confidencialidad)
- Violencia familiar
- Violencia de la pareja íntima
- Violencia sexual, incluso las violaciones
- Abuso sexual en la niñez
- Servicios disponibles para las sobrevivientes de situaciones de violencia
- Leyes sobre violencia contra las mujeres
- Precios de los servicios que podrían necesitar las sobrevivientes
- Derechos sexuales y reproductivos
- Derechos de la mujer
- Derechos humanos en general

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Debido a la experiencia de IPPF/RHO y de muchas otras organizaciones, se sugiere una serie de recomendaciones relacionadas con este tema, a saber:

Tener en cuenta la seguridad de las mujeres al diseñar y distribuir el material. Cabe recordar que la mujer que vive una situación de violencia puede enfrentar un riesgo aún mayor si su pareja abusiva descubre que ha recibido material sobre la violencia. Incluso es posible que la mujer vaya a la clínica con su pareja y no se atreva a tomar los materiales de la sala de espera. Una estrategia posible se basa en la producción de tarjetas pequeñas que las mujeres puedan esconder entre sus ropas. A veces es útil consignar en la tarjeta sólo la dirección y el teléfono del servicio de referencia, de manera que el perpetrador no se dé cuenta de qué se trata, si la descubriera. Otros programas de salud notaron que era muy útil colocar la información (ya sea tarjetas, panfletos o carteles) en los baños, ya que allí las mujeres pueden leerla sin ser observadas por sus parejas.

Utilizar los recursos de manera eficaz compartiendo la información cuando sea posible. La producción de los materiales puede ser costosa y requerir mucho tiempo. Asimismo, es factible que requiera de la participación de especialistas. Si la organización no posee suficientes fondos para producir materiales sobre la violencia basada en género, es posible obtener copias de los materiales confeccionados por otras organizaciones. Por ejemplo, el Centro de Programas de Comunicación de Johns Hopkins University ofrece la posibilidad de obtener documentos, informes, artículos periodísticos, políticas, materiales de capacitación, novedades y toda otra información de relevancia en materia de violencia basada en género a través del Internet. El sitio fue creado para suministrar información y material necesarios para la tarea de poner fin a la violencia contra la mujer a las y los investigadores, especialistas en comunicación de la salud, responsables de políticas y otros. Ese sitio web se encuentra en www.endvaw.org. Otro recurso disponible es la Fundación para la Prevención de Violencia Familiar (*Family Violence Prevention Fund*) que cuenta con excelentes materiales en inglés y en español que pueden ser adaptados a otros contextos. Muchos de sus recursos se pueden ordenar en línea en: <http://www.endabuse.org>.

n. Monitoreo y evaluación de la calidad de atención

Uno de los aspectos más importantes de la iniciativa regional de la IPPF/RHO fue el énfasis que puso en el monitoreo y la evaluación. La iniciativa fue diseñada para promover la colaboración entre el personal con experiencia en programas y el personal con experiencia en la evaluación. Las y los planificadores asignaron gran parte de los fondos al monitoreo del progreso y de la evaluación de los resultados de la labor de las asociaciones. Esa colaboración no sólo permitió confeccionar las herramientas y lecciones aprendidas que se documentan en este manual, sino que también hizo posible que las asociaciones modificaran sus servicios de manera que fueran aceptables desde el punto de vista tanto de las y los proveedores como de las usuarias.

Los programas de salud pueden aplicar diversos enfoques de supervisión y evaluación en distintos momentos, incluidos los enfoques formales e informales, o los cualitativos y cuantitativos. Por ejemplo, las asociaciones que participaron en la iniciativa de la IPPF/RHO adoptaron una combinación de enfoques, a saber:

Ejemplos de distintos enfoques de supervisión y evaluación	
Enfoque	Ejemplos de métodos utilizados
Evaluaciones formales de base, de mitad de período y de seguimiento realizadas por un asesor externo	Encuestas con cuestionarios estructurados Grupos de debate con proveedores y usuarias Revisión aleatoria de registros Observaciones de la clínica Entrevistas en profundidad con informantes clave
Estudios de casos en pequeña escala para evaluar nuevas políticas o herramientas	Estadísticas de los servicios sistemáticos Grupos focales con el personal Grupos focales con usuarias
Sistemas de información para recabar datos sistemáticos del servicio	Estadísticas de los servicios sistemáticos sobre indicadores clave
Reuniones periódicas con el personal para debatir nuevas políticas y herramientas	Debates y diálogos informales con el personal y administradores de primera línea
Esfuerzos individuales de las y los administradores para rastrear el progreso de las reformas necesarias en la organización	Listas de verificación, planes estratégicos y observaciones personales
Esfuerzos individuales de las y los administradores para supervisar la moral y el desempeño del personal	Estadísticas de los servicios sistemáticos Revisiones informales de los registros médicos Debates informales con el personal
Exámenes de los conocimientos y aptitudes de las y los proveedores antes y después de la capacitación	Cuestionarios Juegos de rol Debates grupales informales

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La recopilación de datos de base es esencial para medir los cambios a través del tiempo. Como se ha mencionado previamente, los datos de base resultan esenciales para poder medir los cambios que se producen con el correr del tiempo. Las y los administradores de salud sólo pueden medir los cambios si disponen de un punto de comparación. La recopilación de datos de base y de seguimiento debe formar parte de todo esfuerzo destinado a fortalecer las respuestas que se brinda a la violencia basada en género desde el sector de la salud.

Cada nueva política o herramienta debe ser sometida a una prueba de campo y a una evaluación en el corto y largo plazo.

Es necesario supervisar y evaluar cada nueva política y herramienta. El hecho de que una política haya dado resultados en otros lugares no garantiza que funcionará en un nuevo país, región o idioma, o incluso en una nueva clínica de la organización. Las asociaciones de la IPPF notaron que es muy útil emplear métodos informales y rápidos de recopilación de datos, incluso los métodos cuantitativos (por ejemplo, observar cuántas veces se utilizó una política o herramienta y cuáles fueron los resultados preliminares) y cualitativos (por ejemplo, qué piensan las y los proveedores y las usuarias sobre la herramienta). Incluso una pequeña cantidad de información recabada en un corto período de tiempo puede ser útil para comprender la manera en que funciona una nueva política o herramienta y de qué manera se la puede depurar.

El personal debe participar en las tareas de planeación, supervisión y evaluación de las mejoras en la calidad de atención.

Es necesario que las y los administradores involucren al personal en la evaluación del grado de aceptabilidad y eficacia de las nuevas políticas y herramientas. Sus perspectivas constituyen la parte más importante del proceso que permite determinar si la nueva política funciona bien o si es necesario modificarla. Esas perspectivas se pueden medir mediante métodos formales, como los grupos focales; o mediante métodos informales como las reuniones periódicas o debates informales con el personal.

En la evaluación de las mejoras de la calidad de atención se deben incluir las perspectivas de las usuarias, incluso, si es posible, de las sobrevivientes de casos de violencia basada en género.

La perspectiva de la mujer es otro de los elementos esenciales en la evaluación de la calidad de atención. Sería óptimo que los programas de salud traten de encontrar medios para comprender la perspectiva de las sobrevivientes de casos de violencia basada en género. Sin embargo, es posible que se necesiten más recursos y capacidades para recabar información de las usuarias, sin mencionar el aspecto ético relacionado con la investigación de temas vinculados a la violencia.

Es posible medir en forma inmediata los cambios de conocimiento, pero medir modificaciones de las actitudes requiere más tiempo.

Uno de los componentes más importantes del fortalecimiento de la respuesta que se da desde el sector de la salud a la violencia es la mejora en las actitudes y los conceptos de las y los proveedores. Sin embargo, mientras que el conocimiento se puede modificar rápidamente, las actitudes hacia la violencia muchas veces tardan años en cambiar. Las y los administradores pueden medir los cambios de conocimiento en forma inmediata, pero es posible que la medición de los cambios de actitud requiera un enfoque a largo plazo.

Al supervisar y evaluar la respuesta que el servicio de salud da a los casos de violencia basada en género es necesario tener en cuenta los temas éticos.

Al evaluar la calidad de la atención pueden surgir diversas cuestiones éticas relacionadas con la violencia basada en género. El mejor ejemplo de esto ocurre cuando los programas de salud desean obtener información sobre las perspectivas de las sobrevivientes y deben considerar la forma de proteger su seguridad. Sin embargo, las y los administradores de salud deben saber que es muy posible que entre el mismo personal pueda haber sobrevivientes de violencia y, por ende, se hace necesario que las y los administradores tomen en cuenta su seguridad y bienestar al momento de recabar información relacionada con la violencia basada en género. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una serie de pautas para quienes realizan investigaciones relacionadas con la violencia basada en género. Las tareas de supervisión y evaluación de la calidad de la atención deben ajustarse a dichas pautas.⁸⁷

Es necesario invertir dinero en la supervisión y evaluación de la calidad de la atención.

Muchos programas de salud en países en desarrollo sufren limitaciones crónicas de recursos y, por ello, muchas veces dudan en invertir el dinero en evaluaciones, ya que lo necesitan para otros fines. Sin embargo, por otro lado, es posible que los programas que no invierten los recursos adecuados en la evaluación de su desempeño nunca sepan si los fondos programáticos se emplean de manera tan eficaz y efectiva como se debiera. En el área de la violencia basada en género, hay una razón más que concluyente para invertir en las labores de supervisión y evaluación; ya que es factible que un programa mal planificado no sólo no sea eficaz, sino que también sea perjudicial. Por lo tanto, existe la obligación ética y práctica de supervisar y evaluar las tareas destinadas a fortalecer la respuesta del servicio de salud en casos de violencia basada en género.

IV. Aplicación de una política de detección de rutina

a. Sinopsis

Al enfocar la detección para casos de violencia basada en género, las y los investigadores utilizaron una gran variedad de términos. A los efectos de aclarar el tema, en este manual se categorizan los diferentes tipos de detecciones de la siguiente manera:

Diferentes tipos de detecciones para casos de violencia basada en género:

- Detección:** Consiste en formular preguntas sobre violencia o abuso, independientemente de que la mujer presente signos o síntomas.
- Detección selectiva:** Consiste en formular preguntas sobre violencia en los casos en que la o el proveedor de salud tenga razones para sospechar que la mujer es objeto de violencia o abuso por la presencia de ciertas señales y síntomas.
- Detección universal:** Consiste en formular preguntas a **todas** las mujeres que frecuentan un determinado servicio de salud sobre experiencias de violencia o abuso, independientemente de que presenten señales o síntomas.
- Detección de rutina:** Consiste en formular preguntas de manera sistemática sobre experiencias de violencia o abuso, independientemente de que las mujeres presenten señales o síntomas. Esto puede implicar la detección de TODAS las mujeres de la clínica (es decir, una detección universal) o SOLAMENTE de ciertos grupos de mujeres; por ejemplo, las nuevas usuarias del servicio de salud reproductiva.

Un creciente número de investigadores y organizaciones profesionales, incluidas la Asociación Médica Estadounidense, el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos y la Asociación Médica Británica, solicitaron a las y los provee-

dores de salud que realicen detecciones de rutina a las mujeres para detectar casos de violencia basada en género.^{88, 89, 90} Sin embargo, recientemente ha surgido un debate en torno a la existencia de ciertas circunstancias en las cuales los programas de salud no deben requerir que las y los proveedores realicen esas detecciones.

Argumentos a favor de la detección de rutina:

Las investigaciones que se realizaron en diversos ámbitos demostraron que cuando las y los proveedores de salud formulan preguntas directas sobre la violencia basada en género, muchas mujeres hablan de sus experiencias de abuso. Esto también demuestra que el suministro a las o los proveedores de una lista estándar por escrito de preguntas a las usuarias constituye una ayuda para la evaluación más eficaz y sistemática de las experiencias de violencia que hayan sufrido las mujeres. Quienes están a favor de las detecciones de rutina sostienen que esta práctica constituye una oportunidad importante para garantizar que las usuarias reciban atención adecuada y para ayudar a que las mujeres reciban los servicios que necesitan. Entre los argumentos específicos en favor de las detecciones de rutina figuran los siguientes:

Existen pruebas de que la violencia basada en género es un problema de salud pública de mucha envergadura. La violencia basada en género trae aparejada muchas consecuencias para la salud de las mujeres, tales como lesiones, desórdenes ginecológicos, ITS, complicaciones en los embarazos, abortos, bebés de bajo peso y altas tasas de enfermedad de inflamación pélvica.⁹¹ La violencia ejercida por una pareja íntima constituye también una de las causas principales de discapacidad y muerte entre las mujeres. Algunos estudios demuestran que la violencia puede ser un problema tan frecuente como otras condiciones que las y los proveedores someten a detecciones.⁹²

Es posible que la detección de rutina mejore el diagnóstico, tratamiento y asesoramiento relacionados con la salud sexual y reproductiva. La detección de rutina puede ayudar a que las y los proveedores comprendan las causas precedentes de muchas condiciones de salud y brinden de esa manera información esencial para un diagnóstico y un tratamiento

adecuado. Por ejemplo, es posible que la violencia sexual aumente los riesgos de que las mujeres sufran desórdenes ginecológicos o emocionales que, de otra manera, son difíciles de diagnosticar o tratar, tales como la depresión, el dolor pélvico crónico y las infecciones vaginales recurrentes.⁹³ Además, puede que no sea posible realizar una planificación familiar adecuada o brindar asesoramiento sobre ITS/VIH dado que las mujeres que viven una situación de violencia muchas veces no pueden hablar sobre el uso de anticonceptivos, particularmente condones.

Es posible que la detección de rutina ayude a las y los proveedores a detectar víctimas de violencia incluso antes de que la violencia se incremente. Se ha demostrado que la rápida detección del problema reduce el grado de morbilidad y mortalidad que la violencia trae aparejada.⁹⁴

Es posible que, a largo plazo, las detecciones de rutina reduzcan la necesidad de las mujeres de recurrir a los servicios de salud. Los estudios realizados en países tan diversos como Nicaragua, Estados Unidos y Zimbabue han demostrado que las mujeres víctimas de violencia física o sexual utilizan los servicios de salud más a menudo que otras mujeres.⁹⁵ Las víctimas de violencia tienden a un mayor promedio de visitas a las y los médicos y farmacéuticos, así como un mayor número de cirugías, internaciones en hospitales y consultas relacionadas con la salud mental. Es posible que, a largo plazo, la detección de rutina represente un ahorro de tiempo y recursos para los servicios de salud, ya que ayudan a que las y los proveedores comprendan las causas precedentes de los problemas de salud que sufren las víctimas de violencia y al ayudar a que las mujeres reciban los servicios para tratar esas causas precedentes.

Esperar a que la mujer exprese espontáneamente su situación de violencia no siempre da resultado. Algunas mujeres hablan espontáneamente con sus proveedores y proveedoras de salud acerca de su situación de violencia basada en género, pero en muchos casos, las mujeres esperan que se les pregunte. Otras temen hablar de este tema porque no saben cómo reaccionará la o el proveedor. Algunas mujeres se culpan a sí mismas o no consideran que se trata de un caso de abuso. Las y los proveedores que comienzan la entrevista sobre violencia con el mensaje de que todos tienen derecho a vivir sin violencia pueden hacer que la mujer se sienta cómoda, relate sus experiencias y solicite ayuda.

Es factible que muchos casos de violencia pasen desapercibidos si se espera a que presenten signos y síntomas. Aunque las señales y síntomas típicos pueden ayudar a las y los proveedores de salud en varias ocasiones, muchas víctimas de violencia no presentan indicios de haber sufrido violencia basada en género. La violencia puede afectar a mujeres de

todas las clases sociales y económicas, y es posible que las y los proveedores atiendan a las mismas usuarias por varios años sin darse cuenta de que han sido objeto de abuso físico o sexual.

Cuando se realiza de la manera correcta, la detección puede convertirse en una experiencia transformadora y terapéutica. Las entrevistas con sobrevivientes de violencia demuestran que cuando las y los proveedores de salud tienen habilidad y compasión al efectuar las detecciones, producen un efecto transformador y sanador en la mujer. Es posible hacer entender a la mujer que está corriendo riesgos y que tiene el derecho de vivir una vida sin violencia. En muchos casos, las detecciones pueden encaminar a las mujeres por la senda de la asistencia y la recuperación.

Generalmente, las y los proveedores de salud son los únicos profesionales que interactúan con la mayoría de las mujeres adultas. En muchos países en desarrollo, el sistema de salud es la única institución que interactúa con casi todas las mujeres en algún momento de sus vidas. Por ende, las y los proveedores de salud tienen la oportunidad única de identificar a las sobrevivientes y ayudar a las mujeres a que encuentren los servicios de referencia que necesitan.

Argumentos en pro de un enfoque cauteloso de la política de detección de rutina:

Por otro lado, algunos investigadores impulsaron a los programas de salud a que tomen conciencia de que la detección de rutina puede poner en riesgo a la mujer, particularmente en los ámbitos donde no se cuenta con servicios de referencia en la comunidad. Por ejemplo, García Moreno⁹⁶ y otros⁹⁷ enumeraron las siguientes razones que justifican un enfoque cauteloso de las detecciones de rutina:

No está claro si la detección para casos de violencia basada en género cumple con las normas tradicionales de confiabilidad y eficacia. Tradicionalmente, la comunidad médica sostuvo que era necesaria la presencia de dos requisitos previos para que las y los proveedores de salud realicen una detección en busca de una condición o enfermedad: a) deben tener la capacidad de identificar una condición con especificidad y sensibilidad; y b) deben estar capacitados para brindar un tratamiento o respuesta eficaz en la que se equilibren los riesgos y beneficios. García Moreno señala que no se sabe si esas condiciones existen en el caso de la violencia basada en género.

Muchos centros de salud carecen de recursos para proteger la privacidad y la confidencialidad de las mujeres. En muchos ámbitos de pocos recursos, las clínicas no poseen garantías adecuadas para proteger la seguridad de las mujeres cuando y después de que éstas revelan haber sufrido violencia. Si el agresor descubre que la mujer le ha contado su experiencia al proveedor, ella puede estar en peligro de sufrir otros daños o incluso la muerte.

Muchas y muchos proveedores tienen actitudes negativas hacia las víctimas de abuso físico y sexual. Muchos proveedores comparten la creencia de gran parte de la sociedad de que la violencia contra la mujer es justificable o es culpa de ella misma cuando es cometida por su pareja o sus familiares. Las y los proveedores que realizan detecciones y luego brindan respuestas a una revelación de violencia, sin ser sensibles y respetuosos con la misma, pueden causar mucho daño.

Muchos o la mayoría de los países en desarrollo no cuentan con servicios de referencia. Por lo tanto, en muchos ámbitos es imposible que la o el proveedor refiera a las mujeres a otros servicios una vez que han sido identificadas como víctimas de violencia.

Aún no está en claro en lo que se considera una respuesta eficaz cuando una mujer afirma que ha sufrido violencia. Ayudar a las víctimas de violencia es en muchas ocasiones un proceso difícil, complejo y largo, especialmente cuando se trata de violencia recurrente en el hogar. Existen pocas evidencias sobre los beneficios que trae aparejado la detección a largo plazo, incluso sobre la forma en que se pueden medir esos beneficios. La planeación de una respuesta eficaz cuando una mujer declara que ha sido víctima de violencia es particularmente importante en aquellos países en desarrollo que no cuentan con servicios de referencia y en los que la pobreza impone graves restricciones a las oportunidades de las mujeres. Muchos sostienen que hablar de una situación de violencia con el trabajador de la salud puede ser una experiencia terapéutica en sí misma, mientras que otros ponen en tela de juicio la idea de que dicha declaración es siempre beneficiosa.⁹⁸

Es posible que el enfoque de la violencia basada en género genere un sinnúmero de posibles riesgos y consecuencias involuntarias. Por ejemplo, la o el proveedor que realiza una detección a la mujer sin poder ofrecerle apoyo, servicios o referencias, podría causar desesperanza en la usuaria. En general, no se sabe demasiado sobre los riesgos y las consecuencias involuntarias de la detección de la violencia basada en género en ámbitos de pocos recursos, lo que dificulta la labor de sopesar los beneficios y los riesgos del mismo.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Dado que los argumentos de ambas partes son sensatos, las políticas de detección de rutina se deben aplicar con cautela. IPPF/RHO halló razones para concordar con ambas posturas en este debate. Por un lado, en las evaluaciones se evidenció que las detecciones de rutina ayudaron a transformar los servicios de salud en las clínicas participativas y beneficiaron a muchas mujeres que habían sido víctimas de violencia. Por otra parte, la aplicación de políticas de detección de rutina puso de relieve una serie de posibles riesgos que podrían haber causado problemas a las mujeres si las organizaciones no las hubiesen tratado a tiempo. El principio rector se basa en garantizar que cuando un programa de salud realiza detecciones de rutina, debe prestar especial atención a las medidas de protección de la seguridad y el bienestar de las mujeres.

Las herramientas que brinda este manual pueden ayudar a reducir los riesgos que presenta la detección de rutina. Para enfocar a los riesgos que presentan las detecciones de rutina, en este capítulo se expondrán algunas de las lecciones aprendidas en relación con el momento y la manera en que se pueden aplicar las detecciones de rutina de forma tal que protejan la seguridad de las mujeres e incrementen las oportunidades de mejorar su nivel de vida. En esta sección se ofrece una serie de recomendaciones acerca de cómo decidir el momento en que una clínica se encuentra preparada para poner en práctica una política de detección de rutina y cómo elaborar protocolos de detecciones, preguntas para esas detecciones, redes de referencias, sistemas de información y estrategias de evaluación.

Es necesario que las investigaciones enfoquen a los vacíos existentes con respecto a las detecciones de rutina. Después de presentar los argumentos en favor de un enfoque cauteloso de la detección, García Moreno llegó a la conclusión de que “es necesaria una mayor claridad en cuanto a quiénes son las personas que deben formular las preguntas, a quiénes se las deben formular y en qué ámbitos, y qué capacitación se requiere”.

En la práctica

Cuáles son los posibles beneficios de la detección

Uno de los argumentos en favor de las detecciones de rutina se basa en que muchas de las mujeres que viven situaciones de violencia no las reconocen como “abusivas” o “violentas”. Es posible que consideren que se trata de situaciones “normales” de las mujeres o el resultado de sus propios errores y deficiencias. Cuando la mujer no reconoce que puede y merece cambiar su situación, muy pocas veces busca ayuda de manera espontánea.

La IPPF/RHO notó que cuando se efectúan de manera correcta, las detecciones de rutina constituyen una herramienta poderosa para que la mujer tome conciencia de que merece una vida sin violencia. En las entrevistas de mitad de período y de seguimiento, las y los proveedores de salud y las usuarias argumentaron que la detección tenía la facultad de transformar el punto de vista de la mujer al enfocar la violencia como un tema de salud. En especial notaron que las y los proveedores pueden hacer que la mujer comprenda que la violencia representa, tanto para ella como para sus hijos, el peligro de sufrir lesiones o incluso de morir. Según lo expresaron muchas mujeres, la habilidad de las y los proveedores de cambiar el enfoque del abuso sexual y físico y transformarlo en una cuestión de salud es uno de los principales catalizadores para tomar la decisión de enfrentar su situación y buscar los medios para modificarla. Una mujer sobreviviente de la violencia ejercida por su pareja íntima en la República Dominicana describió su experiencia de la siguiente forma:

Me estaba muriendo sin siquiera darme yo cuenta. Cuando la doctora me dijo que muchos de mis problemas de salud eran por lo que estaba pasando en mi casa, recién tomé conciencia de todo lo que me estaba pasando, fue como si una tela cayera de mis ojos, y empecé a pensar que yo no me merecía esa vida, y siempre hay salidas, es difícil pero hay.

Es factible que algunas mujeres no sepan que la violencia ejercida por su pareja tiende a actuar en forma cíclica y generalmente se incrementa con el tiempo. Es posible que piensen que pueden manejar la violencia si modifican su comportamiento, o que su pareja puede cambiar. Hablar con las mujeres sobre la violencia y compartir con ellas información sobre la dinámica de la violencia puede alentar a que tomen decisiones más conscientes sobre el momento y la forma de buscar ayuda.

b. Cuándo implementar una política de detección de rutina

Las organizaciones involucradas en la iniciativa de la IPPF/RHO pusieron en práctica la detección de rutina en condiciones relativamente ideales. Con el generoso aporte de la Comisión Europea y la Fundación Bill y Melinda Gates, las asociaciones miembro tuvieron la posibilidad de mejorar la infraestructura de su clínica, revisar sus políticas y protocolos, contratar consultores experimentados para capacitar al personal, compartir ideas y experiencias y llevar a cabo una extensa tarea de supervisión y evaluación. Ese elevado nivel de recursos resultó esencial para garantizar que la detección de rutina se aplicara de manera tal que redujera los riesgos y protegiera la seguridad y el bienestar de las mujeres.

Aunque resta mucho por aprender acerca de los beneficios y riesgos de las detecciones de rutina en distintos ámbitos, la experiencia de PROFAMILIA, INPPARES y PLAFAM sugiere que la detección de rutina puede beneficiar a las mujeres sin presentar un riesgo innecesario para su seguridad, siempre y cuando los programas se comprometan a establecer las garantías adecuadas. El principio clave para considerar si el programa de salud se encuentra preparado para poner en práctica una detección de rutina es el clásico principio de la medicina: **no dañar**.

"Haga un hábito de dos cosas:
ayudar pero, por lo menos, **no hacer daño**."

HIPÓCRATES, *De las Epidemias*

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La clínica no está preparada para la detección de rutina hasta que pueda garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad de las usuarias.

RIESGOS QUE DEBEN SER EVITADOS: Es posible que la mujer que es objeto de violencia se exponga a un riesgo aún mayor si su pareja abusiva se entera de que ha hablado del tema con una o un proveedor de salud o funcionario encargado de hacer cumplir la ley.

Por esa razón, los programas de salud no deben poner en práctica las detecciones de rutina hasta no disponer de medios adecuados para garantizar la seguridad, privacidad y confidencialidad de las usuarias; como por ejemplo, salas de consulta en las que no es posible escuchar o ver a la mujer desde afuera, sitios seguros para guardar los registros, políticas que establezcan quiénes tienen acceso a los registros y en qué circunstancias están facultados las y los proveedores para divulgar información sobre las usuarias, y personal capacitado que comprenda los riesgos que corren las mujeres en el ciclo de violencia ejercida por sus parejas íntimas.

La clínica no está preparada para la detección de rutina hasta tanto pueda garantizar que sus proveedores cuentan con las actitudes y aptitudes adecuadas.

RIESGOS QUE DEBEN SER EVITADOS: Los conceptos erróneos y las actitudes de las o los proveedores que culpan a las víctimas en lugar del agresor pueden provocar daños emocionales aún mayores a las mujeres que han experimentado situaciones de violencia.

La reacción de la o el proveedor ante la declaración de haber sido víctima de violencia puede tener un efecto positivo o negativo muy importante en la sobreviviente. Una reacción sensata y comprensiva por parte de la o el trabajador de la salud puede ser el punto de cambio que ayude a que la mujer encuentre una salida a su situación o inicie su proceso de recuperación. Por el contrario, al culpar o juzgar a la mujer se puede producir un efecto emocional devastador. Aunque reciban capacitación intensiva por un largo periodo, las actitudes de algunos trabajadores de la salud no se modificarán. Al solicitar o alentar a estos proveedores deficientes a que realicen detecciones, es probable que sólo se logre infligir un daño aún mayor. Los programas de salud deben evaluar qué integrantes del personal están realmente preparados para realizar detecciones de rutina. (En el peor de los casos, el programa de salud puede decidir el despido de las o los integrantes de su personal que muestran actitudes negativas).

Los programas de salud pueden utilizar diversas estrategias, tanto formales como informales, para evaluar las actitudes y los conceptos de las y los proveedores. Por ejemplo, además de realizar una encuesta de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las y los proveedores, las asociaciones miembro de la IPPF/RHO hicieron que éstos realizaran un juego de roles, a fin de garantizar que podían manejar la situación de forma adecuada, por lo menos en el ámbito del juego.

La clínica no está preparada para la detección de rutina hasta tanto pueda garantizar que las y los proveedores tienen algo para ofrecerle a las mujeres.

RIESGOS QUE DEBEN SER EVITADOS: Es factible que las y los proveedores no tengan ningún servicio que ofrecerle a las mujeres cuando carecen de servicios de referencia adecuados en la clínica o en la comunidad.

La desafortunada realidad evidencia que en muchos países en desarrollo, e incluso en sus ciudades capitales, no se dispone de servicios de referencia para las víctimas de violencia. Como mínimo, un servicio “adecuado” debe ser geográficamente accesible, relativamente económico y de buena calidad (es decir que no victimizará a las mujeres). En muchos países en desarrollo, e incluso en sus ciudades capitales, se carece de hogares, servicios sociales, servicios jurídicos y organismos encargados de hacer cumplir la ley que sean adecuados. La situación en las zonas rurales suele ser aún peor que los centros urbanos. Algunos sostienen que incluso en los Estados Unidos, algunas comunidades rurales o ciudades del interior carecen de servicios de referencia adecuados que justifiquen la detección de violencia en ámbitos de la salud. Esto amerita la siguiente pregunta: **¿Es ético hacer una detección de la violencia basada en género en una comunidad en la que no existen servicios de referencia?**

Algunos dicen que **no**. Esas personas sostienen que si no existen servicios de referencia, o los que existen están muy distantes, o son muy caros, o son de poca calidad, no es razonable o ético solicitar a las y los profesionales médicos que hagan una detección de violencia.

Aunque esta es una inquietud razonable, los argumentos contrarios sostienen que hay varias formas de ayudar a las mujeres ante la ausencia de recursos en la comunidad. Algunos manifiestan que con solo formular preguntas referidas a la violencia dentro de un ámbito de salud se puede lograr un efecto terapéutico en las mujeres, siempre y cuando esto se realice de forma correcta. Otros puntualizan que el conocimiento previo de las experiencias de las usuarias puede ayudar al profesional a brindar mejor atención por medio de un diagnóstico más preciso y una planificación familiar y consejería de ITS/VIH más eficiente. Finalmente, incluso ante la ausencia de servicios comunitarios, los programas de salud pueden evaluar la posibilidad de brindar ciertos servicios

internos de bajo costo, como por ejemplo los grupos de apoyo (ver Capítulo V). Sin embargo, es evidente que:

Cuando no existen servicios de referencia en la comunidad, los programas de salud poseen la gran responsabilidad de garantizar que la detección beneficia a la mujer. Por ejemplo, es posible sostener que cuando no existen servicios de referencia adecuados:

- Los programas de salud poseen la responsabilidad de garantizar que todos las y los proveedores que realizan la detección pueden manejar la declaración de haber sido víctima de violencia de forma sensata y comprensiva. Además, deben garantizar que algún miembro del personal puede brindar el servicio básico de planeación de seguridad, intervención en crisis e información sobre temas legales (por ejemplo, separación y divorcio).
- Los programas de salud poseen la responsabilidad de evaluar y supervisar la calidad de los servicios ofrecidos por los organismos a los que las y los proveedores pueden referir usuarias —incluidos los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Las y los proveedores no deben referir a las usuarias a organizaciones que pueden infligirle un daño aún mayor.
- Es necesario que los programas de salud consideren la posibilidad de establecer ciertos servicios en sus propias organizaciones, por ejemplo, grupos de apoyo para sobrevivientes. (Para mayor información sobre servicios especializados, véase el Capítulo V.)

Es posible que las y los administradores quieran utilizar su Lista de Verificación administrativa (ver Capítulo III, Sección a) para determinar si su programa está preparado para poner en práctica la detección de rutina. La Lista de Verificación administrativa descrita previamente en este manual fue diseñada específicamente para ayudar a las y los administradores a que verifiquen los tipos de recursos que necesitan antes de que sus servicios estén preparados para enfocar las necesidades de las mujeres víctimas de la violencia basada en género. También se la puede utilizar para evaluar si la organización está preparada para poner en práctica una política de detección de rutina.

EN RESUMEN: ASEGURARSE DE QUE SU ORGANIZACIÓN CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA PROTEGER LA SEGURIDAD DE LAS MUJERES QUE DECLARAN HABER SUFRIDO VIOLENCIA Y PARA OFRECERLES ALGÚN TIPO DE BENEFICIO. EN CASO CONTRARIO, NO SE DEBERÍA APLICAR UNA POLÍTICA DE DETECCIÓN DE RUTINA

c. Cómo implementar una política de detección de rutina

Una vez que el programa haya decidido que dispone (o que dispondrá) de los recursos adecuados, la puesta en práctica de una política de detecciones de rutina requiere una serie de pasos que se explicarán a continuación. El siguiente listado constituye sólo un resumen de estos pasos, cada uno de los cuales será analizado más extensamente a lo largo de esta sección.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La IPPF/RHO notó la importancia de los siguientes pasos en el proceso de desarrollar y poner en práctica una política de detecciones de rutina:

Evaluar y mejorar los recursos físicos y humanos de la clínica.

Antes de aplicar una política de detecciones de rutina, se deben evaluar y perfeccionar los aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad, la capacidad del proveedor de brindar respuestas comprensivas sin juzgar a la víctima de la violencia, la capacidad de la clínica de ofrecer algún tipo de asistencia a las mujeres, particularmente en momentos de crisis, ya sea por medio de servicios internos o de referencias.

Identificar las definiciones operacionales de la violencia.

Identificar con exactitud los tipos de violencia basada en género que enfocará el programa de salud y formular definiciones de trabajo para cada categoría de violencia, basándose en la situación local. Una vez elaboradas las definiciones de violencia “operacionales” o “de trabajo”, se evita la confusión y se facilita la elaboración de las preguntas para la detección y de las políticas y protocolos de la clínica.

Formular preguntas para la detección. Formular y adaptar las preguntas que se correspondan con las definiciones operacionales de violencia para que tengan sentido en el idioma local. Elegir términos específicos, comprensibles y literales (en lugar de términos con carga emotiva) y tener en cuenta la perspectiva de las mujeres que hacen uso de los servicios de salud. Es posible que también se desee seleccionar las preguntas de seguimiento que formulará la o el proveedor cuando la mujer responda de manera afirmativa; como por ejemplo quién fue el agresor, cuándo ocurrió el incidente y si la mujer siente que todavía corre peligro.

Desarrollar un sistema de recopilación de información. Decidir la forma en que la o el proveedor registrará las respuestas a las preguntas de la detección. ¿Se dejará un espacio en el formulario de la historia clínica? ¿Se confeccionará un registro especial o formularios especializados adicionales? ¿El sistema será manual, computarizado o combinado?

Desarrollar un protocolo escrito de detección. Decidir quién realizará la detección de rutina, así como el lugar, el momento y la forma que se llevará a cabo. El protocolo puede contemplar los siguientes temas: la confección de los registros clínicos, la formulación de preguntas de la detección, las referencias, la atención de las mujeres en crisis y otros aspectos pertinentes. Es importante involucrar a las y los proveedores en el proceso de desarrollo del protocolo, ya que es posible que la detección de rutina requiera de ciertos cambios debido al flujo de pacientes o los procedimientos clínicos, y las y los proveedores son quienes se encuentran en la mejor posición para juzgar si el protocolo será viable y eficaz.

Garantizar que las y los proveedores estén preparados para efectuar las detecciones, referir pacientes y brindar atención a las mujeres que han sido objeto de violencia. Los programas de salud no deben poner en práctica políticas de detecciones de rutina hasta tanto hayan evaluado las actitudes y prácticas de las y los proveedores. Por ejemplo, una de las opciones para evaluar la preparación de las y los proveedores consiste en observar un juego de roles en el que los integrantes del personal personifican el papel de las mujeres.

Dar respuesta a las inquietudes de las y los proveedores y capacitar al personal en la aplicación del protocolo de las detecciones. Además de capacitar al personal en el cumplimiento del protocolo, es necesario que en los programas de salud se debatan las inquietudes de las y los proveedores y se haga todo lo posible para apoyar al personal mientras que se lleve a cabo esa tarea.

Brindar apoyo a las y los proveedores de salud que realizan la detección de rutina a las usuarias. Las y los proveedores que realizan las detecciones de rutina a mujeres víctimas de violencia suelen sentirse frustrados, cansados y suelen experimentar otras emociones negativas, salvo que el programa de salud organice sesiones de apoyo permanente, como por ejemplo, oportunidades para debatir casos difíciles o actividades que se concentran en el apoyo emocional.

Supervisar y evaluar la detección de rutina. Finalmente, los programas de salud deben supervisar y evaluar las detecciones de rutina en forma continua. Esto incluye la obtención de información sobre: a) las perspectivas de las y los proveedores sobre los resultados de los protocolos de las detecciones de rutina y las necesidades de cambios; b) las estadísticas del servicio acerca de los niveles e índices de detección y las cifras relacionadas con las referencias; c) las perspectivas de las mujeres sobre la calidad de la atención, la admisibilidad y los beneficios de la detección.

d. Elaboración de definiciones operacionales

Antes de decidir qué tipo de preguntas formular para la detección, es importante reconocer las clases de violencia que las y los proveedores de salud identificarán durante el mismo y las categorías y términos que se utilizarán para definir esos

tipos de violencia. Una vez elaboradas las definiciones de violencia “operacionales” o “de trabajo”, se evita la confusión y se facilita el desarrollo de las preguntas para la detección y de las políticas y protocolos de la clínica.

En la práctica

Definiciones de trabajo de la IPPF/RHO sobre la violencia basada en género contra las adolescentes y mujeres adultas

Las tres asociaciones involucradas en la iniciativa regional de la IPPF/RHO elaboraron definiciones de trabajo que reflejaban los tipos de violencia más frecuentes entre las usuarias. Según lo mencionado anteriormente, dado que la gran mayoría de las usuarias eran adolescentes y mujeres adultas, no se elaboró ninguna definición relacionada con la violencia contra las niñas.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR *

DEFINICIÓN: El abuso físico, psicológico y/o económico de una mujer por parte de su pareja o ex-pareja(s) u otra(s) personas dentro del hogar o familia. Puede incluir:

- *Violencia física:* golpes, mutilaciones, quemaduras, el uso de armas, encierro domiciliario, etc.
- *Violencia emocional/psicológica:* se manifiesta de maneras muy diversas, como la humillación, la explotación, la intimidación, la degradación psicológica, las agresiones verbales, la privación de la libertad o de derechos, etc.
- *Violencia económica:* chantaje económico, sustracción del dinero ganado por la mujer, control absoluto de los ingresos del hogar por parte de la pareja, etc.

Entre los agresores o agresoras pueden figurar: la pareja actual, la ex pareja, el padre, otro pariente u otra persona en el hogar

ABUSO SEXUAL/VIOLACIÓN

DEFINICIÓN: El abuso sexual es un concepto amplio que incluye toda forma de coerción sexual (emocional, física, económica) contra las mujeres (adolescentes o adultas) que puede o no incluir la violación (por ejemplo: la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales, tales como el manoseo, la exposición a la pornografía, etc. se consideran como abuso sexual). La violación es el uso de la coerción emocional, física, o la amenaza de utilizarla, para penetrar a una mujer (adolescente o adulta) en forma vaginal, oral o anal contra su voluntad.

Entre los agresores(as) pueden figurar: la pareja actual, la ex pareja, el padre, otro pariente u otra persona en el hogar, educadores o maestros, jefes, compañeros de trabajo o estudios, otros conocidos o desconocidos.

HISTORIA DE ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ

DEFINICIÓN: Abuso sexual en la niñez es la utilización de una persona menor de 12 años o menos para la satisfacción sexual. El abuso sexual en la niñez puede incluir contacto físico, masturbación, relaciones sexuales (incluso penetración) y/o contacto anal u oral. Pero también puede incluir el exhibicionismo, el voyeurismo, la pornografía y/o la prostitución infantil. La historia de abuso sexual en la niñez significa que la mujer adolescente o adulta ha tenido esta experiencia en el pasado.

Entre los agresores o agresoras pueden figurar: el padre, otro pariente, otra persona en el hogar, educadores o maestros, jefes, compañeros de trabajo o estudios, otros conocidos o desconocidos.

*La violencia sexual muchas veces acompaña la violencia física, pero para facilitar la clasificación de la información, las asociaciones miembros de IPPF/RHO agruparon todos los tipos de violencia sexual en una categoría, independientemente de quién es responsable del abuso.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

A los efectos de elaborar definiciones estándar y operacionales, quizá resulte útil considerar los pasos enumeradas a continuación.

PASO 1: Empezar con la definición de las Naciones Unidas.

En el año 1993, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la primera definición internacional sobre la violencia contra las mujeres. En esa declaración se estableció que la violencia contra las mujeres incluía:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.⁹⁹

La declaración de las Naciones Unidas menciona tipos específicos de violencia contra las mujeres y sostiene que la violencia basada en género comprende, a mero título enunciativo:

La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

PASO 2: Identificación de los tipos de violencia que enfocará la organización.

Los programas de salud pueden considerar lo siguiente, a saber:

¿Qué tipos de violencia basada en género son más frecuentes en la comunidad? Por ejemplo, los patrones y la frecuencia de la violencia basada en género varían según el contexto sociocultural. En las Américas, no suele haber casos de mutilación genital femenina ni violencia relacionada con la dote, pero esos casos son muy comunes en otros ámbitos. Por el contrario, las asociaciones miembros de la IPPF/RHO

consideraron que la “violencia económica” (es decir, el ocultamiento deliberado y caprichoso del dinero de forma tal que la mujer no pueda alimentarse a sí misma ni a sus hijos) es muy usual en América Latina y el Caribe.

¿Qué tipos de violencia basada en género son más frecuentes entre la población de usuarias? Por ejemplo, los tipos de violencia más relevantes para las usuarias de un programa de salud variarán si el programa de salud se enfoca en los niños en lugar de los adultos o en poblaciones estables en lugar de refugiados. Las asociaciones miembros de la IPPF prestan servicios principalmente a las mujeres adolescentes y adultas, no así a las niñas. Es por eso que esas asociaciones eligieron enfocar la historia de abuso sexual en la niñez en lugar del abuso continuo de niñas.

¿Qué tipos de violencia basada en género tienen sentido de acuerdo a los servicios que ofrece la organización? Por ejemplo, es posible que las salas de emergencia estén bien equipadas para detectar ciertos tipos de violencia física y sexual, pero que no se considere posible preguntar a las usuarias sobre posible abuso sexual en la niñez. Por el contrario, como proveedoras de servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes y mujeres adultas, las asociaciones de la IPPF consideraron que la **historia** de abuso sexual en la niñez era particularmente importante para su trabajo.

PASO 3: Acuerdo sobre las categorías específicas y las palabras utilizadas para describir los tipos de violencia.

El próximo paso consiste en acordar las categorías específicas y las palabras utilizadas para describir los tipos de violencia que tratará la organización. Esto resulta más complejo de lo que podría parecer. Dentro del marco de la definición de las Naciones Unidas sobre la violencia basada en género, las y los investigadores y administradores de programas han definido y subcategorizado a la violencia de varias maneras. Por ejemplo, se puede caracterizar a la violencia como:

- **El tipo de daño infligido:** como la violencia física, sexual, psicológica, emocional o económica.
- **Las características de la víctima:** por ejemplo, distinciones entre acoso de niñas y acoso sexual de adolescentes y mujeres adultas.
- **El tipo de perpetrador:** por ejemplo, la “violencia provocada por la pareja íntima” agrupa a todas las formas de violencia perpetradas por parejas y esposos, mientras que la “violencia familiar” incluye a los miembros de la familia y a las parejas.

Los programas de salud pueden elegir categorías que se relacionen con el ámbito cultural o institucional. Por ejemplo,

en el caso de la IPPF/RHO, las organizaciones decidieron englobar a las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio con otros tipos de violencia sexual (infligidas por cualquier perpetrador), mientras que agruparon en una categoría separada a la violencia física y psicológica intrafamiliar. Es posible que esta decisión funcione o no en el marco de otras organizaciones. Existe la posibilidad de que los programas de salud deseen tener en cuenta los aspectos legales al momento de elaborar definiciones operacionales de violencia. Por ejemplo, las definiciones jurídicas de abuso sexual en la niñez y estupro difieren de país a país. Sería útil que las definiciones operacionales se correspondieran con las obligaciones jurídicas a las que pueden enfrentarse las y los trabajadores de salud en su práctica diaria. Por ejemplo, en la iniciativa de la IPPF/RHO, las organizaciones tuvieron que identificar el límite entre el abuso sexual en la niñez y el abuso sexual de una adolescente para facilitar la elaboración de políticas acerca de la forma en que las y los proveedores deben manejar dichos casos en la clínica.

e. Elaboración de preguntas para realizar la detección

Algunas organizaciones de salud impulsan a su personal para entrevistar a las mujeres sobre la violencia, pero no proporcionan preguntas estándar. Otras organizaciones preparan un borrador con una o varias preguntas que las y los proveedores de salud pueden emplear con cada usuaria. Tanto la experiencia de la IPPF/RHO como la de otras investigaciones realizadas sugieren que las preguntas escritas para realizar la detección son componentes importantes para el éxito de la política de detección de rutina.^{100, 101} Al principio, muchos proveedores y proveedoras de salud se sienten incómodos al plantear el tema de la violencia basada en género con sus usuarias, generalmente por su falta de experiencia o por el temor a la reacción de la mujer entrevistada. Tener preguntas escritas para la detección puede facilitar a las y los proveedores la fase inicial del proceso de detección.

Ventajas de preguntas escritas:

Facilitan la rutina de la detección y aumentan su eficacia. Las preguntas escritas para la detección facilitan a las y los proveedores la tarea de interrogar a las mujeres sobre la violencia, ya que no tienen que analizar cómo elaborarán las preguntas dirigidas a cada usuaria en particular.

Permiten que proveedores de salud hagan comprender a las mujeres que sus casos no son únicos. Por medio de las preguntas por escrito las y los proveedores de salud pueden demostrar a las mujeres que sus casos no son únicos y que la política de la clínica consiste en formular las mismas preguntas a todas las usuarias.

Permiten que los programas de salud recopilen información sistemática sobre diversos tipos de violencia. Las preguntas

En la práctica

Introducción de las preguntas escritas para realizar la detección en PLAFAM, Venezuela

Antes de que comenzara esta iniciativa regional, PLAFAM había puesto en práctica una política de detección que requería que las y los orientadores de planificación familiar indagaran a las mujeres sobre la violencia sin disponer de preguntas escritas para realizar la detección. Cuando PLAFAM cambió su política en 1999, la asociación llevó a cabo una evaluación para comparar las perspectivas tanto de las y los proveedores de salud como de las usuarias antes y después de introducir las preguntas por escrito.

Antes de utilizar preguntas por escrito para realizar la detección, la tarea de formular preguntas sobre la violencia basada en género para cada usuaria constituía un desafío para las y los proveedores de salud. Como consecuencia, esos proveedores se tomaban frecuentes “descansos” y no consultaban a todas las usuarias. La nueva herramienta de detección calmó la ansiedad que generaba en las y los profesionales cuando debían formular ellos mismos las preguntas, y se cree que debido a ello aumentó el número de mujeres examinadas. A partir del empleo de las preguntas por escrito, los índices de detección de casos de violencia aumentaron de un promedio de un 7% de usuarias por mes a más del 30%.

Las y los proveedores de salud se mostraron muy entusiasmados con la posibilidad de explicar a las usuarias que “a todas las pacientes se les formulan las mismas preguntas, es política de la clínica”. Tal como lo relata una orientadora de PLAFAM: “El proveedor se siente tranquilo ya que puede recurrir a preguntas específicas... La usuaria se siente tranquila pues sabe que esas preguntas son sistemáticas... Esto da credibilidad a las preguntas y confianza a la mujer que debe responderlas”.

Antes de la introducción de esta herramienta de detección por escrito, las y los orientadores de planificación familiar de PLAFAM hacían una sola pregunta general sobre violencia. Casi todas las víctimas de la violencia basada en género identificadas por este modo habían experimentado alguna agresión física. “Eso era quizás lo que la usuaria entendía por violencia”, comentó Susana Medina, la coordinadora del programa de violencia basada en género, “y respondía en consecuencia”. Por el contrario, las preguntas escritas para realizar la detección proporcionaron a las orientadoras una herramienta eficaz para preguntar acerca de los diversos tipos de violencia, incluso la violencia psicológica y la historia de abuso sexual en la niñez.

estándar permiten a los programas de salud recopilar información comparable sobre tipos de violencia cuidadosamente definidos. Dicha información puede ser útil para entender las necesidades de la población usuaria de un programa de salud y para calcular posibles demandas de servicios especializados. Además, esa información se puede emplear para sensibilizar a la comunidad sobre la prevalencia de diversos tipos de violencia.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

PAUTAS PARA ADAPTAR LAS PREGUNTAS DE DETECCIÓN AL ÁMBITO LOCAL

La siguiente guía incluye algunos pasos que se pueden utilizar para adaptar preguntas al ámbito cultural, político y clínico de la organización.

PASO 1: Buscar ejemplos de preguntas para realizar la detección que correspondan a las definiciones de trabajo.

Se han utilizado muchos cuestionarios diferentes para entrevistar mujeres sobre sus experiencias de violencia basada en género en diferentes ámbitos e idiomas, gran número de los cuales pueden encontrarse en el Internet y en artículos publicados. Muchas de esas preguntas se han formulado en inglés y han sido probadas sólo en Estados Unidos y Gran Bretaña, aunque un gran número de programas de salud ha puesto a prueba las preguntas para realizar la detección en otros ámbitos. Dependiendo del lugar donde se desarrolle el programa de salud, se pueden o no encontrar preguntas para realizar la detección que ya hayan sido probadas en el idioma y ámbito cultural de la organización.

No obstante, si se encuentran ejemplos de preguntas para realizar la detección que hayan sido usadas por otras organizaciones, se puede evitar que los programas de salud tengan que “reinventar” la rueda, aún cuando las preguntas deban ser modificadas para que satisfagan las necesidades locales. Las y los participantes de la iniciativa regional de la IPPF/RHO recopilaron ejemplos de preguntas para realizar la detección de distintos países, en inglés y en español. Intentaron encontrar varias preguntas modelo para cada uno de los tipos de violencia identificados en sus definiciones operacionales, para poder evaluar así las ventajas y desventajas de las mismas.

PASO 2: Garantizar que la redacción de las preguntas satisfaga el ámbito clínico y cultural.

El siguiente paso consiste en evaluar si es posible adaptar esas preguntas al ámbito lingüístico y cultural de la organización y cómo hacerlo. Algunos principios fundamentales pueden

resultar útiles al momento de elaborar las preguntas estándar sobre la violencia basada en género, a saber:

Elegir palabras adecuadas al país, la ciudad y las usuarias.

Recuerde que el significado y las connotaciones de ciertas palabras pueden variar entre distintos ámbitos. Las pequeñas diferencias de significado entre un lugar y otro podrían causar un fuerte efecto en la recepción de la pregunta, sobre lo que también incide si la pregunta se formula o no de manera sensata, comprensible y adecuada.

Evitar términos con carga emotiva como “violencia” y “abuso”.

Palabras como “violencia” o “abuso” son conceptos abstractos y las mujeres de la comunidad podrían darles un significado diferente del que le da el personal que trabaja en el programa de salud (o las Naciones Unidas). Por ejemplo, en comunidades donde se considera normal y hasta aceptable que los maridos golpeen a sus esposas o las obliguen a tener relaciones sexuales, las mujeres podrían no calificar esos comportamientos como violentos o abusivos. Y si se les preguntara si han sido “abusadas”, podrían contestar tranquilamente que “no”. Por otra parte, aun cuando la mayoría de las normas de la comunidad reconociera que cierto tipo de comportamiento se considere un abuso, las usuarias podrían no calificar sus experiencias personales en esos términos. Por ejemplo, en respuesta a una pregunta de la detección, una mujer contestó que su padre solía acostarse con ella y le besaba el cuerpo y el cuello. Dijo: “No sabía si eso estaba bien o mal, pero no me gustaba”. Puede ser que la mujer sólo comprenda que un episodio tan traumático como ese es en verdad un “abuso” sólo después de habérselo contado a alguien o de haber recibido algún tipo de consejería.

En lugar de términos con carga emotiva, las preguntas para realizar la detección deberían indagar sobre acciones específicas, tales como golpes, puntapiés, bofetadas, manoseos, etc. En otras palabras, es preciso utilizar las palabras objetiva y literalmente, formular preguntas directas y no dar lugar a malentendidos.

Tener en cuenta que la traducción es un arte y no una ciencia.

La traducción de preguntas de un idioma a otro debe hacerse con sumo cuidado. Es mejor buscar palabras que se adecuen al ámbito social, cultural y lingüístico que tratar de recrear la redacción usada en otro país. Por ejemplo: en español, la palabra “abuso” tiene por lo general una connotación sexual mientras que el término “abuse” en inglés se usa a menudo para referirse tanto a comportamientos sexuales como físicos.

Un grupo variado de personas (que hayan pasado por el proceso de sensibilización) debería decidir cómo formular las preguntas para realizar la detección. Es necesario involucrar al personal que asiste a las mujeres diariamente en la

formulación de las preguntas de las detecciones ya que ellas y ellos son quienes mejor saben qué preguntas comprenderán las usuarias. Más aún, en los ámbitos donde el personal médico y directivo ignore el dialecto local, será esencial reclutar personal que sí lo hable, aún cuando las preguntas para realizar la detección se escriban en el idioma oficial del país.

PASO 3: Probar las preguntas en el campo, con el personal y las usuarias, y efectuar las correcciones necesarias. Es primordial que los programas de salud sometan a pruebas de

campo a las preguntas para realizar la detección —primero con su personal y luego con las usuarias— para garantizar que las mismas sean fáciles de entender y que en verdad permitan detectar las experiencias que se quieren descubrir. Es especialmente importante hacer esa prueba con las preguntas que hayan sido traducidas de otro idioma. Una forma de validar las preguntas para realizar la detección consiste en organizar un grupo focal informal con las usuarias (no necesariamente de sobrevivientes de violencia), en tanto dentro de ese contexto grupal no se interrogue a las mujeres sobre sus experiencias personales.

En la práctica

Preguntas para realizar la detección desarrolladas por la iniciativa de la IPPF/RHO

La IPPF/RHO elaboró cuatro preguntas para realizar detecciones adaptadas a las necesidades de la iniciativa regional en ámbitos caribeños y latinoamericanos (específicamente en la República Dominicana, el Perú y Venezuela). Las preguntas tenían ventajas y desventajas, pero con el correr de los años, las asociaciones que participan en el proyecto descubrieron que funcionaban bastante bien para el propósito que buscaban. Si fueran a usarse en contextos lingüísticos y culturales diferentes, las preguntas para realizar la detección deben ser traducidas y adaptadas con sumo cuidado.

Introducción de las preguntas:

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, hemos empezado a hacer estas preguntas a todas las mujeres que vienen a _____ (nombre de la organización/clínica).

Violencia psicológica/emocional en la familia

1. ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones en privado o en público, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, aislar de amigos o miembros de la familia, etc.)*

Sí, → ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Violencia física

2. ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico? (Ejemplo: golpes, pateadas, quemaduras, etc.)*

Sí → ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Violencia sexual

3. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

Sí, → ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Abuso sexual en la niñez

4. ¿Recuerda haber sido tocada de una manera inadecuada por alguien cuando usted era niña?

Sí, → ¿Cuándo sucedió esto? _____
¿Quién lo hizo? _____

Seguridad

5. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?
6. ¿Siente miedo de que su pareja u otra persona le cause algún daño?

**Nota: Cada asociación decidió establecer la descripción de ejemplos de violencia física y psicológica, dependiendo de lo que se consideren prácticas comunes en su ámbito.*

f. Documentación de los resultados de la detección

El paso siguiente en el proceso de aplicación de las detecciones de rutina es decidir cómo han de documentarse y recopilarse las respuestas de las usuarias a las preguntas por escrito. Algunos programas de salud pueden verse tentados a no cambiar sus sistemas de recopilación de datos, permitiendo de este modo que las y los proveedores de salud registren respuestas afirmativas de manera poco sistemática. Pero lo cierto es que, sin un enfoque sistemático, las y los proveedores de salud podrían dudar acerca de qué información asentar, y es factible que los resultados sean poco fundados. Es posible que un método sistemático aliente a las y los proveedores de salud a examinar y documentar casos de violencia de manera consistente. Un enfoque sistemático también permite que los programas de salud supervisen los índices de detección (y, posiblemente, los niveles de detección). Finalmente, una política sistemática para documentar los resultados de las observaciones aumenta las posibilidades de incorporar esa información sobre la violencia en el registro médico de cada mujer y así mejorar la calidad de la atención que recibe.

La recopilación sistemática de datos puede contener la siguiente información:

- Si las preguntas de detección fueron hechas a la mujer
- Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas de detección
- Qué tipo de violencia ha sufrido
- Quién cometió el acto de violencia
- Cuándo ocurrió
- Si aún se siente en peligro.
- Si aceptó ser referida a otros servicios (y cuáles)
- Cualquier otro dato de su experiencia que sea relevante para su condición médica

Las clínicas involucradas en la iniciativa regional usaron varios métodos diferentes para recopilar datos en distintos momentos. Por ejemplo, PLAFAM utilizó un registro distinto la primera vez que se formularon las preguntas de la detección. Eventualmente, las tres organizaciones crearon un sello que utilizaron para marcar cada formulario de historia clínica, o en algunos casos, usaron hojas separadas. Luego, algunas de las clínicas reimprimieron los formularios de historias clínicas adjuntándoles las preguntas para realizar la detección, y otras crearon formularios independientes que podían incluirse directamente en la historia clínica.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Los cuatro métodos mencionados a continuación ofrecen ventajas y desventajas, y varían desde la máxima a la mínima integración. Cada programa de salud deberá decidir cuál método le funcionará mejor, pero podría ser útil revisar las virtudes y los defectos de cuatro modos diferentes de registrar las respuestas de la detección. Es importante destacar que para aquellos programas de salud cuyo objetivo consiste en incluir en su trabajo las cuestiones relacionadas con la violencia basada en género, el primer método representa el enfoque más integrado, y que las opciones se vuelven menos integradas a medida que se desciende en la lista. No todas las clínicas de la IPPF/RHO pudieron reimprimir los formularios de historia clínica durante la iniciativa, pero todas consideraron ese enfoque como la meta final.

Ventajas y desventajas de las cuatro formas de documentar los resultados de las detecciones

Método para anotar las respuestas	Ventajas, desventajas y otros comentarios
1. Reimprimir los formularios de historias clínicas para que incluyan esta información (sistema más integrado).	Este método integra por completo la información recopilada durante la detección a la historia clínica de la usuaria y alienta a las y los proveedores de salud a considerar la detección de la violencia basada en género como rutina habitual de la confección de la historia clínica. Por otro lado, cuando recién se empieza a emplear la detección de rutina, es posible que las y los directivos del programa de salud quieran esperar para constatar si necesitan revisar las preguntas antes de invertir dinero en reimprimir los formularios.
2. Estampar en cada formulario de historia clínica un sello que contenga una tabla donde las y los proveedores de salud puedan volcar información.	El sello es una buena forma de incorporar la información en los registros médicos sin que sea necesario reimprimir los formularios (siempre que haya espacio disponible). Éste es el método empleado en varias clínicas que participaron en la iniciativa regional de la IPPF/RHO (véanse ejemplos en En la práctica, a continuación).
3. Crear un formulario independiente que pueda ser adjuntado al registro médico de la mujer.	Esto permite al programa de salud recopilar más información que puede incluirse en el formulario de historia clínica de cada mujer. Sin embargo, funciona mejor si se los incluye en todos los registros de todas las posibles usuarias y no sólo en los de aquellas que hayan contestado de manera afirmativa a alguna pregunta de la detección. De otro modo, es casi imposible saber a quién se ha interrogado y a quién no.
4. Mantener un registro o una carpeta por separado, donde se documenten las respuestas de la detección (sistema menos integrado).	Este método ha sido empleado algunas clínicas de la IPPF/RHO. La desventaja es que conduce a la o el proveedor de salud a considerar que la violencia basada en género no es un componente integral de la salud de la mujer, ya que no se la incluye en los registros médicos de la usuaria. Por lo tanto, después de cierto tiempo, resulta no ser un buen método. Sin embargo, podría emplearse de manera provisoria si, por alguna razón, las y los administradores del programa no pueden dar garantías sobre la confidencialidad de los registros médicos que se archivan en el lugar.

En la práctica

Ejemplo de un sello para registrar respuestas de la detección

Fecha: La fecha en que se utilizó la herramienta de detección con la cliente.

Aceptó ayuda: Señala si la cliente aceptó ayuda.

Alguna Vez: Señala si la cliente ha experimentado algún tipo particular de violencia en algún momento de su vida.

Las cuatro categorías de violencia basado en género que se pueden especificar utilizando esta herramienta:

- PS: violencia psicológica
- FI: violencia física
- SX: abuso sexual
- AN: denota una historia de abuso sexual durante la niñez

Fecha: ____/____/____	Val Seg: _____	Ri: _____	
¿Aceptó ayuda? _____			
	Alguna Vez	Ultimos 12 meses	Pareja ✓ = sí
PS			
FI			
SX			
AN			

Val Seg: Indica si el proveedor ha evaluado el riesgo actual de la cliente.

Ri: Señala si la cliente responde negativamente a la siguiente pregunta: "¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?"

Pareja: Señala si el agresor de la violencia era la pareja de la cliente.

Ultimos 12 meses: Señala si la cliente ha experimentado algún tipo particular de violencia durante los últimos 12 meses. Esto es lo que IPPF/RHO define como experiencia actual de violencia.

g. Redacción de un protocolo para la detección de rutina

El paso siguiente que recomendamos es la redacción de un protocolo escrito para realizar la detección que servirá para aclarar cuándo y dónde se llevará a cabo cada fase del proceso de detección y quién estará a cargo de cada una de esas fases, de manera que todo el personal comprenda sus respectivas funciones. Los protocolos para la detección suelen variar de manera considerable de una clínica a otra, dependiendo del flujo de pacientes, el espacio físico, el tipo de sistema de información con que se cuente, y el personal disponible. Por lo tanto, es difícil crear un protocolo estándar que se pueda aplicar a todas las organizaciones.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

No asumir que el protocolo para realizar la detección va a ser necesariamente el mismo en todas las clínicas. Cada clínica podría necesitar desarrollar un nuevo protocolo para satisfacer mejor sus necesidades específicas, teniendo en cuenta las diferencias en el personal, el flujo de pacientes, los tipos de servicios que ofrece y los recursos de los que se dispone. Hay muchas maneras de realizar la detección y podría ser necesario adaptar el protocolo a cada sitio en particular.

Las y los administradores no deberían intentar desarrollar un protocolo para la detección solos. Sin la participación de las y los proveedores de salud, que conocen la realidad de brindar atención diaria, sería difícil desarrollar un protocolo eficaz y viable. Sería óptimo que un programa de salud encontrara la forma de dar participación a las y los proveedores de salud, a fin de que identifiquen qué cambios deberían hacerse y qué tipo de protocolo funcionaría en sus ámbitos particulares de trabajo.

Evaluar si es necesario ajustar procedimientos de la clínica, como por ejemplo el flujo de pacientes. En muchos casos, la clínica debe ajustar el flujo de pacientes, cambiar sistemas de información o revisar otras normas, procedimientos y políticas internas para garantizar cuando las y los proveedores pueden llevar a cabo las detecciones de rutina protegiendo la seguridad, privacidad y confidencialidad de las mujeres.

Tener en cuenta que el protocolo es un trabajo en constante desarrollo. Con el tiempo, las y los administradores deberán revisar el protocolo y realizar cambios, ya sea porque la política original no funciona tan bien como se esperaba, o porque se ha modificado la situación en la clínica. Es importante que las y los administradores de programas reciban con regularidad información sobre los resultados por parte de las y los provee-

dores, y que estén dispuestos a ajustar el protocolo cuando sea necesario.

Eventualmente sería factible evaluar con qué frecuencia se le pueden formular a las usuarias las preguntas de la detección.

Cuando se pone en práctica por primera vez la política de detección, eso no constituye un problema, pues se supone que las usuarias no han sido interrogadas previamente sobre el tema. Pero cuando dicha política ya ha estado en vigencia por algún tiempo, las y los administradores del programa de salud podrían necesitar decidir si desarrollarán una política específica para saber con qué frecuencia se debe interrogar a las mujeres (por ejemplo en cada visita, una vez por año, etc.).

En la práctica

Diferentes políticas de detección en PLAFAM, PROFAMILIA e INPPARES

PLAFAM (Venezuela) Las orientadoras de planificación familiar en PLAFAM comenzaron a interrogar a las nuevas usuarias acerca de la violencia basada en género en 1998 sin contar con preguntas escritas para realizar la detección. En 1999, esas orientadoras comenzaron a usar la herramienta de detección compuesta de cuatro preguntas que había desarrollado la iniciativa regional de IPPF/RHO. Según la política de cada clínica, las orientadoras interrogaron sistemáticamente a cada nueva usuaria atendida en la clínica central, el centros de salud en el barrio de Petare y las clínicas para jóvenes. Otros proveedores de salud, como las y los médicos y psicólogos, también fueron capacitados con el propósito de que pudieran formular preguntas a las mujeres sobre la violencia basada en género. Sin embargo, no utilizaron necesariamente el mismo método de detección que usaban las orientadoras. Recientemente, las preguntas para realizar la detección han sido integradas en el formulario de historia clínica que usan los médicos, un paso importante en la formalización del proceso de detección en la atención médica.

En **PROFAMILIA** (República Dominicana), la detección sistemática de casos comenzó en la clínica para jóvenes cuando ésta abrió sus puertas en 1999. En las dos clínicas más importantes de salud sexual y reproductiva de PROFAMILIA, llamadas Evangelina Rodríguez y Rosa Cisneros, todos las y los proveedores de salud reproductiva y sexual designados (incluidos las y los médicos, parteras y psicólogos), comenzaron la detección sistemática de usuarias en noviembre de 2000, aunque algunos proveedores individuales ya habían empleado ese método con anterioridad. La mayoría de las usuarias entrevistadas fueron usuarias nuevas, ya que aunque la detección fue incorporada al proceso de admisión de nuevas usuarias, sin embargo, PROFAMILIA comenzó a interrogar también a usuarias antiguas que regresaban. Además, las psicólogas de la unidad de apoyo emocional de PROFAMILIA hacía años que indagaban a sus usuarias acerca de la violencia basada en género.

INPPARES (Perú) introdujo la detección sistemática en seis clínicas de salud sexual y reproductiva en abril de 2000. La mayoría de las y los proveedores de salud que examinan sistemáticamente a las usuarias son médicos, parteras o psicólogas. Hasta julio de 2000, las y los proveedores sólo examinaban a usuarias nuevas, pero después de julio de ese año, INPPARES modificó su política y comenzó a trabajar con usuarias nuevas y antiguas.

PAUTAS PARA REDACTAR UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE RUTINA

La IPPF/RHO ha elaborado una guía de siete pasos para redactar un protocolo de detección de rutina. La guía describe lo que supone cada paso y las decisiones que un programa de salud necesita tomar, a saber:

- ¿Cómo se desarrollará cada paso? (Con frecuencia existen diversas formas igualmente eficaces, de enfocar cada paso establecido).
- ¿Qué categoría de personal y cuáles miembros específicos del personal serán responsables de llevar adelante ese paso?
- ¿Cuándo y dónde se desarrollará cada paso?
- ¿Qué tipo de usuarias serán examinadas, referidas y objeto de seguimiento?

PASO 1: PREPARACIÓN DE LOS LEGAJOS DE LAS USUARIAS

Objetivo: Garantizar que los legajos médicos de las usuarias contengan todos los papeles de trabajo necesarios para la detección y su posterior documentación.

¿Qué incluye este paso?: Este paso varía dependiendo de los formularios que se hayan elaborado para la detección. Por ejemplo:

- Si la clínica utiliza un sello para registrar las respuestas de la detección, alguien tendrá que ser responsable de sellar todos los formularios de historias clínicas de las usuarias correspondientes.
- Si la clínica utiliza un formulario independiente, alguien tendrá que encargarse de adjuntarlo al legajo de cada usuaria.
- Si las preguntas para realizar la detección se encuentran escritas en el formulario de historia clínica, o supone un registro separado que está en manos del examinador, entonces no habrá nada que hacer en esta fase.

¿Qué decisiones deberá tomar el programa de salud en este paso?:

- ¿Se utilizará un sello? ¿Se reimprimirán los formularios de historias clínicas? ¿Se usará una hoja independiente que luego se adjuntará al legajo? ¿Se creará un registro separado?
- ¿Qué integrantes del personal tendrán la responsabilidad de colocar el sello o adjuntar el formulario? ¿La recepcionista? ¿Una enfermera o enfermero? Etc.

- ¿Cuándo se supone que estas personas deben estampar el sello o adjuntar el formulario en los legajos? Por ejemplo, ¿deberían sellar todas las historias clínicas al mismo tiempo o el día que cada usuaria tenga la entrevista?

PASO 2: LA DETECCIÓN

Objetivo: Formular una serie de preguntas directas para establecer si la usuaria es víctima de violencia basada en género.

¿Qué incluye este paso?

- Buscar indicadores indirectos de violencia, tales como heridas, moretones, depresión, temor, nerviosismo, etc.
- Asegurarse de que se puede hablar con la usuaria en privado, sin la presencia de familiares o amigos (en especial sin su pareja).
- Introducir el tema de la violencia basada en género con un comentario inicial estándar (por ejemplo: “Le pregunto a todas mis pacientes sobre el tema porque esto parece ser un problema en nuestra comunidad”) en algún momento de poca tensión durante la consulta. Por ejemplo, no es aconsejable introducir el tema de la violencia mientras se lleva a cabo un examen médico, cuando la mujer está sin ropa y puede sentirse más vulnerable y expuesta.
- Informar a la usuaria sobre los límites a la confidencialidad de la información que se le pide que revele.
- Emplear preguntas directas para indagar sobre las experiencias de violencia de la usuaria, utilizando alguna herramienta de detección.
- Aún cuando una mujer no haya experimentado violencia basada en género, la o el proveedor puede informarle sobre la existencia de servicios de ayuda para esos casos.
- Si una mujer responde afirmativamente, brindarle apoyo emocional y asegurarle que ella NO es culpable.
- Evaluar su nivel de riesgo empleando las preguntas de valoración de peligro que haya elegido la organización.

PAUTAS PARA REDACTAR UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE RUTINA *CONTINUADO*

¿Qué decisiones debe tomar el programa de salud?

- ¿Qué servicios aplicarán la detección de rutina? ¿Todos los servicios? ¿El servicio de salud reproductiva? (Por ejemplo, las asociaciones de la IPPF/RHO decidieron incorporar la detección de la violencia basada en género en sus centros de salud sexual y reproductiva, pero no necesariamente en sus otros servicios.)
- ¿Deberá el personal examinar tanto a las usuarias nuevas como a las antiguas que regresan? (Por ejemplo, las asociaciones de la IPPF/RHO comenzaron observando sólo nuevas usuarias y más tarde cambiaron la política para incluir también a las antiguas).
- ¿Qué tipo de personal y quiénes específicamente tendrán la responsabilidad de efectuar la detección de rutina? En PROFAMILIA, el protocolo de las detecciones determinó que las y los médicos serían los responsables de las mismas. En cambio, la política de PLAFAM designó a las y los orientadores de planificación familiar como encargados de efectuar la detección de rutina a las mujeres. Esa decisión depende de varios factores, incluso del flujo de usuarias en la clínica, el tipo de proveedores de salud que trabajan en la clínica y los tipos de actitudes más frecuentes entre los diversos sectores del personal. Las investigaciones han revelado que cualquier trabajadora o trabajador de salud puede realizar la detección siempre y cuando este capacitado y reciba apoyo adecuado.
- ¿En qué momento de la consulta el personal a cargo realizará la detección a la mujer? Por ejemplo: puede llevarse a cabo al comienzo de la consulta, durante el proceso de admisión; o puede ocurrir luego del examen clínico, cuando la mujer es atendida por la o el médico (y ya está vestida).
- ¿Qué tipo de preguntas de detección usarán las y los proveedores de salud?
- ¿Qué preguntas de valoración de peligro usarán las y los proveedores de salud?

PASO 3: CÓMO DOCUMENTAR LOS RESULTADOS DE LA DETECCIÓN

Objetivo: Garantizar que los resultados de las detecciones sean incorporados al legajo (u otro registro) de las usuarias.

¿Qué incluye este paso?

- Seguir las instrucciones del protocolo de la clínica para asentar las respuestas que den las usuarias a la herramienta de detección. (Por ejemplo, en el caso de las asociaciones de la IPPF/RHO, las y los proveedores de salud completaban inicialmente el sello estampado en los formularios de las historias clínicas).
- Si la mujer revela situaciones de violencia, se debe documentar la información utilizando las mismas palabras que ella usó para describirlas.
- Documentar cualquier lesión, herida o prueba de violencia, utilizando un mapa del cuerpo si fuera necesario.

¿Qué decisiones deberá tomar el programa de salud?

- ¿Qué tipo de sistema ofrecerá a las y los proveedores de salud para que puedan documentar casos de violencia basada en género? Hay varias opciones. Las y los proveedores pueden registrar la información directamente en el legajo de la usuaria o completar un recuadro sellado en el mismo formulario de historia clínica. Alternativamente, las y los proveedores pueden asentar la información en una hoja separada o en un registro que no formará parte del registro médico de la usuaria, en los casos en que la clínica no pueda garantizar que los registros de las usuarias estén en un lugar seguro. (Nota: Esto no es lo ideal. Es aconsejable velar siempre por la seguridad de los legajos de las usuarias y, por sobre todo, respetar el carácter confidencial de los mismos antes que llevar registros separados para esos casos. Un registro separado debilita el esfuerzo de integrar la violencia basada en género en los servicios médicos asistenciales).

PAUTAS PARA REDACTAR UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE RUTINA *CONTINUADO*

PASO 4: BRINDAR PLANEACIÓN DE SEGURIDAD, APOYO EMOCIONAL E INTERVENCIÓN EN CRISIS

Objetivo: Garantizar que las sobrevivientes de casos de violencia reciban apoyo emocional inmediato, cuenten con un plan de seguridad e intervención en crisis si fuera necesario.

¿Qué incluye este paso?

- Si la usuaria está atravesando una situación de riesgo, se la debe ayudar a elaborar un plan de seguridad o enviarla inmediatamente a alguien de la clínica que pueda brindarle asistencia.
- Si la usuaria estuviera en una situación de crisis (incluyendo por ejemplo, desórdenes emocionales muy intensos), proporcionarle el apoyo necesario o derivarla inmediatamente a alguien en la clínica que pueda brindarle asistencia.
- Si la usuaria está siendo víctima de agresiones sexuales, ofrecerle métodos de anticoncepción de emergencia y toda forma de intervención en crisis que fuera necesaria.

¿Qué decisiones deberá tomar el programa de salud?

- ¿Qué integrantes del personal serán responsables de prestar asistencia en la planeación de seguridad, apoyo emocional e intervención en crisis? Esa tarea puede estar a cargo del mismo personal que realiza la detección, o la clínica puede contar con un sistema de apoyo que incluya integrantes del personal con capacidad para intervenir para ayudar a mujeres en crisis.
- ¿Qué tipos de protocolos se desarrollarán para ayudar al personal a brindar apoyo a las mujeres en momentos de crisis?

PASO 5: REFERIR A OTROS SERVICIOS

Objetivo: Ayudar a la usuaria a acceder a los servicios necesarios mediante referencias a las esferas de atención adecuadas (médica, jurídica, psicológica, de alojamiento, etc.)

¿Qué incluye este paso?

- Informar sobre los tipos de servicios disponibles, tanto dentro de la institución como en toda la comunidad.
- Ofrecer a las usuarias información por escrito sobre

estos servicios. (Nota: algunas mujeres podrían no querer tener nada por escrito por miedo a que lo viera su esposo abusivo).

- Si la usuaria muestra interés por los servicios adicionales de la institución, hacer los arreglos necesarios para concertarle una entrevista.
- Si está interesada en recibir los servicios que ofrece una organización dentro de la comunidad, proporcionarle información completa sobre la institución, incluyendo la dirección, los costos de los servicios, etc. Esa información debería estar al alcance de las y los proveedores de salud en forma de un directorio de referencias. (Nota: Se debe recordar a las usuarias que oculten esa información si creen que su seguridad se puede ver comprometida si alguien la encuentra).
- Registrar la referencia a otro servicio en la historia clínica de la usuaria o en cualquier otro documento relevante.
- En algunas ocasiones, habría que considerar la posibilidad de acompañar a la mujer a otra organización.

¿Qué decisiones deberá tomar el programa de salud?

- ¿Tiene la clínica los recursos necesarios como para proporcionar a cada proveedor de salud un directorio de referencias, o tendrán que compartir esa fuente de información?
- ¿Es posible imprimir listas de servicios para entregar a las usuarias? O alternativamente, ¿es posible obtener material de otras organizaciones en la comunidad para entregar a las usuarias?
- ¿Qué servicios dentro de su institución se puede ofrecer a la mujer que ha experimentado violencia basada en género? Por ejemplo, ¿dispone de servicios de consejería y ayuda psicológica? ¿Existen grupos de apoyo para mujeres? ¿Tiene conexiones con otras organizaciones que ofrecen asesoramiento jurídico?
- ¿Las y los proveedores que refieren usuarias a otros servicios dentro de la institución pueden arreglar las citas directamente, o tiene que hacerlo la mujer?
- ¿Qué sistema se empleará para documentar la referencia?
- ¿Puede haber casos en los que el personal quiera acompañar a la víctima al servicio de referencia externo? Por ejemplo, para presentar una denuncia en la unidad de policía local en casos de violación.

PAUTAS PARA REDACTAR UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE RUTINA *CONTINUADO*

PASO 6: GARANTIZAR QUE LA USUARIA RECIBE LOS SERVICIOS QUE ORIGINALMENTE SOLICITÓ.

Objetivo: Garantizar que la usuaria reciba la atención por la que realizó la consulta en la clínica.

¿Qué incluye este paso?

- Proporcionar la atención que la usuaria solicitó en un principio.
- Si la usuaria ha sido identificada como víctima de la violencia basada en género, tener en cuenta las consecuencias de esa experiencia en su salud.
- Aun cuando la usuaria haya respondido negativamente a las preguntas de la detección, observar los indicadores de violencia tales como heridas, moretones, depresión, miedo, ansiedad, etc. Documentar registro de toda lesión o señal de violencia, usando un mapa del cuerpo si fuera necesario.
- Informar a todas las mujeres sobre la existencia de métodos de anticoncepción de emergencia (AE). Aun cuando no la necesiten en ese momento, esta información puede resultarles útil en un futuro.

¿Qué decisiones debe tomar el programa de salud?

- ¿Qué sistema de documentación sugerirá la clínica para que use la o el proveedor de salud cuando note signos de violencia pero la usuaria niegue haber sufrido violencia basada en género?
- ¿Tiene la clínica recursos para producir u obtener material educativo sobre AE?
- ¿Puede la clínica incorporar explícitamente temas relacionados con la violencia basada en género en los protocolos para proveer servicios de planificación familiar y de consejería sobre las ITS y el VIH (si correspondiera)?

PASO 7: SEGUIMIENTO DE CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Objetivo: Supervisar en qué medida las usuarias tienen acceso a los servicios y son tratadas adecuadamente.

¿Qué hacer?

- Para casos de referencias internas, crear un sistema para controlar cuántas usuarias reciben efectivamente los servicios a los que fueron referidas.

- Establecer un sistema que permita al personal de los distintos servicios compartir información y hacer un seguimiento de aquellas usuarias que han sido referidas a otro sector de la institución. (Nota: Esto es difícil de realizar y las asociaciones de la IPPF/RHO han luchado por conseguirlo.)
- Crear un sistema de seguimiento para las usuarias que han sido derivadas a organizaciones externas.
- Establecer un sistema de control de calidad de los servicios que reciben las mujeres fuera de la clínica. Por ejemplo, si la usuaria regresa a la clínica, aprovechar la oportunidad que brinda su visita para preguntarle sobre la calidad de los servicios que recibió. Eventualmente, integrantes del personal pueden acompañar a una o más usuarias a los servicios externos para comprobar ellos mismos la calidad de servicio que se brinda.
- En la medida de lo posible (y si la usuaria dice que hay un modo seguro de hacerlo) tratar de mantenerse en contacto con aquellas que parecen estar en mayor peligro.

¿Qué decisiones debe tomar el programa de salud?

- ¿Qué sistemas para efectuar el seguimiento y la supervisión son posibles con los recursos de la clínica, los tipos de servicios de referencia disponibles, el contexto social, etc.? El seguimiento y supervisión de los casos de usuarias derivadas constituyen grandes desafíos. A pesar de que hace años que trabajan en esa área, las asociaciones de la IPPF/RHO continúan luchando por mejorar el sistema.

h. Consideración de las inquietudes de proveedores acerca de la detección

Para muchos proveedores de salud preguntar a las mujeres sobre la violencia basada en género puede resultar intimidatorio. Muchos se preguntan: ¿Por qué querría una mujer hablar conmigo sobre su experiencia en casos de violencia? ¿Qué puedo hacer para ayudarla? ¿Debería iniciar el debate del problema si no puedo atacar las raíces? Esas son algunas de las inquietudes que proveedores de salud sienten cuando consideran la posibilidad de incorporar la detección de violencia y servicios para víctimas dentro de sus programas.

Quizá el componente más importante y esencial para mejorar las respuestas que el sector de la salud brinda a la violencia basada en género sea cambiar las creencias, actitudes y conocimientos de las y los proveedores de salud. Las políticas de detecciones de rutina fracasarán si los programas de salud no brindan apoyo a su personal para realizar esa tarea. La resistencia de las y los proveedores a las detecciones, particularmente entre médicos, ha sido observada en varios ámbitos. En algunos casos, esa resistencia está basada en conceptos erróneos y en prejuicios. En otros casos, las inquietudes están bien fundadas y necesitan ser encausadas con cambios en los servicios de salud. En realidad, hay muchas cosas que administradores de programas de salud pueden hacer para vencer la resistencia y disminuir las dudas.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Algunas inquietudes de las y los proveedores de salud deben ser enfocadas por medio de la sensibilización y la capacitación.

Muchas dudas de las y los proveedores suelen disminuir o desaparecer cuando se brinda información sobre la naturaleza de la violencia y las consecuencias que ésta tiene en la salud y el bienestar de las mujeres. Por ejemplo, muchos proveedores se oponen a las detecciones porque no reconocen que la violencia basada en género es un problema de salud pública, y por lo tanto creen que las detecciones son una pérdida de tiempo.

Algunas inquietudes de las y los proveedores de salud deben ser enfocadas en cambios en las clínicas.

En muchos casos, las y los administradores de salud pueden ayudar considerablemente a reducir o eliminar las dudas de proveedores con respecto a detecciones simplemente proveyendo a las y los miembros del equipo de los recursos necesarios para realizar sus tareas. Por ejemplo, si el personal teme no poder ofrecer a las mujeres ningún tipo de asistencia, es responsabilidad de las y los administradores del programa establecer vínculos con servicios de referencia y considerar otras opciones, como crear

grupos de apoyo. Otra inquietud muy común entre las y los proveedores de salud es la falta de tiempo. Si proveedores sienten que no alcanzan a examinar a las mujeres para detectar la violencia basada en género y aún así atender a todas las usuarias que fueron citadas, entonces es la responsabilidad de las y los administradores del programa de evaluar las limitaciones de tiempo de las y los proveedores y buscar un sistema más razonable.

Algunas inquietudes de proveedores de salud desaparecen cuando llevan a la práctica la detección.

De hecho, es común entre las y los proveedores creer que las mujeres no responderán a las preguntas de la detección hasta que tienen la oportunidad de comprobar personalmente que no es así. En realidad, pedirle a las y los proveedores que efectúen detecciones a un pequeño número de mujeres es una manera eficaz de cambiar sus preconcepciones sobre la violencia basada en género en general, y sobre las detecciones en particular.

Algunos proveedores de salud nunca lograrán liberarse de su resistencia a las detecciones, por lo que no se les debe asignar esa tarea.

La IPPF/RHO encontró que aún varios años después que se puso en marcha la iniciativa, un reducido grupo de proveedores todavía presentaba actitudes negativas hacia las víctimas de abuso físico y sexual y/o se oponía a la idea de efectuar detecciones de rutina a las mujeres para detectar casos de violencia. Se aprendió entonces que algunos profesionales de la salud nunca cambiarán su punto de vista, sin importar las veces que reciban capacitación. Por ello, esos miembros del equipo no deben ocuparse de las detecciones, ya que es poco probable que lo hagan adecuadamente, y sus actitudes pueden aumentar el riesgo que corren las mujeres. En algunos casos, la constante oposición está fundada en una preocupación legítima de carecer de la capacidad necesaria para ayudar a las mujeres. Sin embargo, cuando las y los integrantes del personal expresen actitudes negativas hacia las víctimas de violencia, las y los administradores del programa tendrán que reconsiderar si el mismo puede seguir empleando personas cuyas creencias pueden poner en riesgo el bienestar y la integridad de la mujer.

Administradores de programas de salud deben mantener un diálogo abierto con las y los proveedores, y permitirles hacer comentarios y participar activamente en la toma de decisiones sobre cuándo y cómo poner en práctica la detección de rutina.

Inquietudes típicas de proveedores y estrategias recomendadas

Razones típicas por las que proveedores no quieren implementar una política de detección de rutina de violencia basada en género	¿Qué pueden hacer administradores de programas para disminuir las inquietudes de proveedores?
<p>Limitación de tiempo. Muchas y muchos proveedores se ven en la obligación de atender muchas usuarias en poco tiempo, por lo que podrían pensar que no disponen de tiempo necesario como para incorporar un tema adicional para tratar con sus pacientes. También podría preocuparles el hecho de que la mujer respondiera afirmativamente a alguna de las preguntas de la detección, les demandaría tiempo adicional, a fin de poder brindarle apoyo emocional y encargarse del seguimiento correspondiente tras referir a la mujer a otro servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que los protocolos de detección y de referencia tienen realmente buen rendimiento. • Designar integrantes del personal para realizar las detecciones que no se vean sobrecargados con esa responsabilidad. • Alentar al proveedor a que entreviste a algunas usuarias. Podría descubrir que le lleva menos tiempo del que pensaba. En realidad, un estudio reveló que sólo tres preguntas correctamente realizadas identificaron la mayoría de los casos de mujeres abusadas y llevó tan sólo 20 segundos lograrlo.¹⁰² • Demostrar al proveedor que existe una conexión entre la violencia y las visitas repetidas y gran demanda de los servicios de salud. Si se logra entender hasta qué punto la violencia es la causa subyacente de muchos problemas de salud crónicos, sería posible reconocer el potencial que tiene la detección para mejorar la calidad de la atención que propicia como también para ganar tiempo en un futuro. (Sin embargo, esto no ayudará a las y los proveedores que cobran por el número de consultas que realizan) • Ver la posibilidad de capacitar otro personal para asistir a las víctimas que necesitan atención inmediata. Por ejemplo, si son las y los médicos los que examinan a las usuarias, considerar la capacitación de orientadores o enfermeras para ofrecer planes de seguridad e intervención en crisis a las mujeres que revelan situaciones de violencia. Saber que existe un grupo de apoyo puede reducir la preocupación de las y los médicos con relación a las limitaciones de tiempo. • En general, estudiar formas de reducir las limitaciones de tiempo que sufren las y los proveedores.
<p>No creen que la violencia sea un problema de la esfera de la salud. Muchas y muchos proveedores no reconocen que la violencia puede perjudicar la salud de las personas, o creen que existen otros temas de salud más importantes. En muchos casos, creen que el tema de la violencia pertenece al terreno del trabajo social o de la psicología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al personal sobre las consecuencias de la violencia en la salud de una persona puede lograr que el mismo cambie de opinión y considere que es un tema que bien vale su tiempo. • Compartir con las y los proveedores trabajos de investigación donde se explique que la violencia contra las mujeres es tan frecuente como muchas otras situaciones que las y los proveedores examinan en forma rutinaria. • Mostrarles el rol importante que podría tener el sector salud en el tratamiento de la violencia basada en género.
<p>Creen que las mujeres negarán su situación y/o sentirán vergüenza. Las y los proveedores creen que las mujeres no desean que se les pregunte acerca de la violencia, a la que lo consideran un tema de índole privada, que sienten vergüenza de hablar sobre el mismo con la o el proveedor de salud y/o que lo negarán rotundamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir con las y los proveedores estudios de investigación que sugieran exactamente lo contrario: Muchas mujeres víctimas de violencia (y aún aquellas que no lo son) desean ser interrogadas y sostienen que las y los proveedores de salud son las personas con las que quisieran hablar del tema.^{103, 104} • Alentar a las y los proveedores para que examinen a algunas usuarias. Se sorprenderán al ver que las mismas no tienen inconveniente en revelar experiencias de violencia basada en género, incluso cuando hayan existido tipos delicados de violencia como el abuso sexual en la niñez. • Concienciar a las y los proveedores sobre su propio potencial para reforzar la idea de que la violencia no es un tema privado, que no es culpa de la víctima y que no hay motivos para sentir vergüenza, que no debe aceptarse y que pone en juego su salud. Las mujeres en la iniciativa de la IPPF/RHO hablaron con las evaluadoras acerca de la gran ayuda que habían recibido por parte de proveedores para tomar conciencia de los peligros de la violencia para su salud y para dejar de culparse a ellas mismas por los episodios vividos.

CONTINUADO

Razones típicas por las que proveedores no quieren implementar una política de detección de rutina de violencia basada en género	¿Qué pueden hacer administradores de programas para disminuir las inquietudes de proveedores?
<p>No creen que esto les suceda a las usuarias. Algunos proveedores cuyas usuarias tienen un buen pasar económico creen que la violencia basada en género afecta sólo a las mujeres de pocos recursos o sin educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir con ellas y ellos información que demuestre que la violencia basada en género ocurre en todos los estratos socio-económicos. • Alentar a las y los proveedores a examinar un pequeño número de usuarias. Muchos se sorprenderán al ver la cantidad de casos que tienen lugar hasta entre las mujeres más adineradas.
<p>Creen que la mayoría de las usuarias son víctimas de violencia. Este pensamiento podría ser razonable en muchas circunstancias. Según el tipo de preguntas utilizadas en las detecciones, las y los proveedores podrían tener legítima preocupación porque la detección genere una demanda desmesurada de asistencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una investigación entre la población de la clínica para detectar cuán frecuentes son determinados tipos de violencia y compartir esta información con las y los proveedores. • Garantizar que el programa de salud posea los recursos necesarios para cubrir las demandas que puedan generar las detecciones. • Desarrollar criterios de selección para brindar servicios a las mujeres que se encuentran en mayor peligro. • Considerar estrategias para reducir los niveles de violencia en toda la comunidad, por ejemplo, por medio de campañas educativas.
<p>Creen que los hombres tienen derecho a disciplinar a sus esposas y/o exigirles que tengan relaciones sexuales. En algunos casos, las y los proveedores creen que la violencia es parte normal y aceptable en la vida de su comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque que aumente el entendimiento de la o el proveedor acerca de que la violencia basada en género es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. • Si las y los proveedores mantienen esta actitud negativa hacia las víctimas de violencia, es recomendable prescindir de sus servicios para la detección de violencia basada en género. • Si las actitudes de algunos proveedores no se modifican con el tiempo, podría ser necesario prescindir completamente de sus servicios en la organización. • Considerar la evaluación de esas actitudes al momento de contratar nuevo personal.
<p>No creen que puedan hacer nada para ayudar a las víctimas de violencia. Muchas y muchos proveedores sienten que no pueden ofrecer a las mujeres asistencia efectiva, y por ende, que no es ético detectar experiencias de violencia basada en género. Es una preocupación razonable que los programas de salud deben tratar con seriedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar material que evidencie que si bien las y los médicos solos no pueden “solucionar” el problema de la violencia basada en género, pueden proporcionar una gran oportunidad para detectar casos y referir usuarias. • Construir redes con otros sistemas de referencia y entregar a cada proveedor un directorio de referencias de servicios que se brindan fuera de la clínica. • Considerar el desarrollo de servicios para víctimas de la violencia basada en género dentro de la organización. • Mostrar prueba que sugiera que el simple hecho de preguntar a las mujeres sobre violencia de manera sensible y respetuosa puede permitirle a las víctimas tomar conciencia de que es un problema médico importante y que no es culpa de ellas que ocurra.¹⁰⁵ • Educar a las y los proveedores para que reconozcan que saber sobre los episodios de violencia actuales o pasados de la usuaria podría ayudarlos a mejorar la calidad de su trabajo, pues los guiaría a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado. • Compartir lo que otras y otros proveedores dicen sobre su experiencia con la detección. Por ejemplo, la doctora Leigh Kimberg, que examina para detectar casos de violencia basada en género en una clínica de salud pública de San Francisco dice, “como no puedo rescatar a las víctimas, todo lo que necesito hacer es demostrar empatía y dar mi apoyo. Esta simple intervención puede realmente ayudar a que se fortalezcan”.¹⁰⁶ • Compartir información sobre la perspectiva de las mujeres acerca de los beneficios de las detecciones que en muchos ámbitos ha sido altamente positivo.

CONTINUADO

Razones típicas por las que proveedores no quieren implementar una política de detección de rutina de violencia basada en género	¿Qué pueden hacer administradores de programas para disminuir las inquietudes de proveedores?
<p>No creen estar bien capacitados para determinar quién es “realmente” víctima de violencia. Por algún motivo, hay proveedores que creen que sólo las y los psicólogos están profesionalmente preparados para identificar quiénes son víctimas de violencia y quiénes no.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pedirle al proveedor que aplique las preguntas a un pequeño número de mujeres. Tan pronto como escuchan a las usuarias referirse a sus experiencias en casos de violencia, tenderán a olvidar (casi inmediatamente) toda preocupación sobre si una persona es “realmente” una “víctima” y lo que significa para los datos de las detecciones la calificación de “válido” o “confiable”. • En algunos casos, puede resultar útil aclarar el concepto errado de que una gran parte de las víctimas de violaciones miente. Este es un prejuicio común en algunas partes del mundo y puede contribuir a la creencia de que sólo las o los psicólogos pueden identificar concretamente quiénes son víctimas de violencia y quién no lo son.
<p>No creen que sea ético examinar a las mujeres porque no existen servicios para referirlas dentro de la comunidad. Esta es una preocupación legítima y seria, para la cual podría no haber una solución fácil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin importar la escasez de servicios de referencia en la comunidad, los programas de salud deberán investigar cuáles de ellos están disponibles, aunque sean unos pocos. • Los programas de salud pueden trabajar para aumentar los tipos de servicios de referencia dentro de la comunidad, ejerciendo presión sobre el gobierno, organismos encargados de hacer cumplir las leyes y otros organismos no gubernamentales. • Los programas de salud también pueden considerar la posibilidad de crear servicios dentro del mismo programa, particularmente mediante estrategias de bajo costo como los grupos de apoyo. • Como mínimo, los programas de salud pueden garantizar que el personal esté capacitado para proporcionar una valoración de peligro, planes de seguridad, consejería e intervención en crisis antes de comenzar con las detecciones.
<p>Temen verse envueltos en procedimientos legales. A veces proveedores de salud temen que, si interrogan sobre violencia, puedan terminar declarando en juicios como testigos. Ellos y ellas pueden sentir que esto les quitaría mucho tiempo y además podría poner en riesgo su integridad física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una investigación de la situación local y asegurarse de que las y los proveedores entienden en qué circunstancias los tribunales pueden solicitar pruebas médicas y de cuáles son sus obligaciones jurídicas con respecto a las víctimas de violencia. • Establecer nexos dentro de la comunidad con servicios de asesoramiento jurídico a las víctimas de la violencia basada en género que puedan asistir al programa de salud en ese terreno. • Establecer protocolos de seguridad para proteger a las y los proveedores tanto dentro de la clínica como fuera de ella. Reconocer que la seguridad de las y los proveedores es un tema serio que justifica políticas especiales y de monitoreo. • Proporcionar ayuda continua a las y los proveedores de salud que se vean involucrados en procedimientos legales.

En la práctica

Las pruebas experimentales de las herramientas de detección pueden disipar los temores de proveedores de salud.

Probar en el campo una herramienta de detección —ya sea en la organización o en la práctica— puede constituir un poderoso catalizador para cambiar las opiniones que las y los proveedores tienen acerca de las detecciones. La IPPF/RHO encontró que las pruebas provenientes de los trabajos de investigación o simplemente el conocimiento de las experiencias de otras organizaciones no fue tan persuasivo para el personal como constatar los resultados de la herramienta de detección en el campo y observar que los índices de detección aumentaban considerablemente. A nivel de proveedores como individuos, la IPPF/RHO también encontró que el hecho de que tengan que examinar una cantidad de usuarias constituye un paso fundamental para superar su escepticismo inicial sobre la necesidad y propiedad de realizar las detecciones.

Uno de los primeros y mayores desafíos para las tres asociaciones involucradas en la iniciativa fue acordar el uso de las detecciones de rutina para detectar casos de violencia basada en género mediante herramientas de detección estándar. La resistencia provino tanto del sector administrativo como de algunos proveedores, que dudaban si las mujeres contestarían preguntas directas sobre la violencia o si la detección podría identificar correctamente los casos de violencia cuando lo realizaran proveedores que no tenían la capacitación especializada de un psicólogo. Sin la confianza en el proceso de detección, las asociaciones temían que se convirtiera en una carga muy pesada para las y los proveedores en términos de tiempo y recursos.

Aunque existía una gran variedad de trabajos de investigación que podían aclarar la mayoría de las dudas, el personal no encontró esas pruebas convincentes, especialmente cuando las investigaciones se habían realizado en otros sitios, como los Estados Unidos. Para explorar aún más ese asunto y reducir las preocupaciones del personal, las tres organizaciones decidieron probar en el campo la herramienta de detección en PLAFAM, labor que comenzó en septiembre de 1999.

Las pruebas en la propia clínica demostraron que las mujeres estaban dispuestas a responder preguntas directas sobre la violencia basada en género, incluso sobre ciertos tipos delicados de violencia como el abuso sexual en la niñez y las violaciones. "El programa ha superado todas las expectativas y demostró que las usuarias no creen que las preguntas sean ni intimidatorias ni invasivas", dijo Susana Medina, Coordinadora del Programa de Violencia Basada en Género. "Demuestra que las usuarias están esperando que alguien les formule esas preguntas".

Una vez que las pruebas de campo produjeron resultados alentadores, todas las organizaciones acordaron crear una política de detecciones de rutina en las clínicas participantes. Esa experiencia demostró que la bibliografía publicada sobre el tema no siempre es de utilidad para las y los proveedores de salud, quienes en muchas ocasiones necesitan probar por ellos mismos las herramientas de detección.

i. Ofrecimiento de apoyo emocional a proveedores de salud

¿Por qué es importante emplear grupos de ayuda para profesionales que trabajan con sobrevivientes de la violencia basada en género?

Por Manuel Llorens, asesor técnico a PLAFAM, Venezuela

Para comenzar, deberíamos tener en cuenta que, como trabajadores de salud, nosotros mismos somos las herramientas para nuestro trabajo. Si bien la eficacia del tratamiento que ofrecemos se ve optimizada por los avances técnicos y la experiencia, el uso adecuado de nuestros recursos emocionales y de nuestra sensatez es el factor principal que nos permite proporcionar a la usuaria la atención cordial que necesita. En muchos casos, esto da confianza a las mujeres y ayuda a establecer relaciones interpersonales saludables y enriquecedoras.

Las y los proveedores de salud que trabajan con víctimas de la violencia basada en género constituyen, junto con las y los docentes, uno de los grupos más vulnerables al desgaste emocional. Entre otros factores, esa vulnerabilidad es consecuencia de tener que escuchar a diario testimonios penosos sobre el sufrimiento y dolor humano. Como resultado, las y los proveedores necesitan usar sus propios recursos emocionales para hacer frente y optimizar las intervenciones con las usuarias, como también para protegerse de las emociones adversas que esto conlleva.

La creación de un espacio para ayudar a proveedores de salud que trabajan en esta área significa crear un espacio para alentar la asistencia y la protección del recurso emocional y la

salud mental de cada uno de los integrantes del personal. Entre las consecuencias de ignorar ese paso figura poner en riesgo el bienestar del profesional, que se manifiesta en enfermedades físicas recurrentes; manifestaciones somáticas de ansiedad; pensamientos recurrentes sobre el trabajo o las historias de las usuarias; la descarga de esta ansiedad en espacios personales (con la pareja, los familiares, otros ámbitos laborales, etc.); pérdida de la capacidad de disfrutar y encontrar placer en el trabajo; irritabilidad generalizada; pérdida de motivación para trabajar, con las subsiguientes manifestaciones de llegadas tarde y ausencias; y expresiones de frustraciones (“Ojalá la usuaria no venga hoy”), entre otras. Otra consecuencia posible y grave es la pérdida de sensibilidad en nuestro trabajo, lo que se podría reflejar en un comportamiento poco ético para con las usuarias, como restarle importancia a sus problemas, omitir aspectos de intervención y, quizás más importante aún, la pérdida de un o una profesional que hasta ese momento había participado en la lucha contra la violencia basada en género.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Las siguientes recomendaciones son una breve sugerencia que podría resultar útil para administradores de programas de salud que deseen brindar apoyo emocional a las y los proveedores de salud que trabajan regularmente con víctimas de la violencia basada en género.

En la práctica

Trabajadores de salud que realizan detecciones necesitan apoyo constante

Cuando PLAFAM, la asociación de la IPPF/RHO en Venezuela, comenzó a realizar las preguntas a sus usuarias para detectar casos de violencia basada en género, surgió un desafío inesperado: el costo emocional que debían pagar las y los proveedores de salud que trabajaban diariamente con casos de violencia basada en género. Luego de una intensa capacitación y sensibilización, las y los proveedores estuvieron preparados para escuchar atentamente las historias de sus usuarias y ofrecerles consejería y/o referencias, pero no para manejar los efectos de tener que escuchar tantos relatos de violencia. PLAFAM pronto reconoció que las y los proveedores también necesitaban una manera de canalizar sus sentimientos y hablar de las situaciones que debían enfrentar para poder, de ese modo, reducir la presión emocional y las probabilidades de futuro agotamiento. La creación de grupos de apoyo mensuales para las y los proveedores no sólo les permitió encontrar esa válvula de escape, sino que también les brindó la posibilidad de debatir temas profesionales difíciles con los que tropezaban al trabajar con víctimas de la violencia basada en género.

Al contratar personal para atender a las sobrevivientes de casos de violencia, tener en cuenta la capacidad de las y los candidatos para controlar su estrés emocional. Si bien esas características son difíciles de evaluar durante el proceso de selección, los programas de salud han descubierto que es útil tener en cuenta la capacidad de las y los candidatos para controlar los desafíos que impone el trabajo con sobrevivientes de casos de violencia antes de ofrecerles el puesto. Candidatos que nunca hayan experimentado penurias y privaciones podrían tener dificultades para escuchar los relatos dolorosos de las usuarias. A la inversa, las y los candidatos que no hayan podido resolver sus propias experiencias como víctimas podrían experimentar excesivos niveles de estrés al comenzar a hablar sobre abuso con las usuarias. La capacidad para manejar el estrés emocional y para escuchar experiencias angustiantes podría ser importante sobre todo en las y los orientadores, psicólogos y abogados que pasen la mayor parte del tiempo hablando sobre la violencia con mujeres.

Organizar talleres para educar al personal sobre las exigencias de atender a las sobrevivientes, incluido el “síndrome de estrés profesional”. Este taller puede comenzar con una presentación de los síntomas de estrés comúnmente informados por las y los profesionales que tratan con sobrevivientes, de manera tal que las y los proveedores puedan minimizar este costo emocional. Algunas veces el personal no se da cuenta hasta qué punto la atención de sobrevivientes puede afectar su bienestar físico y emocional. El taller debería incluir un debate participativo que permita al personal hablar sobre los signos y síntomas de estrés que ellos mismos estén padeciendo y compartir ideas acerca de cómo sobrellevar el costo emocional derivado de su trabajo.

En caso de contar con suficientes recursos económicos, contemplar la posibilidad de obtener apoyo de profesionales externos capacitados en psicoterapia o trabajo grupal. Los programas de salud pueden recurrir a profesionales con experiencia en trabajo grupal, concienciados acerca de los problemas de la violencia basada en género, que entiendan las exigencias y los riesgos que experimentan las y los proveedores de salud que trabajan con las víctimas de violencia. También puede resultar útil para el programa de salud brindar la oportunidad a integrantes del personal de efectuar consultas individuales con psicólogos si el costo emocional de su trabajo comienza a afectar su bienestar general.

Los grupos de apoyo también pueden constituir una buena oportunidad para obtener respuestas a las políticas y protocolos de la clínica con respecto a la seguridad y el bienestar del personal. Por ejemplo, las políticas sobre el número óptimo de usuarias a atender por día o por semana (en otras palabras, ¿están las y los proveedores sobrecargados de trabajo?); la organización de las entrevistas (incluso aspectos

tales como si las entrevistas se programan durante el almuerzo, o antes o después del principio o el fin de la jornada de trabajo), y los protocolos de tratamiento para las mujeres que revelan experiencias de violencia física o sexual (incluso hasta qué punto les resultan realistas, posibles, eficientes y eficaces a las y los miembros del equipo). Una buena manera de reducir el estrés en el lugar de trabajo consiste en garantizar que el personal pueda dar su opinión sobre el funcionamiento de la clínica.

Los programas de salud pueden ofrecer apoyo emocional al personal si se permite que sus integrantes tomen vacaciones con regularidad. Una buena forma de asegurar que miembros del equipo no sufran agotamiento consiste en permitirles gozar de vacaciones regularmente, y también evitar que estén sometidos muchas horas por semana a la atención de las sobrevivientes de violencia. Algunos programas de salud han comprobado que es útil ofrecerle al personal tardes libres extras cuando comienza a hacerse notar el desgaste del trabajo.

Los programas de salud también han encontrado útil la organización de actividades extra-laborales para reducir las tensiones. Por ejemplo, a algunos programas les ha resultado útil organizar retiros o excursiones, tanto durante las horas de trabajo como en los días libres, para aumentar el sentido de la solidaridad entre el personal y ayudar a sus integrantes a sentirse parte de un mismo equipo.

Administradores de programas de salud deberían estar dispuestos a rotar en sus funciones a integrantes del personal, si fuera necesario. Algunas personas consideran que es imposible proporcionar cuidado y atención a las sobrevivientes de violencia de forma indefinida. Las y los administradores del programa deben por lo tanto proteger a sus empleadas y empleados rotándolos en sus funciones y responsabilidades cuando el costo laboral comience a afectar su bienestar.

Organizar reuniones mensuales complementarias en las que proveedores de salud puedan debatir casos específicos de violencia basada en género. Ese tipo de reuniones no es igual a las que se realizan como apoyo emocional para las y los proveedores, sino que se remite más a los aspectos técnicos y profesionales para brindar asistencia adecuada a las sobrevivientes de violencia. Una o un proveedor deberá ofrecerse voluntariamente a hacer la primera presentación de un caso, manteniendo el nombre de la usuaria en reserva. Tras la presentación del caso, se puede llevar a cabo un debate grupal sobre la naturaleza del mismo, la manera en que la o el proveedor podría haber manejado la situación, si la intervención que se realizó fue adecuada, las características de la usuaria que sorprendieron o no, los desafíos que debió enfrentar la o el proveedor, etc.

j. Obtención de los datos estadísticos sobre las detecciones

Muchos programas de salud han empleado programas de detecciones de rutina y algunos han publicado sus métodos para monitorear y evaluar esos esfuerzos.^{107, 108} En general, los programas de salud recogieron estadísticas de servicios sobre el número y el porcentaje de mujeres examinadas, o sobre el número y la proporción de usuarias que respondieron afirmativamente a las preguntas de las detecciones, y acerca del número y el porcentaje de mujeres referidas a servicios externos. Si bien al comenzar la iniciativa regional existía abundante información en la literatura sobre el control de las detecciones de rutina, las asociaciones miembros de la IPPF tuvieron que enfrentar algunos otros retos que seguramente son muy comunes en los países en desarrollo, a saber:

Muchas clínicas en los países en desarrollo no cuentan con sistemas de información computarizados. En las asociaciones participantes, algunas clínicas no tenían suficientes (a veces ninguna) computadoras para recopilar las estadísticas de los servicios. Eso puede dificultar la tarea de reunir información estadística básica, tal como el número de usuarias atendidas que fueron elegidas para la detección según los lineamientos del protocolo, y mucho más difícil aún el número de usuarias que finalmente fueron examinadas.

Aun perteneciendo a las mismas organizaciones, distintas clínicas suelen usar sistemas de información diferentes. Aun dentro de una asociación miembro de la IPPF, por ejemplo, algunas clínicas tenían sistemas computarizados mientras que otras recopilaban las estadísticas de servicios manualmente. Como resultado, fue difícil para las asociaciones recoger toda la información que hubiesen querido y más difícil todavía recopilar datos que fueran estrictamente comparables entre las tres asociaciones.

En la práctica

Recopilación de estadísticas de detecciones comparable

Mientras que la IPPF/RHO se esforzó por normalizar la recopilación de datos estadísticos provenientes de las detecciones, los diagnósticos y los servicios, cada asociación tenía un sistema informativo y un flujo de pacientes diferentes, lo que imposibilitó la recopilación de estadísticas estrictamente comparables sobre el porcentaje de usuarias detectadas como sobrevivientes de violencia. Aunque resultó bastante sencillo calcular el número de mujeres que respondió afirmativamente a las preguntas de las detecciones, las asociaciones encontraron difícil la tarea de transformar esos números en porcentajes. El denominador ideal —el número de usuarias atendidas a las que se les realizó la detección— fue sorprendentemente difícil de calcular, y sólo una asociación pudo computarizar la estadística de ese servicio. Debido a esas limitaciones, las estadísticas de índices de detección no midieron precisamente el índice de prevalencia entre las usuarias de la clínica, sino que fueron un indicador compuesto de los niveles de detección (nunca perfecto) combinado con la frecuencia informada de daño emocional, físico y sexual.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Cuando se recopilan datos estadísticos de servicios de rutina en un ámbito con escasos recursos, las y los administradores de salud deberían tener presentes varios factores:

Los niveles de detección rara vez son perfectos. Aun en una situación ideal, es muy difícil que las y los proveedores de salud cumplan con el protocolo para las detecciones de rutina el 100% de las veces. Tampoco esto debería convertirse en una meta que las organizaciones de salud tengan que lograr necesariamente. En toda organización pueden existir proveedores que **no** deban efectuar detecciones a las mujeres para detectar casos de violencia, ya sea porque no cuentan con la capacidad necesaria, o porque mantienen una actitud negativa o punitiva hacia las sobrevivientes. Por otra parte, pueden haber buenas razones por las que aún el más hábil de las y los proveedores no examine a todas y cada una de las usuarias.

Evaluar los niveles de detección puede constituir un desafío mayor de lo que se cree. La medición de los niveles de las detecciones generalmente requiere de un sistema de información computarizado y buena predisposición por parte de las y los proveedores de salud para recopilar la información de manera sistemática cada vez que **no** evalúan a alguna de las usuarias que reúnen las condiciones para ser examinadas. En la iniciativa de la IPPF/RHO, sólo una asociación miembro —la que tenía el sistema de información más avanzado— pudo recabar datos sobre los niveles de detección. Los índices de detección mensuales pueden calcularse de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Cantidad de mujeres a las cuales se hacen las preguntas de detección por mes}}{\text{Cantidad de mujeres atendidas que reúnen las condiciones para realizar la detección ese mes}^*} \times 100 = \text{Índice mensual de detecciones}$$

* Elegidas de acuerdo al protocolo para las detecciones. Por ejemplo, en algunas clínicas el protocolo podría indicar que se efectúe la detección sólo a nuevas usuarias; a todas las usuarias; o sólo a ciertos tipos de visitas.

Sin embargo, en ámbitos de escasos recursos, el cálculo del denominador ideal para evaluar los niveles de detección puede también constituir un desafío. Sería óptimo que un programa de salud pudiera determinar la cantidad de mujeres a las que se les ha realizado una detección en un período de tiempo asignado, como proporción del total de las mujeres que reunieron las condiciones para efectuarles dicho examen. Sin embargo, a menos que la política de detección consista en examinar a cada usuaria en cada visita, los programas de salud podrían no estar en condiciones de llevar la cuenta de cuántas usuarias fueron atendidas en determinados tipos de consultas, por ejemplo; o cuántas usuarias eran usuarias antiguas que ya habían sido examinadas y por ese motivo no reunían las condiciones para ser examinadas. En esos casos, los programas de salud deberán calcular los índices de detección de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Cantidad de mujeres a las cuales se hacen las preguntas de detección por mes}}{\text{Cantidad de mujeres atendidas ese mes (hayan reunido o no las condiciones para la detección)}} \times 100 = \text{Índice mensual de detecciones}$$

Las siguientes tablas de INPPARES, Perú, ilustran este tipo de información. Es de notar que los índices entre las usuarias antiguas son mucho más bajos porque muchas no reunían las condiciones para ser examinadas según el protocolo de detección.

Cantidad de mujeres atendidas, que pasaron por la herramienta de detección y fueron identificadas como sobrevivientes de algún tipo de violencia basada en género en INPPARES, julio – diciembre 2002

Clínica y tipo de usuaria	# de mujeres atendidas	# de mujeres a las que se le realizó la detección	% de mujeres atendidas a las que se le realizó la detección	# de mujeres identificadas como sobrevivientes (a través de la detección o no)	# de mujeres identificadas como sobrevivientes a través de la detección	# de mujeres identificadas como sobrevivientes a las que no se les efectuó la detección	Porcentaje de mujeres que revelaron experiencias de violencia durante la detección
	#	#	#	#	#	#	%
Clínica Patres							
Usuarías nuevas	4,277	1,942	45%	262	254	8	13%
Usuarías antiguas	8,446	287	3%	130	130	0	45%
Total	12,723	2,229	18%	392	384	8	17%
Centro Juvenil “Futuro”							
Usuarías nuevas	897	583	65%	143	143	0	25%
Usuarías antiguas	1,166	55	5%	16	16	0	29%
Total	2,063	638	31%	159	159	0	25%
Clínicas periféricas							
Usuarías nuevas	2,119	975	46%	530	511	19	52%
Usuarías antiguas	1,872	652	35%	256	256	0	39%
Total	3,991	1,627	41%	786	767	19	47%
Todas las clínicas							
Usuarías nuevas	7,293	3,500	48%	935	908	27	26%
Usuarías antiguas	11,484	994	9%	402	402	0	40%
Total	18,777	4,494	24%	1,337	1,310	27	29%

Nota: Cada clínica tenía su propia política de detección, pero en todos los casos, algunas y no todas las usuarias antiguas reunían las condiciones para la detección si no habían sido examinadas en un lapso de tiempo determinado.

Si no se puede calcular la cantidad de personas a las que se realizaron la detección, la alternativa es calcular la proporción de todas las mujeres atendidas que denunciaron situaciones de violencia. Este es un indicador compuesto. No mide la prevalencia de violencia entre la población de usuarias, porque no se sabe exactamente cuántas mujeres fueron finalmente interrogadas sobre la violencia. Por el contrario, se trata de un indicador combinado entre la proporción de mujeres que responden afirmativamente a alguna pregunta de las detecciones y la proporción de mujeres a las que finalmente se le efectúan dichas preguntas (nunca el 100%). Aún así, este indicador puede resultar útil porque da una idea de cuántas mujeres de la población clínica podrían querer o necesitar servicios adicionales relacionados con la violencia basada en género y, si se lo calculara sistemáticamente, podría indicar cuándo se registran grandes oscilaciones en los niveles de detección.

$$\frac{\text{Cantidad de mujeres que denuncian violencia}}{\text{Cantidad de usuarias atendidas ese mes (ya sea que reúnan o no las condiciones para realizarles la detección)}} \times 100 = \text{Índice de detección mensual}$$

La siguiente tabla ilustra los tipos de índices de detección que los programas de salud pueden recopilar, aún cuando no pueda calcular adecuadamente el número exacto de mujeres examinadas.

Cantidad de mujeres que denunció violencia como porcentaje de mujeres atendidas en clínicas de salud reproductiva y sexual de PLAFAM, INPPARES Y PROFAMILIA, Enero 2000-Diciembre 2002

	PROFAMILIA (República Dominicana)		INPPARES (Perú)		PLAFAM (Venezuela)		Total	
Denominador: Cantidad de usuarias atendidas en clínicas de salud sexual y reproductiva participantes	58,765		97,329		12,075		168,169	
¿Qué incluye este número?	Usuarias nuevas y antiguas a las que no se les ha efectuado la detección recientemente		Usuarias nuevas y antiguas		Usuarias nuevas		Combinación de usuarias nuevas y antiguas	
¿Reunían todas estas usuarias las condiciones para que se les efectúe la detección de rutina?	Sí El sistema computarizado identifica sólo aquellas usuarias que reúnen las condiciones.		No Incluye usuarias antiguas que han realizado una detección recientemente y que, por lo tanto, no reúnen las condiciones.		Sí Nuevas usuarias de SSR, todas reúnen las condiciones para ser examinadas.		No Incluye algunas usuarias antiguas en INPPARES que no reunían las condiciones.	
Tipo de violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género	# detectado como víctimas de la violencia basada en género
Violencia familiar (psicológica)	6441	11%	5486	6%	1535	13%	13462	8%
Violencia familiar (física)	3650	6%	2901	3%	870	7%	7421	4%
Violencia sexual	2371	4%	1909	2%	440	4%	4720	3%
Abuso sexual en la niñez	2157	4%	1698	2%	390	3%	4245	3%
Cualquier tipo de violencia basada en género**	8414	14%	6382	7%	2348	19%	17144	10%

** Usuarias que experimentaron al menos un tipo de violencia

Si se pregunta sobre más de un tipo de violencia, no se puede calcular el número total de mujeres que denuncian casos de violencia simplemente sumando el número de respuestas afirmativas. Tal como lo ilustra la tabla anterior, la mayoría de las sobrevivientes sufrió más de un tipo de violencia. Por lo tanto, si se consulta a las mujeres por más de un tipo de violencia, el sistema de información deberá poder calcular específicamente el número de mujeres que sufrieron cualquier tipo de violencia. No se puede simplemente sumar el número de las que reportaron violencia psicológica + las que reportaron violencia física + aquellas que reportaron violencia sexual, ya que estos grupos se superpondrán y el número obtenido aumentará drásticamente. Por ejemplo, si una clínica reúne las siguientes estadísticas:

Cantidad de mujeres que reportaron violencia psicológica: 20
Cantidad de mujeres que reportaron violencia familiar: 15
Cantidad de mujeres que reportaron violencia sexual: 10

De ello se desprende que el número total de mujeres que reportaron cualquier tipo de violencia podría estar entre 10 y 45, aunque es casi seguro que 45 NO es el número (20+15+10=45) porque esto significaría que ninguna de las sobrevivientes sufrió más de un tipo de violencia.

Otras estadísticas de servicios potencialmente relevantes incluyen:

- Los porcentajes de los casos de violencia detectados que fueron de tipo físico, sexual o emocional.
- Los porcentaje de mujeres identificadas como víctimas de violencia que aceptaron ser referidas; y
- Las cantidades de mujeres recibieron cada tipo de servicio especializado.

La siguiente tabla ilustra el tipo de datos sobre índices de referencias que pueden recopilar los programas de salud.

Cantidad de mujeres que fueron referidas o recibieron servicios relacionados con la violencia, expresada como porcentaje de las mujeres que indicaron haber sufrido casos de violencia, enero de 2000 a diciembre de 2002.

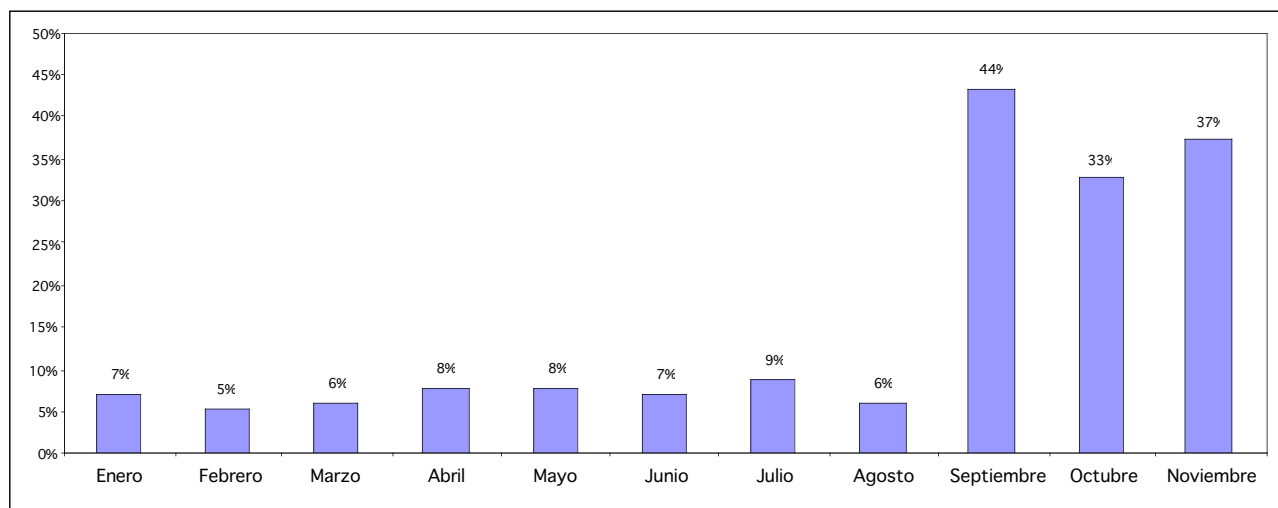
	PROFAMILIA, República Dominicana*		INPPARES, Perú		PLAFAM, Venezuela	
Mujeres que revelaron casos de violencia basada en género	N=8414		N=6382		N=2348	
Tipo de servicio o referencia	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total referido a un servicio interno	3439	40.9%	3516	55.1%	1062	45.2%
Médico	21	0.2%	111	1.7%	62	2.6%
Psicológico / consejería	2754	32.7%	3315	51.9%	806	34.3%
Jurídico	96	1.1%	320	5.0%	202	8.6%
Total referido a un servicio externo	144	1.7%	189	3.0%	154	6.6%
Psicológico / psiquiátrico	47	0.6%	0	0.0%	35	1.5%
Servicio jurídico	64	0.8%	42	0.7%	29	1.2%
Otros, incluyendo policía	26	0.3%	153	2.4%	106	4.5%
Cantidad que recibió servicios*						
Psicológico	2406	**	3424	**	1602	**
Jurídico	197	**	371	**	272	**

* Los números de PROFAMILIA no contienen información completa para el segundo semestre de 2002 debido a problemas técnicos.

**Nota: Esta tabla no incluye porcentajes para la cantidad que recibió servicios porque la mayoría de estas usuarias no fueron incluidas dentro del grupo original de mujeres que revelaron violencia basada en género. Algunos beneficiarios de servicios concurren directamente al servicio especializado y no llegaron como casos derivados provenientes de otra área de la asociación.

El monitoreo de las estadísticas de las detecciones puede proporcionar importantes respuestas al personal.

La IPPF/RHO encontró que podía resultar muy útil compartir datos con el personal, como medio de apoyo por el gran esfuerzo que implica enfocar temas de violencia en una organización de salud. Por ejemplo, cuando PLAFAM introdujo preguntas por escrito para realizar la detección en sus clínicas, los índices de identificación sufrieron un marcado aumento. Los datos presentados en el siguiente gráfico fueron esenciales para convencer a las y los integrantes del personal de que las mujeres estaban dispuestas a contestar esas preguntas en un ámbito relacionado con la salud.

Porcentaje de nuevas usuarias identificadas como sobrevivientes de la violencia basada en género en la clínica central de PLAFAM, de enero a noviembre 1999 (las preguntas por escrito para realizar la detección fueron introducidas en septiembre de 1999)

k. Monitoreo y evaluación de las detecciones de rutina

Es poco lo que revelan los índices de identificación de casos y documentación sobre la interacción durante la detección entre las y los proveedor por un lado y las usuarias por otro, y mucho menos sobre los riesgos y los beneficios potenciales de la política de las detecciones de rutina. Existen al menos dos elementos importantes para evaluar la detección de rutina:

	Preguntas modelo	Ejemplo de cómo pueden ser respondidas esas preguntas
Proceso	¿Cuán preparados están las y los proveedores para examinar y responder cuando escuchan un relato de violencia? ¿Estuvo bien realizada la detección? ¿Se llevó a cabo de modo aceptable para las mujeres? ¿Siguieron las y los proveedores el protocolo y respetaron las políticas de la clínica en lo que atañe a la confidencialidad y privacidad? ¿Qué tienen que decir tanto las usuarias como las y los proveedores sobre su participación en las detecciones de rutina? ¿Apoyan tanto las y los proveedores como las usuarias a la detección rutinaria?	Encuestas de salida de la usuaria Encuestas de proveedores Juegos de roles Grupos de debate con proveedores y usuarias
Resultados/ Consecuencia	¿Qué beneficios aporta la detección de rutina? ¿Qué riesgos involucra? ¿Tienen más peso los beneficios que los riesgos? ¿Los beneficios justifican los recursos que se usan para la detección de rutina?	Entrevistas en profundidad con mujeres identificadas como sobrevivientes Grupos de debate con sobrevivientes Observaciones clínicas Grupos de debate con proveedores Nota: Sería óptimo que esas preguntas también se puedan responder empleando un método de investigación formal, como un ensayo clínico, pero eso es poco viable para la mayoría de los programas de salud.

La medición de objetivos intermedios como el progreso en las actitudes y los conocimientos de las y los proveedores es bastante simple. Pero ¿cómo puede un programa de salud definir el éxito de su gestión cuando se trata de ayudar a las sobrevivientes de la violencia a mejorar su situación? Y más difícil aun, ¿cómo puede medir un programa de salud ese éxito? En última instancia, la meta debería ser mejorar la situación de las mujeres que sufren violencia, pero es difícil identificar qué beneficios y riesgos específicos pueden medir realmente los programas de salud.

En general, cualquier programa de detección debería poder demostrar que los beneficios superan a los riesgos. Desafortunadamente, muy pocos investigadores han podido reunir información rigurosamente cuantitativa sobre los resultados de las detecciones, incluso de sus riesgos y beneficios. Esto no sólo requiere de diseños de investigación costosos y a largo plazo, sino que también representa más trabajo para los investigadores antes de que puedan definir y

medir adecuadamente y en términos cuantificables los beneficios de las detecciones. Es importante destacar que en el campo de la salud existen controversias de larga data sobre los beneficios y riesgos de los distintos tipos de detecciones; entre ellos las mamografías y los exámenes para diversas formas de cáncer. La violencia basada en género no es única en este sentido. Sin embargo, ésta es un área que requiere más trabajo. Probablemente se pueda comenzar con la realización de investigaciones más cualitativas sobre las experiencias de las sobrevivientes, a fin de poder definir mejor los beneficios desde sus perspectivas.

Igualmente, los programas de salud pueden hacer mucho por evaluar el proceso de detección y pueden confiar en los métodos cualitativos y en las entrevistas de salida a las usuarias para entender los efectos que tiene determinada política de detecciones de rutina en su clínica, tanto para proveedores como para usuarias.

En la práctica

Las opiniones de proveedores y usuarias sobre la detección

Por medio de encuestas, grupos de debate y entrevistas en profundidad con proveedores y usuarias, la IPPF/RHO investigó hasta qué punto las y los proveedores y las usuarias se sintieron cómodos con la detección de casos de violencia basada en género, si las y los proveedores reaccionaron de manera no sentenciosa, con comprensión y sostén frente a alguna acusación de violencia, si las y los proveedores poseían el conocimiento y la capacidad suficientes para responder a las diversas necesidades de las mujeres, y si el proceso de preguntas sobre violencia y su posterior denuncia beneficiaron a las mismas.

Casi todas las mujeres (96%) entrevistadas durante la encuesta de salida de mitad de período dijeron que “se sintieron bien” con respecto a las preguntas que se les hicieron como parte de la detección. Casi todas sostuvieron que los servicios de salud “deben” enfocar el tema de violencia contra las mujeres. No fue una sorpresa el hecho de que la evaluación revelara que tanto las mujeres como las y los proveedores se sintieron más cómodos debatiendo cuestiones relacionadas con la violencia física y sexual y las relaciones sexuales forzadas (en general) que hablando del abuso sexual en la niñez.

Las entrevistas en profundidad, los grupos de debate y las encuestas de salida revelaron que las mujeres en general tenían una actitud positiva frente a sus experiencias en la clínica. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre experiencias negativas con las y los profesionales de la salud en general —no necesariamente en las asociaciones participantes— respondieron que proveedores siempre parecían estar apurados, demostraban poco interés, o permanecían sentenciosos y escépticos ante las historias que ellas narraban. Las mujeres se quejaron de la tendencia de algunos proveedores a restar importancia al daño emocional, sexual o físico que habían sufrido ellas. También mencionaron que algunos proveedores ignoraron el contexto general, y se concentraron solamente en las lesiones físicas para sugerirles luego que presentaran una denuncia policial. Las mujeres de los tres países (especialmente las víctimas de violencia sexual) se quejaron sobre el trato recibido de parte de las y los médicos forenses, que son conocidos por su frialdad y sus actitudes un tanto escépticas hacia las víctimas. Finalmente, las víctimas de la violencia sexual hablaron de la frustración y vergüenza que sintieron porque se les pidió que repitieran sus historias una y otra vez. “Preguntaban lo mismo una y otra vez”, dijo una adolescente víctima de violencia sexual, “Sentí vergüenza de todo lo que me había pasado”.

Cuando se les preguntó a las mujeres sobre las experiencias positivas del hablar sobre la violencia con las y los proveedores de salud, las mujeres mencionaron siempre cuatro factores: a) actitudes no sentenciosas: “lo bueno es que no te juzgan y eso te permite hablar con libertad”; b) confidencialidad, especialmente si la usuaria era adolescente: “Nos sentimos seguras porque sabemos que nadie más lo va a saber”; c) credibilidad: “Esta fue la primera vez que sentí que se me tomaba en serio y que creían mi historia”; y finalmente, d) apoyo emocional: “Cuando le conté mi historia al proveedor, me dio seguridad, me dio fuerza y coraje”.¹⁰⁹

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Existen algunos vacíos importantes de investigación en el área de intervenciones en casos de violencia, por ejemplo:

- ¿Cómo y hasta qué punto la detección beneficia a las mujeres en un ámbito de atención de la salud? ¿Qué beneficios específicos se pueden medir?
- ¿Pueden las políticas de detección de rutina exponer a las mujeres a un riesgo adicional según las circunstancias? Si así fuera, ¿qué tipo de riesgo? ¿Y en qué circunstancias?
- ¿Qué significaría y cómo se podría medir si un programa de salud ha ayudado realmente a las mujeres que fueron víctimas de la violencia basada en género?

Cuando no se pueden identificar indicadores de éxito cuantitativos, los métodos cualitativos pueden ser una buena opción.

Cuando se evalúan las respuestas que brinda el servicio de salud ante la violencia basada en género, hay una ausencia de resultados cuantificables o indicadores para medir riesgos y beneficios. Si no es posible medir los “beneficios” o los “riesgos” en términos simples y cuantitativos, casi siempre es posible reunir información cualitativa sobre las perspectivas de las y los proveedores de salud y de las mujeres que han acudido al servicio. No se debería usar el desafío que representa la evaluación de ciertos tipos de objetivos como una excusa para no llevarla a cabo.

La observación de las y los proveedores mientras están realizando detecciones crea algunos problemas éticos. Los juegos de roles ofrecen una alternativa.

La IPPF/RHO creyó que no sería posible desde el punto de vista ético observar directamente la interacción entre proveedores y usuarias. En lugar de una observación directa, se les pidió a las y los proveedores que realizaran juegos de roles para demostrar de qué manera interrogarían a las usuarias sobre la violencia basada en género y cómo responderían ante una denuncia. Obviamente, el juego de roles es una situación artificial y podría no reflejar con exactitud el comportamiento de las y los proveedores en situaciones reales de interacción con las usuarias. Sin embargo, dichos juegos de roles pueden demostrar si la o el proveedor conoce o no cómo manejar esas situaciones y si está dispuesto o tiene la capacidad de aplicar esos conocimientos en la práctica.

Cualquier evaluación debería tener en cuenta el esfuerzo de reunir información entre las propias mujeres.

Los programas de salud pueden aprender de las perspectivas y experiencias de las mujeres por medio de las encuestas de salida a las usuarias, las entrevistas individuales y los grupos de debate. Esa información puede ser recopilada entre mujeres en general, o entre sobrevivientes de violencia en particular. Sin

embargo, cualquier esfuerzo por recabar datos entre las sobrevivientes debe ajustarse a los lineamientos éticos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud.¹¹⁰

V. Suministro de servicios especializados

a. Sinopsis

El mayor desafío para los programas de salud en los países en desarrollo consiste en suplir la falta de servicios de referencia adecuados para las víctimas de la violencia basada en género dentro de la comunidad, incluso la carencia de refugios y albergues, de asesoramiento jurídico y otros tipos de servicios sociales para las sobrevivientes. Esa situación da lugar a la pregunta: ¿Cuáles son los servicios más importantes que necesitan las víctimas de la violencia? Y, cuando los recursos son limitados, ¿a qué servicios se debería dar prioridad si el programa de salud considerara la posibilidad de crear algunos dentro de la organización?

Desde el comienzo, los planificadores de la iniciativa de la IPPF/RHO lucharon por entender de qué manera una organización para la salud debía ayudar a las mujeres que eran objeto de violencia a obtener el tipo de servicio que necesitaban. La iniciativa enfocó de maneras diversas el tema de los servicios necesarios para las sobrevivientes de la violencia basada en género. Algunas asociaciones buscaron los servicios sociales, de apoyo emocional y asesoramiento jurídico que ya existían en sus comunidades. Cuando esos servicios externos no existían, los crearon dentro de cada organización. Las tres organizaciones enfrentan hoy el reto de preservar esos servicios, pero ese método les permitió probar varias estrategias y documentar las lecciones aprendidas.

En la práctica

La detección de rutina puede generar demanda de servicios especializados

Cuando las asociaciones miembros de la IPPF/RHO comenzaron a realizar las detecciones de rutina a las mujeres usando preguntas por escrito, los resultados disiparon toda preocupación acerca de si las mismas estarían dispuestas a contestar las preguntas, o si se sentirían ofendidas, o si las respuestas de las mujeres serían de algún modo "inválidas" o "poco confiables". En realidad, la herramienta de detección identificó a tantas mujeres como víctimas de la violencia que las organizaciones comenzaron a preocuparse por la posibilidad de que su capacidad de asistir a las mujeres necesitadas se viera sobrepasada.

“Obtuvimos algunos resultados para los que aún no estábamos preparadas”, indicó Susana Medina (Coordinadora del Proyecto de VBG en PLAFAM, Venezuela), “como que las horas asignadas a consejería psicológica no podían cubrir las demandas de los casos detectados... en algunos casos tuvimos que referir casos a servicios externos de psicología.”

A lo largo del proceso, PLAFAM ha intentado alegar el sentimiento de sobrecarga del personal mediante la realización de actividades de sensibilización tanto antes como después de que comenzaran las detecciones, e informando periódicamente al personal acerca de los resultados de la iniciativa. Por último, al comprobar que el servicio era de bajo costo y que era posible atender a varias mujeres a la vez, comenzaron a organizarse grupos de apoyo para las usuarias. Los estudios de evaluación cualitativa sugieren que las mujeres encontraron estos grupos altamente beneficiosos y que a veces prefirieron los grupos a los servicios de consejería individual.

De todos modos, el ejemplo demuestra que los programas de salud deben estar preparados para la posibilidad de que las detecciones provoquen un gran aumento del número de mujeres que requieren servicios especializados de la organización.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

La experiencia de la IPPF/RHO puso de relieve la necesidad de garantizar que las y los trabajadores de la salud sepan cómo evaluar los riesgos, ayudar a las mujeres a crear planes de seguridad, intervenir en momentos de crisis y referir a las usuarias a los servicios internos o externos que existan. Otras lecciones aprendidas importantes fueron:

Evitar una dependencia excesiva de las psicoterapias individuales como servicio primario para las sobrevivientes. Existen muchas razones por las que un programa de salud puede recurrir a los servicios psicológicos como servicio primario para las víctimas de la violencia basada en género. En primer lugar, las víctimas de la violencia basada en género podrían necesitar apoyo emocional para sobrellevar la situación, enfrentar los desafíos y recuperarse del trauma vivido. En segundo lugar, las y los psicólogos suelen tener un grado mayor de conciencia y experiencia con respecto a la violencia basada en género que otros profesionales. En las tres asociaciones que participaron en la iniciativa de IPPF/RHO, las y los integrantes del personal con capacitación en psicología fueron los encargados de enfocar los temas relacionados con la violencia basada en género.

Sin embargo, hay varias razones por las que una dependencia excesiva de la psicoterapia podría crear problemas. En primer lugar, la psicoterapia individual es muy costosa y, en los países en desarrollo podría no resultar un método viable o costo-efectivo. Si las mujeres no pueden abonar los honorarios de un psicólogo profesional, por lo general tampoco es posible que los programas de salud puedan subsidiar terapias individuales a largo plazo para gran número de mujeres. En segundo lugar, algunas víctimas de la violencia tienen necesidades más urgentes que iniciar una terapia psicológica; especialmente si corren riesgo de nuevos abusos. Esas necesidades podrían incluir el asesoramiento jurídico, la intervención policial, el apoyo económico, la vivienda, el empleo, la atención de la salud y otros servicios sociales. Para las mujeres, el hecho de concentrarse sólo en el apoyo psicológico con exclusión de otros servicios podría exponerlas a riesgos adicionales. En tercer término, desde una perspectiva de derechos humanos y de género, una estrategia que se apoya exclusivamente en la psicoterapia impone la responsabilidad del hecho de violencia en las propias mujeres; y especialmente en su salud mental y emocional. La causa subyacente de la violencia es el comportamiento del agresor, no el estado emocional de la víctima. En realidad, la evaluación de mitad de período reveló que muchas mujeres asociaban los servicios psicológicos con un estigma precisamente porque sentían que se insinuaba que eran ellas —y no los perpetradores— las responsables de los actos violentos (y también de impedirlos).

No estoy loca, es él el que necesita ayuda psicológica.

Sobreviviente de violencia infligida por su pareja íntima, de Perú.

Un enfoque basado en la gestión de casos puede resultar esencial. Un servicio importante que los programas de salud pueden brindar a las mujeres que viven situaciones de violencia en la actualidad es algún tipo de enfoque centrado en la gestión de casos. Ese método es similar al que emplean trabajadores sociales, pero la experiencia de la IPPF/RHO demostró que puede ser útil aún cuando lo emplean las y los integrantes del personal que carecen de capacitación profesional. Lo importante es que la o el integrante del equipo sepa cómo ayudar a la mujer a resolver problemas prácticos y tenga acceso a los servicios que existen en la comunidad. Por ejemplo, hay personal en las tres organizaciones que conoce personalmente los servicios de referencia a las usuarias y pueden explicar claramente los tipos de ayuda social y jurídica que brindan.

En una organización de Los Ángeles, se capacita a un integrante del personal para que ayude a las mujeres a planificar maneras de escapar de una relación violenta. Por ejemplo, esta trabajadora sabe cuál servicio de correo entregará sin lugar a dudas la orden de protección a un hombre que deliberadamente trate de eludir la citación. Ese tipo de conocimientos prácticos puede resultar esencial para la mujer que intenta solucionar problemas difíciles relacionados con la violencia.

Los grupos de apoyo constituyen una alternativa de costo relativamente bajo en relación con las psicoterapias individuales a largo plazo. Cuando las asociaciones comenzaron con las detecciones de rutina para detectar casos de violencia basada en género, pronto descubrieron que no podían proporcionar servicios de psicoterapia al gran número de mujeres identificadas como sobrevivientes. Comenzaron entonces a hacer pruebas experimentales con grupos de apoyo facilitados por profesionales capacitados. La evaluación cualitativa de mitad de período demostró que los grupos de apoyo ofrecían muchas ventajas. Posibilitaban, por ejemplo, la prestación de servicios a más mujeres y a bajo costo, a la vez que aprovechaban las capacidades de las diversas mujeres como ayudar a otras. Eventualmente, las tres asociaciones comenzaron a emplear grupos de apoyo. Para fomentar la confianza de las mujeres en ellas mismas y promover su autoestima y sus derechos, los grupos de apoyo hicieron hincapié en: 1) reconocer que la violencia basada en género constituye una violación de los derechos humanos; 2) entender las desigual-

dades sociales basadas en el género, y 3) valorar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La mayor demanda de servicios jurídicos no necesariamente se limita a la asistencia en procesos penales, sino que también abarca temas como el divorcio, la custodia de menores, el apoyo económico y la división de bienes. Cuando comenzó la iniciativa de la IPPF/RHO, las y los planificadores dieron por sentado que la mayoría de los temas jurídicos girarían en torno a los procesos penales contra los perpetradores de hechos de violencia. En realidad, la mayoría de las mujeres que buscaba asesoramiento jurídico interno quería saber cuáles eran sus derechos respecto del divorcio, las controversias sobre los bienes comunes de la pareja y la custodia de los menores. En otras palabras, querían saber cuáles eran las herramientas que les permitirían abandonar a sus parejas violentas sin perder el sostén propio y de sus hijos. Esto constituye un buen ejemplo de la importancia que reviste prestar atención a la opinión de las propias mujeres sobre sus necesidades, en lugar de apoyarse en presunciones bien intencionadas.

No subestimar o pasar por alto la capacidad de las mujeres de ayudarse las unas a las otras. El éxito de los grupos de apoyo sugiere que las mujeres tienen un gran caudal de posibilidades, muchas veces poco aprovechado, de ayudarse unas a otras. Las mujeres que sufrieron violencia de todo tipo pueden resultar un importante recurso de ayuda a otras, tanto en términos de apoyo emocional como de asistencia en temas prácticos, jurídicos y económicos que todas enfrentan cuando tratan de protegerse ellas mismas y a sus hijos de nuevos ataques de violencia. Esto sugiere que quizás en el futuro los programas de salud en países en desarrollo podrían investigar nuevos métodos —además de los grupos de apoyo— mediante los cuales las sobrevivientes de la violencia podrán ayudar a otras mujeres que padecen lo que ellas padecieron.

b. Servicios de consejería, apoyo emocional y psicológico

Muchas asociaciones de la IPPF en la región de América Latina habían comenzado a ofrecer servicios de psicología, consejería y apoyo emocional dentro de la organización mucho antes del comienzo de esta iniciativa. Esto hizo posible que las asociaciones involucradas ofrecieran servicios de consejería a las sobrevivientes de la violencia sin tener que agregar todo un sistema nuevo. Para las organizaciones que ofrecen servicios de consejería y apoyo emocional existen varios lineamientos importantes, que surgieron tanto de los trabajos de investigación como de la propia experiencia de la IPPF/RHO.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

No asumir que las y los psicólogos y otros orientadores profesionales ya cuentan con capacitación adecuada sobre la violencia basada en género. Los programas de salud tienen la importante obligación de garantizar que las y los orientadores que prestan servicios de apoyo emocional a las mujeres tengan capacitación especializada y la sensibilidad adecuada para tratar temas relacionados con la violencia basada en género. Si bien algunos profesionales de la salud mental han recibido durante sus estudios académicos amplia capacitación en materia de violencia basada en género, los programas de salud no deben dar por sentado que todos las y los psicólogos u orientadores son competentes en ese aspecto.

Para cubrir cualquier brecha, las y los profesionales de salud mental pueden asistir a cursos breves o continuar su educación formal en otros ámbitos. Por ejemplo, las asociaciones miembro de la IPPF/RHO acordaron que un número de integrantes del personal de salud mental participara en cursos sobre la violencia basada en género dictados por las universidades y organismos no gubernamentales locales. En algunos casos, integrantes del personal participaron en programas que se llevaron a cabo en otros países de la región. Para complementar esto, la Oficina Regional de la IPPF/RHO se encargó de que asesores de la región brindaran talleres adicionales para el personal de las asociaciones.

Las y los profesionales de la salud mental podrían compartir los prejuicios de gran parte de la sociedad, y culpar a la víctima. Los programas de salud no deberían suponer que todo psicólogo o psicóloga capacitado (u otros orientadores) son ajenos a los prejuicios de gran parte de la sociedad, incluso de la tendencia a culpar a las víctimas por los actos de violencia cometidos contra ellas. En realidad, en algunos casos, las y los profesionales de la salud mental emplean un lenguaje psicológico para culpar a las víctimas. El personal de la

IPPF/RHO encontró que era bastante común escuchar a las y los psicólogos identificar la raíz del problema como una patología mental o emocional de la víctima, indicando, por ejemplo, que una mujer sufría de complejo de persecución y masoquismo. Esa experiencia sugiere que los programas deben supervisar las actitudes, los conocimientos y las creencias de las y los orientadores de salud mental al igual que (si no más) los de cualquier otra u otro proveedor de salud.

No permitir que el personal realice terapia de pareja con mujeres que están viviendo una relación abusiva. Las investigaciones indican que no es aconsejable la terapia de pareja en situaciones de violencia doméstica ya que, si la víctima es “demasiado” honesta durante la sesión, puede resultar aun más amenazada que antes por su pareja violenta.¹¹¹ Además, la terapia de pareja podría transmitir el mensaje erróneo de que la violencia basada en género se debe a algún problema conyugal o de comunicación y que ambos comparten la responsabilidad de la violencia. Uno de los principios de trabajo en el área de la violencia basada en género es el de reconocer al agresor como único responsable por la violencia (y por finalización).

Tenga en cuenta posibles formas de apoyo emocional fuera del marco psicológico o psiquiátrico. Mientras algunas mujeres necesitan la ayuda de una o un psicólogo para recuperarse de situaciones de abuso, existen otras maneras de brindar apoyo emocional. De hecho, la evaluación de mitad de período dejó en evidencia que muchas mujeres preferían los servicios “de apoyo emocional” a los servicios psicológicos. Cuando no se dispone de psicólogos o psicólogas calificados, es recomendable brindar capacitación sobre técnicas de consejería —especialmente sobre la intervención en situaciones de crisis— a otros profesionales. Las sesiones grupales constituyen otra forma de brindar apoyo emocional.

En los países en desarrollo, las psicoterapias individuales a largo plazo no son siempre posibles, y su costo supera sus beneficios. Antes de establecer servicios de terapia individual a largo plazo para las sobrevivientes de violencia, es importante entender las limitaciones de la psicoterapia. Si bien puede ayudar a las mujeres a recuperarse, no detendrá necesariamente la violencia perpetrada por otra persona. Los servicios jurídicos, los refugios y albergues, y los servicios de búsqueda de empleo y de cumplimiento de la ley pueden resultar más eficaces en lo que concierne a ayudar a las mujeres a superar situaciones de peligro para ellas y sus hijos e hijas. Además, la psicoterapia individual es sumamente cara y para la mayoría de las mujeres que viven en situación de

pobreza y las ONG que la subsidian, resulta demasiado costosa. Sin embargo, se puede ofrecer un número limitado de sesiones individuales antes de referir a la usuaria a un grupo de apoyo. Las organizaciones que subsidian servicios de apoyo emocional deberán decidir cuántas sesiones por mujer pueden ofrecer pagar.

En la práctica

¿Cuándo están las y los psicólogos preparados para la atención de las víctimas de la violencia?

Al comienzo de la iniciativa regional, la IPPF/RHO constató que la mayoría de proveedores de salud creían que psicólogos, más que profesionales médicos, eran las personas más capacitadas para tratar temas de violencia sexual y física. Esos proveedores supusieron que las y los psicólogos contaban con la capacitación y las aptitudes necesarias para atender a las víctimas de la violencia. Sin embargo, un estudio de base demostró que los diez psicólogos que trabajaban en las tres asociaciones no poseían suficientes conocimientos sobre la violencia física o el abuso sexual ejercido por la pareja íntima, y varios integrantes del personal manifestaron actitudes negativas hacia las víctimas. En el fondo, algunos creían que la violencia contra las mujeres era el resultado de cierta tendencia “masoquista” en la personalidad de las mujeres y, cuatro de cada diez psicólogos confesaron no estar suficientemente preparados para hablar sobre la violencia con las usuarias.

Como parte de la iniciativa regional, las asociaciones invirtieron recursos para fortalecer los conocimientos y la capacidad, y para crear mayor conciencia en sus psicólogos y psicólogas mediante la capacitación dentro de la organización y el envío de miembros de sus equipos a cursos en otras organizaciones. Esos esfuerzos rindieron sus frutos. Cuando se realizó la evaluación de seguimiento, todas y todos los psicólogos indicaron que se sentían “suficientemente” preparados para discutir temas de violencia con las usuarias, y muchos informaron que su visión del tema había cambiado sustancialmente durante los tres años previos. Por ejemplo, una psicóloga explicó que solía creer que “cuando se trataba de violencia sexual, sólo podía considerarse agresores a los extraños”. Un colega describió el momento en que se dio cuenta de que “cualquier mujer puede ser violada”. Otra psicóloga explicó que durante la iniciativa, debió aprender a ser más compasiva con las víctimas y a olvidarse de esa postura “neutral” que había aprendido como parte de su capacitación profesional.

c. Servicios jurídicos

En muchos países en desarrollo (y en algunos países desarrollados), el sistema jurídico tiene serias limitaciones en lo que respecta a la protección de las mujeres de la violencia física y sexual. Muchos sistemas legales no consideran que la violencia intrafamiliar constituya un delito, ni en la teoría ni en la práctica. En algunos ámbitos, las leyes no reconocen la violación marital o el estupro, ni siquiera la posibilidad de procesar la violencia sexual como un delito penal más que civil.¹¹² Y las leyes que rigen el divorcio están redactadas o impuestas de manera tal que dificultan la posibilidad de que las mujeres pongan fin a una relación violenta.

Aún cuando existen leyes contra la violencia basada en género, los procedimientos para hacerlas cumplir son muchas veces inadecuados. Por ejemplo, los tres países donde se puso en práctica la iniciativa de la IPPF/RHO tenían una severa legislación que protegía a las mujeres de la violencia sexual y física. Pero el cumplimiento de esas leyes es muchas veces inconsistente y lleno de riesgos para las víctimas.¹¹³ La fuerza policial trata muy mal a las mujeres, y los jueces conservadores a menudo ignoran hasta las penas mínimas obligatorias prescriptas por ley.¹¹⁴ Como resultado, muchas víctimas de violencia descubren que el sistema que debería garantizar la

vigilancia de las leyes es inaccesible, inalcanzable, ineficaz o totalmente abusivo. Si las y los proveedores de salud sólo aconsejan a las víctimas presentar una denuncia policial o penal sin proporcionar información adicional o ayuda, podrían estar poniendo a la usuaria en una situación de mayor riesgo. Por otro lado, si se ignora el sistema jurídico por completo, se priva a las usuarias de sus derechos. En algunos casos de violación o incesto, cuando las leyes lo permiten, también se priva a las mujeres de la oportunidad de obtener autorización para un aborto seguro y legal.

Ayudar a las mujeres a obtener consejería legal adecuada es una tarea importante, aunque difícil, que los programas de salud deben tener en cuenta, especialmente en ámbitos de pocos recursos donde esos servicios son a veces inexistentes, y los sistemas jurídicos generalmente muy débiles. Además, las cuestiones legales en relación con la violencia basada en género suelen ser complejas. Aun cuando las mujeres tengan acceso a servicios jurídicos poco costosos, no hay garantías de que las y los profesionales del derecho estén adecuadamente informados sobre las leyes relativas a la violencia contra las mujeres.

En la práctica

Ejemplo de estrategias para trabajar con un sector legal deficiente

En PROFAMILIA, República Dominicana, por ejemplo, la abogada de la organización asumió la responsabilidad de denunciar a las autoridades los casos de violencia sexual contra personas menores de edad, y de realizar el seguimiento de los casos en el sistema judicial. Su conocimiento legal y su experiencia le permitieron manejar un proceso complejo y lleno de fallas. Las y los proveedores de salud en esa asociación dijeron que el sistema les facilitaba la tarea de denunciar casos de abuso sexual sin correr perjuicio de quedar involucrados involuntariamente en algún procedimiento jurídico difícil.

Otro ejemplo de cómo se puede trabajar en un sistema jurídico viciado se reportó por la organización Human Rights Watch (“Defensa de los Derechos Humanos”). En Paquistán, activistas experimentados de varias organizaciones no-gubernamentales que asisten a las víctimas de violencia sexual, informaron a ese organismo que a causa de la corrupción endémica en la policía, presentaban a las usuarias directamente ante un magistrado, a fin de obtener una orden que instruyera a la policía a que registrara la denuncia. Sin embargo, el informe aclaró que eso sólo es posible cuando los trabajadores de asistencia jurídica tienen trato permanente con los magistrados.¹¹⁵

Recomendaciones y lecciones aprendidas

No asumir que la razón más frecuente por la que las mujeres buscan ayuda legal es el procesamiento del agresor. La IPPF/RHO descubrió que la mayor demanda de asistencia jurídica entre las usuarias estaba relacionada con cuestiones de divorcio, división de bienes y custodia de sus hijos e hijas, todas herramientas legales que les permitieran abandonar al esposo violento y aún contar con un sostén para ellas y sus hijos.

El conocimiento y una actitud especial hacia la violencia son tan importantes en las y los profesionales del área jurídica como en los del campo de la salud. Las y los profesionales en

leyes pueden causar tanto daño en las víctimas de violencia como los profesionales de la salud si expresan actitudes negativas hacia las mujeres que sufrieron violencia o si desconocen la dinámica y las consecuencias del abuso físico y sexual. Los programas de salud no deben dar por descontado que los abogados y abogadas cuentan con los conocimientos y la capacidad necesarios. Para proteger la seguridad y el bienestar de las mujeres resulta fundamental que el personal del área jurídica enmarque el tema de la violencia contra las mujeres dentro de una perspectiva de género y de derechos humanos.

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS JURÍDICOS

Los programas de salud pueden utilizar diferentes estrategias para aumentar el grado de acceso de las mujeres a los servicios jurídicos y a los organismos encargados de hacer cumplir la ley, siempre dependiendo de los servicios disponibles en la comunidad y de los recursos financieros de la institución. Por ejemplo, la experiencia de la IPPF/RHO encontró que las siguientes estrategias podían resultar útiles:

Establecer acuerdos de cooperación con organizaciones que brinden asistencia jurídica de bajo costo para las mujeres. En algunos países, incluso en la República Dominicana y el Perú, existen organizaciones que brindan asistencia jurídica a las víctimas de violencia a un costo realmente bajo. Eso permitió que las asociaciones miembro de la IPPF acordaran referir a las mujeres a esos servicios de asesoramiento jurídico ofrecidos por instituciones locales. Los programas de salud pueden abonar directamente a las instituciones los servicios prestados, o negociar un porcentaje especial que puedan pagar las mismas mujeres, o simplemente remitirlas a esos servicios. Desafortunadamente, ese método no es viable en los sitios donde no existan servicios jurídicos, como ocurre por lo general en las zonas rurales y de muchas ciudades en los países en desarrollo.

Contratar abogados internos para que brinden asesoramiento jurídico a las víctimas y a la institución. Esa estrategia constituye la fuente más directa de acceso para las mujeres, y puede resultar una manera eficaz de aumentar la capacidad de la institución de contribuir a los debates nacionales sobre reforma del sistema jurídico y de abogar por dicha reforma. Aunque esta opción podría resultar muy costosa en ámbitos de escasos recursos, donde la mayoría de las usuarias no puede pagar los aranceles de una o un abogado, podría ser útil para

organizaciones de mayor envergadura, especialmente las que están interesadas en contribuir a políticas de debates abiertos y promoción jurídica.

Contratar un abogado o abogada a tiempo parcial para asesorar a la organización sobre cuestiones legales con respecto a la violencia y ayudar en un número de casos escogidos. Los programas de salud que no puedan hacerse cargo de los honorarios de un abogado o abogada a tiempo completo, tienen la opción de contratar a un profesional que les proporcione asesoramiento ocasional o que trabaje sólo a tiempo parcial. Ese tipo de acuerdo permite que la o el abogado pueda instruir al personal sobre las dimensiones jurídicas de la violencia, las leyes y los reglamentos que afectan directamente al servicio de salud en su respuesta a la violencia, y también, sobre los debates que se desarrollan a nivel nacional o local con respecto al código penal. Además, los programas de salud pueden solicitar de estos abogados asesoramiento jurídico para ciertos casos escogidos de usuarias cuya situación requiera de asistencia jurídica específica.

Capacitar a algunos integrantes del personal para que adquieran mayores conocimientos sobre la dimensión jurídica de la violencia. Cuando no se dispone de servicios jurídicos accesibles dentro de la comunidad y el programa no tiene fondos para contratar a un profesional en leyes, existe la posibilidad de que los programas de salud instruyan a su personal en los aspectos jurídicos básicos. Por ejemplo, se puede ayudar a algunas mujeres brindándoles sólo información básica acerca de sus derechos. Por ejemplo, si pueden o no obtener su divorcio y en qué forma; si la policía puede emitir o hacer cumplir las órdenes de restricción, y si se

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS JURÍDICOS *CONTINUADO*

puede hacer algo para asegurarse el apoyo económico a hijos e hijas por parte del padre. Los programas de salud también pueden decidir brindar a un número selecto de integrantes de su personal conocimientos más profundos acerca de las situaciones jurídicas, de modo que puedan informar mejor a las mujeres sobre sus derechos. La Guía Jurídica (Capítulo III, Sección f) en el presente manual puede ayudar a las y los administradores a identificar los puntos clave que el personal necesitará conocer. Sin embargo, recomendamos con insistencia que los programas de salud busquen asesoramiento profesional, al menos en su comienzo. Por ejemplo, en muchos países en desarrollo funcionan al menos una o más organizaciones no gubernamentales de defensa jurídica especializadas en los derechos de las mujeres. Dichos organismos con frecuencia pueden transformarse en un recurso de bajo costo para los programas de salud en lo que respecta a los aspectos jurídicos de la violencia y la salud.

Cualquiera sea la estrategia que elijan, los programas de salud deben elegir con sumo cuidado a las y los profesionales del área jurídica. Para garantizar un buen asesoramiento jurídico, las organizaciones de salud deben trabajar con abogadas y abogados que cumplan con ciertos requisitos. En primer lugar, deben tener experiencia suficiente como para enfrentar el desafío que representan las cuestiones relacionadas con la violencia basada en género. Algunas organizaciones podrían verse tentadas a contratar un profesional recién graduado con poca experiencia, a fin de reducir los costos, pero la experiencia de la IPPF/RHO demuestra que esa opción puede derivar a largo plazo en una pérdida de dinero, dado que las actividades jurídicas en la esfera de la violencia basada en género constituyen un enorme desafío cuando las leyes no están redactadas de manera adecuada ni se vela por su vigencia. Las y los abogados que trabajan con programas de salud pueden terminar siendo mucho más que simples prestadores de servicios, ya que pueden contribuir a una política mucho más amplia de debate con el apoyo del sector de la salud. Por lo tanto, es importante encontrar profesionales que puedan desempeñar en el ámbito público el papel de enérgicos defensores de las reformas jurídicas. El segundo requisito es, como se ha mencionado, que los profesionales en leyes tengan una perspectiva de género y de derechos humanos, estén informados de la naturaleza y consecuencias de la violencia contra las mujeres y que no tengan actitudes negativas ni prejuicios con respecto a las víctimas.

d. Grupos de apoyo para las mujeres

Adaptado de un artículo escrito por Lolimar Moreno, Adriana Ramírez y María Alejandra Ramírez, con el apoyo de Idhaly Guzmán, Susana Medina, Iliana París, Fabiola Romero y Esther Sánchez

Mi vida cambió completamente. Primero porque siento que tengo control sobre mi vida y puedo tomar decisiones... Casi no me reconozco porque durante muchos años viví con un hombre al que le toleré cosas que ahora no tolero más. Muchas personas han notado este cambio. Mi familia y compañeros de trabajo están asombrados porque vieron el cambio que experimenté de ser muy pasiva a tener el control sobre mi vida

SOBREVIVIENTE DE LA VIOLENCIA DESCRIBIENDO
CÓMO UN GRUPO DE APOYO CAMBIÓ SU VIDA

Cuando PLAFAM, la asociación miembro de la IPPF/RHO en Venezuela, comenzó a prestar el servicio de violencia basada en género, los casos identificados fueron tan numerosos que PLAFAM no contaba con los recursos para brindar a las víctimas consejería individual a largo plazo. Además las y los proveedores percibieron que las usuarias no sólo requerían poder confrontar sus propias situaciones personales sino también encontrar un espacio propio en el cual se sintieran acompañadas por otras mujeres en situaciones similares. La decisión de PLAFAM de formar el grupo de apoyo emocional dio respuesta a esas dos cuestiones. Para poder satisfacer las necesidades de las mujeres en diversas situaciones, PLAFAM decidió crear tres tipos de grupos de apoyo —para casos de violencia doméstica, para caso de abuso y violencia sexual contra adultos y para casos de abuso sexual en la niñez— a fin de poder enfrentar temas específicos de esos tres tipos de violencia.

Manejando algunos aspectos del cuidado de víctimas en grupos, PLAFAM pudo atender a más usuarias en menos tiempo, mejorando al mismo tiempo la eficacia de los servicios. Los grupos de apoyo emocional también crearon una oportunidad para que el personal de PLAFAM aprendiera más sobre la violencia, sus causas y consecuencias, los mitos y las creencias que la rodean, sus ciclos y las formas de interrumpir esos ciclos. Sin embargo, los grupos de apoyo no se limitaron a resolver esas necesidades concretas. El contexto social del trabajo en grupos ofrece a las mujeres la posibilidad de darse cuenta que no están solas y de desarrollarse a partir de la solidaridad con otras mujeres que se encuentran en situaciones similares.

PLAFAM esperaba que a través de su participación en los grupos de apoyo, las usuarias empezaran a entender que la violencia basada en género es un tema de salud pública, y a reconocer la relación que existe entre ésta y la desigualdad de género. Con este entendimiento, las participantes podrían comenzar el proceso de fortalecimiento, incrementando su autoestima y el conocimiento de ellas mismas, así como el conocimiento de sus derechos. Con estos objetivos en mente, PLAFAM creó los grupos de apoyo basándose en tres perspectivas clave:

- 1) Reconocimiento de la violencia basada en género como una violación a los derechos humanos;
- 2) Enfrentamiento del problema de las desigualdades sociales basadas en el género; y
- 3) Valoración y fomento del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En la práctica

Organización de grupos de apoyo

El primer grupo de apoyo a las mujeres en PLAFAM se organizó para las sobrevivientes de la violencia doméstica. Comenzó con siete mujeres, de las cuales cinco completaron lo que se llamó la “primera fase”, que consistió de 16 sesiones semanales. A pesar de que las facilitadoras habían trabajado anteriormente con otros tipos de grupos, ese grupo inicial resultó ser una experiencia piloto para el resto del programa. Las facilitadoras aprovecharon la experiencia obtenida en esas primeras sesiones para elaborar una estructura para cada sesión que se pudiera utilizar luego con los otros grupos. Dicho lo cual, cabe destacar que la estructura de cada sesión no es rígida, lo que hace posible que las mujeres de cada grupo, que tienen diferentes personalidades y que han pasado por diferentes experiencias, aporten una nueva dinámica al proceso.

Las primeras sesiones fueron estructuradas de manera tal que se estableciera una buena comunicación, se brindara información acerca de la violencia basada en género, se educara a las mujeres con una perspectiva de género y se fortaleciera su autoestima. Al principio, los temas estaban sesgados por los intereses del personal y no por los de las participantes. Esto reflejaba cierta ansiedad por parte de las facilitadoras al involucrarse ellas mismas en los procesos grupales sobre la violencia basada en género. Pero las propias participantes pidieron a las facilitadoras que se agregara una discusión acerca del manejo de los hijos y que se proveyera información sobre temas legales y de sexualidad. También pidieron que se ampliara y profundizara el alcance de las discusiones particulares más allá de lo inicialmente planeado. Esa estrategia flexible permite que las sesiones de grupos satisfagan mejor las necesidades de las mujeres. Los y las facilitadoras alentaron la participación activa de las mujeres en la discusión sobre sus propias experiencias y en las historias de las demás compañeras.

El personal de PLAFAM identificó por lo menos dos etapas importantes en este proceso. La primera consiste en el suministro de información mediante el empleo de diversos materiales y guías de debate. Durante esta etapa, las participantes se integran en el grupo, piden información y elaboran estrategias para interactuar con compasión y encontrar su razón de pertenecer al grupo. En la segunda etapa, las participantes captan los contenidos de las sesiones y comienzan a aplicarlos en sus propias vidas.

Debido a que las participantes en el grupo piloto estaban tan motivadas, pidieron una “segunda fase” además de las 16 sesiones, durante la cual se convirtieron en multiplicadoras, con capacidad para suministrar información a otras mujeres. Ellas también facilitaron conjuntamente nuevos grupos de apoyo y ayudaron a fortalecer a otras mujeres, ya que sus experiencias sirvieron como ejemplo del proceso de recuperación. Como ocurrió en la primera etapa, las mujeres del grupo piloto sientan precedentes en cuanto a la conceptualización de los grupos de apoyo, lo cual será útil en el futuro.

Según la evaluación de mitad de período y los estudios de casos adicionales, muchas mujeres reconocieron los beneficios de los grupos de apoyo. El ámbito grupal les permitió comprender que no estaban solas en su lucha y crear lazos solidarios, ya que todas se encontraban en la misma situación. Según las participantes, los grupos de apoyo les permitieron a muchas a hacer lo siguiente:

- Sentir su fortalecimiento propio, que se manifiesta en el aumento de autoestima, en actos de coraje personal y en acciones que benefician a otras mujeres;
- Sentirse más seguras, con más confianza y con menos miedo;
- Proveer apoyo emocional a otras mujeres fuera del grupo, particularmente a negar las justificaciones comunes de la violencia;
- Reconocer las fuerzas y debilidades de las participantes y de los grupos; y
- Cambiar su actitud de una negativa y pesimista a una positiva y optimista.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

El personal de PLAFAM ofrece las siguientes recomendaciones para formar grupos de apoyo para mujeres

Diseño del método general:

- Establecer un protocolo para reclutar participantes en el grupo. Este proceso puede incluir una o dos entrevistas individuales.
- Establecer el número de participantes en cada grupo, para que no haya muy pocas o demasiadas participantes, tomando en cuenta que todo grupo pierde miembros a través del tiempo.
- Considerar la posibilidad de proveer sesiones de apoyo adicionales individuales para mujeres que las puedan necesitar.

Planificación de las sesiones:

- Revisar toda las publicaciones recientes, inclusive las descripciones de experiencias similares en otros países o ambientes.
- Reconocer que las mujeres progresivamente querrán hacerse cargo de los temas discutidos, las estrategias para continuar el desarrollo y las técnicas para la interacción entre ellas mismas.
- Ser flexible en la planificación de las sesiones, reconociendo que con el tiempo las sesiones suelen hacerse menos estructuradas para adecuarse a las necesidades emergentes de las mujeres.

Facilitación de las sesiones:

- Mantener la perspectiva de género y defender los derechos humanos, de las mujeres, y los derechos sexuales y reproductivos como los marcos de nuestro trabajo.
- Mantener una actitud compasiva y ofrecer apoyo a las participantes, evitando cualquier juicio o crítica de sus acciones.
- Promover una relación incondicional y compasiva entre las facilitadoras y las participantes, lo cual permite el desarrollo de un ambiente de confianza y armonía que es necesario para el grupo.
- Reconocer que el trabajo de las facilitadoras no es de dirigir o dominar, sino de acompañar y facilitar un proceso.
- Emplear varios mecanismos para empoderar las mujeres, como técnicas de auto-apoyo, foros de videos, ejercicios en grupo, juegos de roles, ejercicios escritos y técnicas para la relajación, entre otros.

Monitoreo y evaluación de los grupos:

- Evaluar el trabajo del grupo periódicamente y establecer un sistema para recibir comentarios de las participantes para mantener las sesiones pertinentes y productivas.

SUGERENCIAS PARA FACILITAR LOS GRUPOS DE APOYO PARA LAS MUJERES

Contenido de las sesiones de grupo. Los grupos de apoyo en PLAFAM enfrentan muchos de los variados aspectos relacionados con la violencia basada en género, desde identificar la violencia basada en género como un problema de salud pública hasta ayudar a las mujeres a comprender que poseen los recursos para desenvolverse y adaptarse a sus ámbitos. Otros temas incluyen:

- La discusión de los mitos culturales y las realidades sobre la violencia basada en género.
- La definición de “género” y su diferenciación del concepto de “sexo”.
- El enfoque de los estereotipos de los roles masculinos y femeninos.
- La exploración de la historia y construcción de las desigualdades de género, donde predomina la justificación y/o naturalización de la violencia.
- La enseñanza acerca del ciclo de la violencia, sus causas y consecuencias y cómo usar ese conocimiento para elaborar un plan de seguridad personal.
- El suministro de información jurídica sobre los derechos de las mujeres en situaciones violentas, sobre dónde se pueden obtener esos servicios jurídicos, e información general sobre la Ley Venezolana de Mujer y Familia.

Para ayudar a las mujeres a fortalecerse e incrementar su autoestima, las facilitadoras también exploran los sentimientos de desesperación, culpa y enojo, entre otros. A fin de fortalecer la autoestima, conducen a las mujeres a identificar sus puntos fuertes, recursos y mecanismos para superar situaciones violentas y los sentimientos que les provocan esas situaciones. Además, proponen estrategias sustitutivas para hablar con los niños y niñas que son testigos o víctimas de la violencia doméstica, quienes pueden mostrar hostilidad, aislarse o desarrollar otros tipos de problemas emocionales. Finalmente, las facilitadoras presentan a las mujeres un marco para que puedan elaborar planes a corto y mediano plazo, haciendo hincapié en el apoyo que puede ofrecer el grupo de mujeres sobrevivientes.

Estilos y estrategias de facilitación. En PLAFAM, las facilitadoras son las personas que orientan, dirigen, guían y apoyan en el grupo e individualmente a las mujeres que participan en él. Las facilitadoras, todas mujeres, son las responsables de la constitución del grupo, están encargadas de la coordinación de todos los recursos para programar las sesiones, y deben propiciar una buena relación entre las integrantes del grupo. A medida que las mujeres participan y comparten sus experiencias, el grupo comienza a tomar la responsabilidad y al mismo tiempo las facilitadoras deben estar conscientes de todo el proceso grupal y realizar constantes evaluaciones sobre

el desarrollo del mismo. En términos generales, el personal considera que las participantes son quienes dan la pauta; es decir ellas son las que imponen el ritmo de trabajo para realizar los objetivos que se establecen para cada sesión. PLAFAM ha utilizado una variedad de estilos que van desde una postura directa y positiva en sus inicios hasta una forma más abierta y flexible en la medida en que el grupo va avanzando o según las necesidades que planteen las mujeres. Las facilitadoras suelen desempeñar un papel más directivo cuando brindan información, aclaran algún punto o contestan preguntas, y más flexibles cuando se trata de decisiones que debe tomar el grupo en su conjunto, tales como modificar el contenido de la conversación.

Entre las funciones que cumplen las facilitadoras figuran:

- Brindar apoyo a las participantes para que puedan comprender su situación y tomar decisiones de acuerdo con sus necesidades individuales;
- Alentarlas para que reconozcan los cambios que deben realizar para escapar de la violencia basada en género y lograr que se respeten sus derechos sexuales y reproductivos;
- Analizar las experiencias que las mujeres comparten;
- Conducir el grupo de manera que permita convertir las intenciones en resultados, sirviendo de guía y haciendo hincapié en la capacidad, las energía y el talento de cada participante; y
- Sistematizar los objetivos de las sesiones, utilizar los materiales adecuados y llevar registros o notas de las sesiones.

e. Monitoreo y evaluación de los servicios especializados

Los programas de salud que prestan servicios especializados —como los de consejería, psicoterapia, servicios jurídicos y grupos de apoyo para mujeres— necesitan encontrar maneras de monitorear y evaluar dichos servicios. La iniciativa de la IPPF/RHO no desarrolló herramientas estándar o instrumentos para ese fin ya que cada asociación miembro eligió un método distinto para prestar servicios a las mujeres que eran objeto de violencia. De todos modos, de las experiencias individuales de cada asociación surgieron varias lecciones que se enumeran a continuación:

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Los programas de salud deberían considerar la posibilidad de usar diversos métodos informales para evaluar las iniciativas piloto. Cuando los programas de salud comienzan a ofrecer servicios nuevos —como los servicios jurídicos, de consejería y los grupos de apoyo— es esencial conocer lo antes posible si los mismos están bien diseñados. En lugar de esperar mucho tiempo para realizar una evaluación formal, podría ser útil que los programas de salud recurrieran a evaluaciones no formales, tales como grupos de debate y entrevistas con las y los integrantes del personal y las usuarias durante las etapas iniciales del diseño y la puesta en práctica de los nuevos servicios. Las asociaciones miembro notaron que esas evaluaciones ayudan a corregir problemas tempranos, y eventualmente, podrían ser utilizadas para redactar un informe de los hallazgos para compartir con otras clínicas u organizaciones.

El estudio de casos y los métodos cualitativos pueden ser medios importantes para evaluar los servicios especializados. Los Anexos de este manual contienen una breve descripción de los métodos cualitativos que se pueden utilizar para recabar las opiniones de las y los proveedores y las usuarias sobre la calidad, los beneficios y los riesgos de los servicios que se brindan a las sobrevivientes de violencia. Esas técnicas pueden resultar útiles para la evaluación de los servicios especializados, como los servicios jurídicos, psicológicos y de apoyo emocional.

Aunque cada servicio deberá contar con sus propios objetivos, indicadores y métodos de supervisión y evaluación, la siguiente tabla describe algunos elementos comunes.

Objetivos posibles de los servicios especializados	Preguntas clave para determinar si el objetivo se cumplió
Facilitar el acceso de las mujeres que son víctimas de violencia a servicios accesibles	<p>¿Cuántas mujeres han recibido cada tipo de servicio en diferentes períodos?</p> <p>¿Se brindaron los servicios de la manera en que se los había planificado?</p> <p>¿Cuál fue el costo del servicio por mujer asistida? ¿Es sostenible?</p> <p>¿Se trata del mejor modelo para facilitar el acceso de las mujeres a los servicios o existe alguna otra posibilidad mejor y más costo-efectiva (por ejemplo: prestar servicios internos en lugar de referir a las usuarias a servicios fuera de la organización)?</p>
Aumentar la calidad de los servicios especializados que reciben las mujeres	<p>¿Se realizaron cambios al diseño del programa original? ¿Por qué?</p> <p>¿Es adecuado y viable el diseño actual de programa (por ejemplo, el número de sesiones individuales que se ofrece a las mujeres antes de ser derivadas a los grupos de apoyo)?</p> <p>¿Qué se sabe sobre los conocimientos y las actitudes y capacidad de las y los prestadores de servicios? ¿Han variado desde la evaluación inicial?</p> <p>¿Qué piensan las usuarias sobre la manera en que se brindan los servicios (por ejemplo, sobre el espacio físico, el número de sesiones, las actitudes y la capacidad de las y los proveedores, etc.)?</p> <p>¿Qué opinan las usuarias de la calidad de los servicios?</p>
Mejorar la situación de mujeres que han sufrido situaciones de violencia	<p>¿Qué beneficios trajeron los servicios a las mujeres? Por ejemplo, ¿creen las usuarias que los servicios son beneficiosos? ¿De qué manera? ¿Qué proporción de casos se resolvió de manera positiva desde el punto de vista de la usuaria y de las y los proveedores?</p> <p>¿Que riesgos implicó la prestación de los servicios? Por ejemplo, ¿sufrió alguna usuaria consecuencias negativas a raíz de los servicios, tales como más actos de violencia, angustia o algún tipo de pérdida material que de algún modo pueda relacionarse con los servicios especializados?</p>

VI. Más allá de la clínica: El establecimiento de redes, la defensa y promoción en el área legal, y la educación comunitaria

a. Sinopsis

Existen por lo menos dos factores que deben impulsar a las organizaciones de salud a mirar más allá de las clínicas cuando se trata de la violencia basada en género:

En primer lugar, las sobrevivientes de la violencia pueden tener necesidades que superan la atención de salud, como la necesidad de obtener asesoramiento jurídico, protección policial, vivienda, apoyo económico y otros servicios sociales. Esas necesidades pueden llegar a ser hasta más importantes que la atención de salud, y ninguna organización puede prestar por sí todos los servicios que puede necesitar una sobreviviente.

En segundo lugar, las clínicas deben estar conscientes de lo que sucede en el mundo que las rodea, de manera que puedan contribuir con una política de debate más abierta y con los esfuerzos por modificar las perspectivas de la comunidad, tanto a nivel regional como nacional, en lo que respecta a los derechos de las mujeres y la violencia basada en género. Por medio de la defensa legal y de los esfuerzos educativos comunitarios, las organizaciones de salud tienen un papel importante que cumplir desafiando normas sociales que perpetúan la violencia contra las mujeres.

El establecimiento de alianzas con otras organizaciones requiere tiempo y esfuerzos, y a veces, tener que trabajar con otros sectores, particularmente cuando las y los integrantes del personal están sobrecargados de trabajo y los recursos son limitados, representa un gran desafío para los programas de salud. Sin embargo, las alianzas pueden posibilitar la conquista de grandes logros, tanto para las instituciones involucradas como —y aun más importante— para las mujeres que viven en situaciones de violencia.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Participantes de la iniciativa de la IPPF/RHO emprendieron varias estrategias con el fin de identificar posibles aliados y de crear o fortalecer vínculos. PROFAMILIA, por ejemplo, estableció importantes alianzas con el sector público, y eso le permitió llevar a cabo actividades de capacitación y campañas de sensibilización con los organismos encargados de hacer cumplir la ley y las y los jueces. PLAFAM coordinó la Red Nacional para la Prevención de Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes y realizó varios esfuerzos por propugnar y despertar conciencia sobre los distintos tipos de violencia. Sus experiencias permitieron registrar varios pasos recomendables:

Identificar posibles aliados. Aun en ámbitos de pocos recursos, es posible encontrar alguna organización o algún individuo que también esté trabajando en la cuestión de la violencia basada en género. El primer paso para llevar a cabo una colaboración coordinada consiste en identificar quiénes son los aliados potenciales y establecer con ellos un contacto inicial para expresarles interés en realizar esfuerzos comunes.

Usar como marco el enfoque de los derechos humanos. Debido a que cada organización puede dar prioridad a distintos aspectos relacionados con la violencia (la investigación, la protección jurídica, el apoyo emocional, etc.), es importante establecer una base común. Mediante el empleo de un marco de derechos humanos, las agrupaciones pueden compartir un conjunto de principios claros y ayudar a establecer una agenda común para las mismas.

Garantizar que las redes exijan a sus integrantes que se hagan responsables de sus acciones. Las redes pueden constituir un mecanismo importante para garantizar que las sobrevivientes dispongan de acceso a los diversos servicios que necesiten. Sin embargo, para que las redes de referencias sean eficaces, las organizaciones no deben considerar que una vez derivado el caso ya pueden “lavarse las manos”. Por el contrario, deben crear mecanismos que permitan realizar un seguimiento de casos y controlar cómo trabajan las organizaciones individuales y la red misma.

Tener una visión de los factores sociales que contribuyen a la violencia. Además de prestar los servicios específicos que requieren las sobrevivientes, las redes deberían también tratar de abordar los factores que contribuyen a que la violencia ocurra. Esto comprende el trabajo para cambiar las normas culturales, además de las labores con respecto a cuestiones tales como la pobreza o el desempleo, que podrían estar obligando a las víctimas a seguir viviendo en relaciones violentas. Con ese fin, es importante considerar otras organizaciones cuya atención puede no estar centrada específicamente en los temas de la violencia, pero que aún así ofrecen un enorme potencial de colaboración (por ejemplo, las organizaciones dedicadas al VIH/SIDA, a la igualdad de oportunidades, a los micro créditos, etc.)

Usar las redes como espacios de reflexión y como medios de difusión de las lecciones aprendidas. La falta de cooperación entre las organizaciones dentro de una misma región o un mismo país a veces es causa de pérdida de tiempo y de recursos importantes. Una red de trabajo también puede ser útil como espacio de intercambio de información y para la reflexión colectiva acerca de las lecciones aprendidas. Esto podría ser particularmente importante si tanto asociaciones civiles como gubernamentales formaran parte de la red, ya que permitiría que las lecciones aprendidas por medio de proyectos piloto dirigidos por organismos no gubernamentales, puedan ser transferidas al sector público donde se alcanzaría un mayor número de sobrevivientes.

b. Alianzas con otras organizaciones

La lucha para prevenir la violencia, la realización de campañas de concienciación y la propugnación de una legislación mejor no puede ser ganada exclusivamente a cargo del sector de salud, y mucho menos por una única institución. Por eso, los programas de salud tienen la responsabilidad de conectarse con otras organizaciones dedicadas a los temas relacionados con violencia. Esto puede incluir tanto a las organizaciones individuales como a las redes de organizaciones. Por ejemplo:

Redes de acción social y promoción: grupos de organizaciones que se unen para llevar adelante acciones destinadas a modificar políticas, controlar el cumplimiento de acuerdos internacionales por parte de los gobiernos o realizar campañas en los medios de comunicación.

Redes de referencia: grupos de organizaciones que establecen acuerdos formales o informales para facilitar el acceso de las sobrevivientes a los diferentes servicios por medio de referencias y contra-referencias.

Grupos de organizaciones que combinan esfuerzos por un tiempo determinado y con un objetivo específico: Por ejemplo, estos grupos pueden reunirse para organizar eventos en los días conmemorativos como el 25 de noviembre, Día Internacional de Lucha contra la Violencia contra la Mujer, o también aunar esfuerzos para redactar lineamientos a nivel nacional y protocolos para enfocar temas de violencia dentro del sistema de salud.

En algunos ámbitos, estas redes no existen o no están tan activas o efectivas como podrían ser. En esos casos, para los programas de salud puede resultar útil ayudar a construir o revitalizar los sistemas de redes locales. En otros casos, las redes ya existen y los programas de salud sólo tienen que investigar la manera en que pueden conectarse con ellas y participar. Muchas veces, luego de investigar la situación en el terreno de la violencia basada en género, algunos organizadores de programas de salud se sorprenden al descubrir cuánto han avanzado otras organizaciones en esa área.

En la práctica

Construir alianzas con otras organizaciones

Las tres asociaciones miembros de la IPPF/RHO se unieron a redes y establecieron alianzas con otras organizaciones dedicadas a las cuestiones de la violencia basada en género, tanto a nivel local como nacional. Por ejemplo:

PROFAMILIA ha participado durante años en una red de organismos no gubernamentales que se dedican a las cuestiones relacionadas con la violencia basada en género. Gracias a su participación en la lucha por crear conciencia sobre la necesidad de detener la violencia contra las mujeres, PROFAMILIA logró incorporar las cuatro preguntas de detección de sus cuestionarios en las Normas Nacionales y Procedimientos para la Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar contra la Mujer.

Otro ejemplo proviene de PLAFAM, que durante muchos años integró la Red Nacional de Prevención del Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en Venezuela. En 2002, PLAFAM fue la agencia coordinadora de esa red.

INPPARES ha colaborado en el fortalecimiento de las redes de referencia locales en las comunidades periféricas de Lima, Perú.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Participar en las redes de organizaciones puede beneficiar a los programas de salud y contribuir a aumentar el marco de la lucha contra la violencia basada en género. A largo plazo, la colaboración con otras organizaciones no sólo beneficia a los programas de salud, sino que también ofrece la posibilidad de que las organizaciones para la salud participen en los debates más amplios de políticas, ya que genera conciencia de que la violencia basada en género es una cuestión de salud pública.

En algunos ámbitos, las organizaciones de la salud pueden necesitar establecer o revitalizar redes. En algunos ámbitos, no existe el trabajo social formal o las redes de referencia; y si existen, son poco activas o eficaces. En ese caso, las organizaciones de la salud deben construir redes o revitalizar las que ya existen. El primer paso en este proceso consiste en confeccionar una lista de instituciones que ya se dediquen a los temas relacionados con la violencia contra las mujeres. Según sea el nivel de recursos de los que se dispone, un programa de salud puede decidir que comenzará por colaborar de manera informal con un pequeño número de organizaciones, o tratará de establecer una colaboración más formal con grandes redes de organizaciones.

Para alentar a otras organizaciones a colaborar, será necesario sensibilizar a las mismas, a fin de que comprendan que la violencia basada en género es un problema de salud pública. Para alentar a otras organizaciones a colaborar en las redes de referencias y de acción social, será necesario que los programas de salud realicen campañas de sensibilización que llamen la atención acerca de la magnitud del problema y la necesidad de enfocarlo de manera integrada.

Para organizar redes formales contra la violencia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere un método de cinco pasos¹¹⁶ que en líneas generales dice lo siguiente:

1. Familiarizarse con las instituciones en el área local que ofrecen servicios que podrían ayudar a las mujeres que son víctimas de la violencia basada en género.
2. Identificar un grupo central que desarrolle un proceso democrático para asegurar la participación de organizaciones importantes.
3. Desarrollar un proceso de concientización sobre el grave problema que representa la violencia basada en género.
4. Elaborar un plan estratégico para enfocar el problema que se base en un modelo de atención integral acordado por las organizaciones participantes.
5. Establecer mecanismos de operación tales como conferencias, encuentros, tareas y responsabilidades.

c. Defensa y promoción en el área legal y educación comunitaria

En este manual, hemos hecho hincapié en la importancia de enfocar la violencia basada en género en el marco de los derechos humanos, porque ello proporciona una serie de principios claros para entender el contexto general de dicha violencia y asegura un compromiso con los derechos y la dignidad de las sobrevivientes. El sector de la salud puede contribuir significativamente a aumentar el respeto por los derechos humanos si defiende y fomenta una mayor protección jurídica de las mujeres y redobla los esfuerzos para educar a la población en general y a los grupos clave de profesionales.

En muchos ámbitos, las mujeres encuentran que los miembros de su familia, los líderes religiosos, los trabajadores de la salud, las y los proveedores de servicios sociales, la policía, el poder judicial, los medios de comunicación y/o otros prestadores de servicios a menudo minimizan y hasta justifican el sufrimiento causado por los abusos —tanto físicos como sexuales o emocionales— que se cometen contra las mujeres. En otros ámbitos, la mayor parte de la sociedad reconoce que la violencia basada en género es un problema serio, pero el sistema jurídico es tan débil que no puede procesar a los agresores, ni garantizar el respeto por los derechos de las mujeres con respecto al divorcio y a otros aspectos legales.

Las organizaciones de salud cumplen un rol importante en el esfuerzo por defender y promover un sistema jurídico que brinde mayor protección a las mujeres y por cambiar las actitudes generalizadas que sólo perpetúan la violencia de género. Específicamente, los profesionales de la salud tienen la capacidad de volver a enmarcar a la violencia basada en género como un problema de salud pública y como una violación de los derechos humanos. Y esos argumentos a menudo logran modificar las opiniones, incluso las de los sectores más conservadores de la sociedad.

Recomendaciones y lecciones aprendidas

Cada asociación miembro involucrada en la iniciativa de la IPPF llevó adelante diversas actividades relacionadas con defensoría jurídica y educación comunitaria, por lo que no fue posible llegar a conclusiones estándar o comparables en esta área. Sin embargo, las experiencias sugieren varias recomendaciones generales sobre el rol que las organizaciones de salud pueden cumplir para educar a toda la comunidad y fomentar la protección jurídica de la mujer:

Usar datos para informar y modificar opiniones. Las organizaciones de salud pueden obtener y difundir sistemáticamente datos para destacar tanto la naturaleza generalizada de la violencia como sus consecuencias. Esos datos pueden ser internos, como son los índices de mujeres identificadas como víctimas en clínicas y servicios, o pueden tomar como base la comunidad entera. La filial en la República Dominicana, por ejemplo, unió esfuerzos con otras organizaciones para llevar adelante un estudio que documentó el número, el patrón y las circunstancias de los femicidios (homicidio de mujeres cometido por la ex-pareja o la pareja actual) en el país. La publicación y difusión de esa información produjo un aumento del nivel de concienciación sobre el problema, y movilizó a la opinión pública.

Supervisar y reforzar la legislación existente. Dos asociaciones involucradas en la iniciativa de la IPPF unieron esfuerzos con otras organizaciones locales para enfrentar la violencia basada en género en sus respectivos países. La defensa y promoción de una ley no termina necesariamente cuando ésta es aprobada. Las organizaciones de salud pueden ayudar a verificar que la misma se cumpla en la práctica e indicar cuáles son los aspectos que son necesarios mejorar. Y las organizaciones de salud pueden ayudar a proteger las nuevas leyes que son rechazadas por los sectores conservadores. Por ejemplo, en el caso de la República Dominicana, cuando los sectores conservadores trataron de debilitar la legislación sobre la violencia, PROFAMILIA aunó fuerzas para presionar contra cualquier tipo de cambio de la misma.

Tratar de mejorar el cumplimiento de las leyes. Las organizaciones de salud también pueden trabajar para mejorar la forma en que se aplican las leyes educando a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y a las y los jueces en relación con la naturaleza de la violencia basada en género y sus consecuencias. Por ejemplo, las y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley pueden rechazar casos de violencia basada en género por considerar que se trata de un tema privado; o, a la inversa, porque pueden sentirse frustrados al ver que la víctima regresa con el agresor. Si se educa a funcionarios sobre la naturaleza compleja de la violencia ejercida por la pareja íntima y los riesgos inherentes a la decisión de abandonar una relación violenta, se podría mejorar la calidad de la asistencia que se brinda a las mujeres. PROFAMILIA ha entablado buenas relaciones con algunos organismos encargados de hacer cumplir la ley y ha ofrecido capacitación jurídica a los miembros de los diferentes niveles de las organizaciones.

Educar a la comunidad para que conozca sus derechos. Las organizaciones de salud pueden trabajar para informar al público sobre sus derechos de acuerdo con la legislación existente. PROFAMILIA, en la República Dominicana, por ejemplo, publicó tres versiones diferentes de la legislación sobre violencia para poder alcanzar a sectores de la población con grados diversos de alfabetización.

VII. Bibliografía y referencias

Durante el proceso de planificación de la iniciativa regional, la IPPF/RHO descubrió que varias publicaciones le resultaron esenciales. No hubiera sido posible confeccionar el presente manual sin el trabajo que realizaron antes organizaciones como Family Violence Prevention Fund (Fundación para la Prevención de la Violencia Familiar), la Organización Mundial de la Salud, Center for Health and Gender Equity, CHANGE (el Centro para la Salud y la Igualdad de Género) y otros. Recomendamos el uso de este manual en combinación con la siguiente bibliografía:

Para una bibliografía en profundidad de publicaciones sobre la violencia contra la mujer y el rol que debe asumir el sector de la salud:

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) “Ending violence against women” [“Poniendo Fin a la Violencia contra las Mujeres”], *Population Reports*. 27(4). (El texto completo se puede encontrar en el sitio: www.jhuccp.org/pr/l11edsum.shtml)

Shane B, Ellsberg M (2002) “Violence Against Women: Effects on Reproductive Health [“La violencia contra la mujer: Efectos sobre la salud reproductiva”], *Outlook 20*. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) (2002).

Organización Mundial de la Salud, *World Report on Violence and Health* [“Informe Mundial sobre Violencia y Salud “] (Génova, Organización Mundial de la Salud, 2002).

Para herramientas y pautas para profesionales de la salud desde el punto de vista de un país desarrollado:

Family Violence Prevention Fund (Fundación para la Prevención de Violencia Familiar) ha publicado materiales muy completos con lineamientos y capacitación para las y los profesionales de la salud. La información proviene en su mayor parte de investigaciones y experiencias clínicas en los Estados Unidos, pero es un excelente recurso en la atención de las víctimas de violencia. (Los dos manuales se pueden adquirir por Internet en: www.endabuse.org)

Warshaw C, Ganley AL (1998) *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers* [“Mejora de la Respuesta de Atención de Salud a la Violencia Doméstica.: Un Manual de Recursos para Proveedores de Salud”] *Family Violence Prevention Fund* San Francisco.

Ganley AL (1998) *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer’s Manual for Health Care Providers* [“Mejorando la Respuesta de Atención de Salud a la Violencia Doméstica: Manual de Entrenadores para las y los Proveedores de Salud”]. *Family Violence Prevention Fund*.

Para pautas de diagnóstico y tratamiento de varios tipos de violencia y abuso:

La Asociación Médica Estadounidense ha publicado las siguientes guías en inglés, que IPPF/RHO tradujo, adaptó y publicó en español. El texto completo de estas publicaciones está disponible en inglés en el sitio de la Asociación Médica Estadounidense (www.ama-assoc.com) y en español en el sitio de IPPF/RHO (www.ippfwhr.org).

- *Estrategias para el tratamiento y la prevención del maltrato físico y la negligencia hacia el menor*
- *Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia*
- *Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia doméstica*
- *Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia doméstica en la salud mental*
- *Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia sexual*

Referencias

- 1 *BASTA! Boletín informativo de IPPF/RHO sobre cómo integrar la violencia basada en género con la salud sexual y reproductiva.* Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), 2000, 2001, 2002.
- 2 Guedes A, Bott S, Cuca Y. "Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region" ("Cómo integrar la detección de rutina para la violencia basada en género en los servicios de salud sexual y reproductiva: Resultados de un estudio realizado por la IPPF/RHO"). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78 (1): S57 - S63, 2002.
- 3 Guedes A, Bott S, Guezmes A, Helzner J. "Gender-based violence, human rights, and the health sector: lessons from Latin America" ("Violencia basada en género, derechos humanos y el sector salud: lecciones de Latinoamérica"). *Health and Human Rights*. 6(1): 177-193, 2002.
- 4 Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer.* Medidas del Plenario No. 85. Ginebra, 20 de Dic., 1993.
- 5 Por ejemplo, referirse a Organización Mundial de la Salud. "Asunto de Géneros: Política de Géneros de la OMS y la importancia del género en las intervenciones e investigación en salud". Presentación en Power Point. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2003. (Disponible en www.who.int, accesado 10/2003).
- 6 Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. "Ending Violence Against Women" ("Fin de la Violencia contra las Mujeres"). *Population Reports*, XXVII(4), Serie L, No .1.1, 1999.
- 7 *Resolución WHA49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud No. 49.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
- 8 Krug E et al., eds. *World Report on Violence and Health* ("Informe Mundial sobre Violencia y Salud"). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- 9 García-Moreno C et al. Preliminary Results From the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence" ("Resultados preliminares del estudio de la OMS en varios países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica"). Presentación realizada en la Conferencia Mundial sobre Daños, Montreal, mayo de 2002.
- 10 Gazmararian J, Adams M, Saltzman L et al. "The relationship between intendedness and physical violence in mothers of newborns" ("La relación entre lo intencional y la violencia física en madres de recién nacidos"). *Obstet Gynecol*, 85:131-138, 1995.
- 11 Walker et al. "Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect" ("Estado de salud de mujeres adultas, miembros HMO con historias de abuso y negligencia en la niñez"). *American Journal of Medicine*, 107(4): 332-339, 1999.
- 12 Campbell J et al. "Health Consequences of Intimate partner violence" ("Las consecuencias en la salud de la violencia por parte de la pareja íntima"). *Lancet*, 359(9314): 1331-1336, 2002.
- 13 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 14 Murphy C et al. "Abuse: a risk factor for low birth weight? A systemic review and meta-analysis" ("El abuso: ¿un factor de riesgo para el bajo peso al nacer?"). *Canadian Medical Association Journal*, 164(11): 1567-1572, 2001.
- 15 Germaine A. "Population and reproductive health: Where do we go next?" ("La población y la salud reproductiva: ¿A dónde vamos de aquí?"). *American Journal of Public Health*, 90(12): 1845-1847, 2000.
- 16 Ortiz-Ortega A, Helzner J. "Opening windows to gender: A case study of a major international population agency" ("Abriendo ventanas al género: Estudio de caso de un organismo internacional sobre población"). Estudio de Trabajo de la IPPF/RHO No. 1, 2000.
- 17 *Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género.* Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), 2000.
- 18 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 19 Warshaw C, Ganley A. *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers* ("Mejora de la Respuesta de Atención de Salud a la Violencia Doméstica: Un Manual de Recursos para Proveedores de Salud"). San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 1998.
- 20 Krug E et al, 2002. Ver referencia #8.
- 21 "Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de Julio, 1946". *Documentos Básicos 29.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1993.
- 22 Jejeebhoy S. "Wife-beating in rural India: A husband's right?" ("Golpiza a esposas en zonas rurales de la India: ¿Un derecho del esposo?"). *Economic and Political Weekly (India)*, 23(15): 588-862, 1998.

- 23 Comentarios de un parlamentario durante los debates en el recinto sobre golpes a las esposas en Papua Nueva Guinea, citados en Heise L, Pitanguy J, Germain A. "Violence against women: the Hidden Health Burden" ("Violencia contra la mujer: La Carga Oculta de la Salud"). *Papel de discusión del Banco Mundial #255*. Washington DC: Banco Mundial, 1994.
- 24 Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa" ("Las mujeres disfrutaban del maltrato: actitudes y experiencias de violencia basada en género de las enfermeras de PHC en zonas rurales de Sudáfrica"). *Social Science and Medicine*, 54(8): 1243-54, 2002.
- 25 "Fury over Japan Rape Gaffe" ("Furia por comentario sobre violación en Japón"). *BBC News, World Edition*, 27 junio 2003.
- 26 Respuesta del fiscal auxiliar en Perú cuando una estudiante de enfermería denunció haber sido agredida sexualmente por oficiales de policía durante su custodia. Documentado por Human Rights Watch y citado por Heise, Pitanguy y Germaine, 1994. Ver referencia #23.
- 27 Comentario vertido a periodistas luego de la violación de 71 niñas en edad escolar en Kenia. Informado por el *New York Times* y citado por Heise, Pitanguy y Germaine, 1994. Ver referencia #23.
- 28 "Japan rape victims 'asking for it'" ("Las víctimas de violación en Japón 'que así lo quieren']"). *BBC News, World Edition*, 3 de julio, 2003.
- 29 Justificación dada por un juez a la Cámara de los Comunes Canadiense ante la suspensión de la sentencia dictada a un hombre de 33 años que había agredido sexualmente a una niña de tres años. Citado en Heise, Pitanguy y Germaine, 1994. Ver referencia #23.
- 30 IPPF/RHO, 2000. Ver referencia #17.
- 31 Krug E et al., eds., 2002. Ver referencia #8.
- 32 Heise et al, 1999. Ver referencia #6 (p. 1-44).
- 33 Blanc A. "The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence" ("Los efectos del poder en las relaciones sexuales sobre la salud reproductiva y sexual: Examinación de la prueba"). *Studies in Family Planning*, 32(3): 189-213, 2001.
- 34 *El Poder en las Relaciones Sexuales: Diálogo entre profesionales en salud reproductiva*. Nueva York: Population Council/IPPF/RHO, 2001. Disponible en internet en: www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/powersex_spn.pdf
- 35 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 36 Para mayor información, leer la *Guía para Diseñar Proyectos Orientados a Resultados y Redactar Propuestas Exitosas*. Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), 2002. Disponible en internet en: www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/proposal_guide_s.pdf.
- 37 "Putting Women First: ethical and safety recommendations for research on domestic violence" ("Poniendo a las mujeres en primer lugar: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica"). Ginebra: OMS, 2001. Disponible en Internet en: www.who.int/docstore/frh-whd/PDFfiles/Ethical%20Guidelines2.pdf.
- 38 Guedes A, Bott S, Cuca Y, 2002. Ver referencia #2.
- 39 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 40 García-Moreno C. "Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women" ("Dilemas y oportunidades para una respuesta adecuada de los servicios de salud ante la violencia contra la mujer"). *Lancet*. 359:1509-14, 2002.
- 41 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 42 Comunicación personal con Ana Guezmes, Lima, Perú.
- 43 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 44 García-Moreno C et al, 2002. Ver referencia #9.
- 45 Gazmararian J et al, 1995. Ver referencia #10.
- 46 Comunicación personal con profesionales de varios países de Latinoamérica y Gran Bretaña.
- 47 Ver por ejemplo Heise, Pitanguy y Germaine, 1994 (referencia #23).
- 48 Aunque PLAFAM recibió recientemente la certificación del gobierno que les permite incluir sus informes médicos como apéndice en los expedientes legales presentados ante los tribunales.
- 49 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 50 Warshaw C, Ganley A, 1998. Ver referencia #19.
- 51 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 52 Campbell J. *Assessing Dangerousness: Violence by Sexual Offenders, Batters and Child Abusers* ("Evaluación de Peligros: Violencia por parte de Agresores Sexuales, Golpeadores y Abusadores de Menores"). Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1995.
- 53 Worth D. "Sexual Decision-Making and AIDS: Why Condom-Promotion Among Vulnerable Women is Likely to Fail" ("Toma de Decisiones sobre Sexo y SIDA: ¿Por qué es probable que fracase la promoción del uso del condón entre las mujeres vulnerables"). *Studies in Family Planning* 20(6): 297-307, 1989.

- 54 Britton B. "Gender, Power and HIV: The Impact of Partner Violence in the Context of Poverty on Women's Risk of Infection in the USA" ("Género, Poder y VIH: Efectos de la violencia conyugal sobre el riesgo para la mujer de contraer la enfermedad en un contexto de pobreza en los Estados Unidos"). Ensayo presentado en la 12ª Conferencia Mundial sobre SIDA, 28 de junio - 3 de julio de 1998. Ginebra, Suiza.
- 55 North R, Rothenberg K. "Partner Notification and the Threat of Domestic Violence Against Women with HIV Infection" ("La notificación a la pareja íntima y la amenaza de violencia doméstica contra la mujer infectada con VIH"). *New England Journal of Medicine*, 329(16): 1194-1196, 1993.
- 56 Para más información sobre las políticas en contra del acoso sexual, ver por ejemplo la página web (inclusive los enlaces) establecida por la Oficina del Asesor Especial sobre Temas de género y el Avance de las Mujeres (OSAGI—Office of the Special Advisor on Gender Issues and Advancement of Women) de las Naciones Unidas en: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/fpsexualharassment.htm>. Para más información sobre los protocolos para el cuidado de mujeres con víctimas de la violencia basada en género, ver las pautas de diagnóstico y tratamiento publicadas por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA). Estas están disponibles a través de la AMA (www.ama-assoc.com), y en español de la IPPF/RHO (www.ippfwhr.org). Estas incluyen: *Estrategias para el tratamiento y la prevención del maltrato físico y la negligencia hacia el menor; Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual en la infancia; Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia doméstica; Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia doméstica en la salud mental; Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia sexual*. Además, el Family Violence Prevention Fund ha publicado y tiene disponible en línea muchas herramientas, políticas y protocolos que pueden resultar útiles para organizaciones de atención a la salud. Estos recursos se encuentran en: www.endabuse.org.
- 57 Nicolaidis et al. "Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner" (¿Podríamos haberlo sabido? Un análisis cualitativo de datos sobre mujeres que sobrevivieron a algún atentado de homicidio por parte de la pareja íntima"). *Journal of General Internal Medicine*, 18: 788-794, 2003.
- 58 Campbell J, 1995. Ver referencia #52.
- 59 Campbell J. *Danger Assessment Instrument* ("Instrumento para la Evaluación del Peligro"). 1988. Disponible en el internet junto con la descripción de un estudio hecho para validar la herramienta: www.son.jhmi.edu/research/CNR/Homicide/DANGER.htm [accesado 11/2003].
- 60 Campbell J et al. "Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multi-site case control study" ("Factores de riesgo de femicidio en relaciones abusivas: resultados de un estudio de control de caso multi-zonal"). *American Journal of Public Health*, 93: 1089-1097, 2003.
- 61 *Medical and Service Delivery Guidelines* ("Pautas médicas y para la prestación de servicios"). Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, 2002.
- 62 *CEC Service Delivery Guidelines, 2nd Edition* ("Pautas para la prestación de servicios, segunda edición"). Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia, 2003.
- 63 García-Moreno C et al, 2002. Ver referencia #9.
- 64 Gazmararian, JA, Adams M, Saltzman L et al. Ver referencia #10.
- 65 von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. "Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial" ("El empleo de dosis bajas de mifepristone y dos regímenes de levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia: una prueba al azar multicéntrica de la OMS"). *Lancet* 360 (9348): 1803-1810, 2002.
- 66 *Medidas claves para el seguimiento de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, (Párrafo 63iii). Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York, 1999.
- 67 Holmes M, Resnick H, et al. "Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women" ("Embarazos debidos a violaciones: estimados y características descriptivas de una muestra nacional de mujeres"). *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 175(2): 320-324, 1996.
- 68 Mulugeta E., Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students ("Prevalencia y consecuencias de la violencia sexual entre estudiantes secundarios"). *Ethiopian Medical Journal*, 36 (3): 167-74, 1998.
- 69 De Bruyn M. *Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action* ("Violencia, embarazo y aborto: cuestiones relacionadas con los derechos de las mujeres y la salud pública. Análisis de los datos mundiales y recomendaciones para la acción"). Chapel Hill, NC: Ipas, 2001.
- 70 *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data – Third edition* ("El aborto inseguro: Estimados mundiales y regionales de la incidencia de la mortalidad debida al aborto inseguro con un listado de los datos por países disponibles, tercera edición"). (WHO/RHT/MSM/97.16). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
- 71 Holmes M, Resnick H et al, 1996. Ver referencia #67.

- 72 Mulugeta E., Kassaye M, Berhane Y, 1998. Ver referencia #68.
- 73 Rahman A, Katzive L, Henshaw S. A global review of laws on induced abortion, 1995-1997 (“Una revisión mundial de las leyes referidas a los abortos inducidos, 1995-1997”). *International Family Planning Perspectives*, 24(2):56-64, 1998.
- 74 Billings DL, Moreno C, González de León D, Ramos C, Ramírez R, Villaseñor L, Rivera Diaz M. Constructing Access to Legal Abortion Services in Mexico City (“La creación de acceso a los servicios legales de aborto en la Ciudad de México”). *Reproductive Health Matters*, 10(19):86-94, 2002.
- 75 Gasman N, Moreno C, Billings DL, Bross C. “Building a comprehensive model of care for women victims/survivors of sexual violence that includes legal abortion: Ipas experience in Mexico” (“La construcción de un modelo integral de atención a las mujeres que son víctimas o sobrevivientes de la violencia que contemple el aborto legal: Las experiencias de Ipas en México”). *Dialogue* 7(2), octubre. Chapel Hill, NC: Ipas, 2003.
- 76 *Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model* (“Elementos de la atención post aborto: Un modelo ampliado y actualizado”). *Post Abortion Care in Action #2, Special Supplement*. Postabortion Care Consortium Task Force, 2002.
- 77 OMS, 1997. Ver referencia #70.
- 78 Campbell J et al, 2002. Ver referencia #12.
- 79 De Bruyn M. *Violence, pregnancy and abortion: issues of women’s rights and public health – 2nd Edition* (“Violencia, embarazo y aborto: cuestiones relacionadas con los derechos de las mujeres y la salud pública”). Chapel Hill, NC: Ipas, 2001.
- 80 Jewkes R et al. “Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three South African provinces (“La prevalencia del abuso emocional, físico y sexual contra las mujeres en tres provincias de Sudáfrica”). *South African Medical Journal*, 91(5):421-428, 2001.
- 81 Muhajarine N, D’Arcy C. “Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors” (“El abuso físico durante el embarazo”). *Canadian Medical Association Journal*, 160(7): 1007-1011, 1999.
- 82 Post Abortion Care Consortium Task Force, 2002. Ver referencia #76.
- 83 *Clinical Management of Survivors of Rape: a guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations* (“Tratamiento clínico de las sobrevivientes de violaciones: una guía para la elaboración de protocolos para el uso en situaciones que involucren a refugiados o personas desplazadas internamente”). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 84 *Estrategias para el Tratamiento y la Prevención de la Violencia Sexual*. American Medical Association, 1995. Puede obtenerse en Internet en español, en www.ipfwhr.org y en inglés en www.ama-assoc.com.
- 85 *Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. **(Se ha anunciado la publicación en 2004 de una edición corregida y actualizada).**
- 86 Véase una revisión detallada de los materiales publicados sobre este tema en la página 73 de la siguiente publicación: *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development and Operation Guide* (“Guía de desarrollo y operación del o la enfermera a cargo de los exámenes de las víctimas de las agresiones sexuales”). Minneapolis, Minnesota: Sexual Assault Resource Service, 1999. Disponible en el internet en: <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/sane/saneguide.pdf>
- 87 *Putting Women First: ethical and safety recommendations for research on domestic violence* (“Poniendo a las mujeres en primer lugar: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica”). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: www.who.int/docstore/frh-whd/PDFfiles/Ethical%20Guidelines2.pdf.
- 88 “Violence against women: relevante for medical practitioners” (“Violencia contra la mujer: relevancia para profesionales médicos”). *Journal of the American Medical Association*, 267: 3184-95, 1992.
- 89 “Domestic Violence” (“Violencia doméstica”). *American College of Obstetrics and Gynecologists Technical Bulletin* 209, 1993.
- 90 *Domestic violence: a health care issue* (“La violencia doméstica: un asunto de atención a la salud”). Londres: British Medical Association, 1998.
- 91 Campbell J, 2002. Ver referencia #12.
- 92 Gazmararian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. “Prevalence of violence against pregnant women” (“Prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas”). *Journal of the American Medical Association* 275(24):1915-1920, 1996.
- 93 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 94 Family Violence Prevention Fund. *Health Alert: Strengthening the Health Care System’s Response to Domestic Violence* (“Alerta para la salud: Fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la violencia doméstica”) 4(1), Primavera 1996.
- 95 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 96 García-Moreno C, 2002. Ver referencia #40.

- 97 Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G. "Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review" ("Los profesionales de la salud ¿deben realizar la detección a las mujeres para detectar casos de violencia doméstica? Revisión Sistemática"). *British Medical Journal*, 325, 2002.
- 98 García-Moreno C, 2002. Ver referencia #40.
- 99 Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer*. Medidas del Plenario No. 85, Ginebra, 20 de Dic., 1993.
- 100 Norton L, Peipert J, Zierler S, Lima B, Hume L. "Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods" ("Golpes durante el embarazo: evaluación de dos métodos de detección de casos"). *Obstetrics and Gynecology*, 85(3): 321-325, 1995.
- 101 Feldhaus K et al. "Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department" ("La precisión de tres preguntas breves de la detección para detectar violencia de la pareja en la sala de emergencias"), *Journal of the American Medical Association*. 277(17): 1357-1361, 1997.
- 102 Feldhaus K et al, 1997. Ver referencia #101.
- 103 Friedman L et al. "Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices" ("Investigación sobre experiencias de las víctimas. Encuesta sobre las preferencias de los pacientes y las prácticas médicas"). *Archives of Internal Medicine*, 152(6): 1186-1190, 1992.
- 104 Caralis P, Musialowski R. "Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims" ("Experiencias de las mujeres con la violencia doméstica y sus actitudes y expectativas con respecto a la atención médica de víctimas de abuso"). *Southern Medical Journal*, 90(11): 1075-1080, 1997.
- 105 Heise et al, 1999. Ver referencia #6.
- 106 Family Violence Prevention Fund. *Health Alert: Strengthening the Health Care System's Response to Domestic Violence* ("Alerta para la salud: Fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la violencia doméstica"), 6(2), Verano 1999.
- 107 Covington D, Dalton V, Diehl S, Brent D, Piner H. "Improving detection of violence among pregnant adolescents" ("Mejorar la detección de violencia entre adolescentes embarazadas") *Journal of Adolescent Health*, 21: 18-24, 1997.
- 108 Wiist W, McFarlane J. "The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics" ("La eficiencia de un protocolo de evaluación de casos de violencia en clínicas prenatales de salud pública"). *American Journal of Public Health*, 89: 1217-1221, 1999.
- 109 Adaptación de hallazgos publicados en: Bott S, Guedes A, Guezmes A (en preparación). "The health service response to sexual coercion/violence: Lessons from IPPF/WHR member associations in Latin America" ("La respuesta de los servicios de Salud a la coacción sexual/violencia: Lecciones de asociaciones miembro de IPPF/RHO en Latinoamérica"). *Proceedings of the 2003 New Delhi Conference on non-consensual sex among adolescents in developing countries*. Nueva Delhi, Population Council.
- 110 *Putting Women First: ethical and safety recommendations for research on domestic violence* ("Poniendo a las mujeres en primer lugar: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica"). Ginebra: Organización Mundial de Salud, 2001. Disponible en: www.who.int/docstore/frh-whd/PDFfiles/Ethical%20Guidelines2.pdf
- 111 Ganley A, Schechter S. *Domestic Violence: A national curriculum for family preservation practitioners* ("Violencia Doméstica: Un currículum nacional para profesionales de la preservación familiar"). San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 1995.
- 112 Por ejemplo, en Pakistán la Ofensa de Zina Ordinance, no reconoce la violación marital como una ofensa, no establece el estupro como crimen, y en algunos casos no permite a la víctima femenina que preste declaración. Ver: Burney S. *Crime or Custom: Violence against Women in Pakistan* ("Crimen o Costumbre: Violencia contra la Mujer en Paquistán"). Nueva York: Human Rights Watch, 1999. Disponible en: www.hrw.org/reports/1999/pakistan.
- 113 *Trends in Reproductive Rights Jurisprudence in Latin America: Factsheet*. Nueva York: Center for Reproductive Rights, 2002. Centro para los Derechos de Reproducción. Disponible en: www.reproductiverights.org/pub_fac_lajurisprud.htm.
- 114 Vásquez R, Romero I. "Balance regional: ¿qué permanece y qué ha cambiado?". III Seminario Regional: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos. Lima: CLADEM, 2002.
- 115 Burney S, 1999. Ver referencia #112.
- 116 *Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar*. Serie Género, y Salud Pública. San José: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud, y Desarrollo, 1999.

VIII. Anexos: Herramientas de monitoreo y evaluación

a. Marco lógico modelo

MARCO LÓGICO
PROYECTO PARA LUCHAR CONTRA LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG) EN LATINOAMÉRICA

FIN	DEFINICIONES OPERACIONALES/INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACION
Contribuir a mejorar la situación de las víctimas de violencia basada en género en [especificar localización]	Mejorar la situación para víctimas de VBG implica: (1) Fortalecer servicios para víctimas de VBG. (2) Aumentar la conciencia de la VBG como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. (3) Mejorar la protección legal para víctimas de VBG. (4) Aumentar el conocimiento sobre intervenciones efectivas de VBG. • Medida a través de cambios en los indicadores de resultado para los cuatro objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> Métodos enumerados abajo.
PROPOSITO	DEFINICIONES OPERACIONALES/INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACION
Mejorar la situación de las víctimas de la violencia basada en género en [especificar localización]	<ul style="list-style-type: none"> Medida a través de cambios en los indicadores de resultados para los cuatro objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> Estadísticas de servicio Encuestas Entrevistas en profundidad Grupos focales Registros de la organización Estudios de caso
OBJETIVOS	INDICADORES DE RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACION
1. Fortalecer la capacidad institucional de [organizaciones específicas] para ofrecer servicios a víctimas de violencia basada en género entre los servicios de salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el conocimiento, las actitudes y prácticas (CAP) del personal hacia la VBG Cambios en la infraestructura, políticas y los recursos escritos disponibles en las clínicas % de proveedores con la capacidad de identificar a víctimas de VBG y hacer la referencia apropiada (a servicios dentro y fuera de la organización) por tipo de personal Número y % de usuarias identificadas como víctimas de VBG por tipo de VBG y por centro Número de referencias hechas a servicios de VBG Número de mujeres que reciben servicios relacionados con la VBG por tipo de servicio Percepción por parte de las usuarias víctimas de la VBG sobre la atención brindada por la organización 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta de CAP de proveedores Guía de observación de las clínicas Estadísticas de servicios Grupos focales con personal Revisión de registros al azar Encuestas de salida de usuarias Entrevistas con usuarias en profundidad
2. Contribuir a aumentar la conciencia de la violencia basada en género como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos en [cada localización].	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en los conocimientos, las creencias y actitudes hacia la VBG entre las y los participantes de actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) y/o Defensa y Promoción (Advocacy) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas a profundidad Encuestas de conocimientos y actitudes Encuestas pre- y post actividades de IEC
3. Mejorar la protección legal de las mujeres que son víctimas de la violencia basada en género. A través de (a) contribuir a cambios en la política o legislación; (b) mejorar la aplicación de la ley; y (c) aumentar el conocimiento de la ley.	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la política o la legislación Cambios en la aplicación de las leyes 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de las políticas y legislaciones Estudios de casos referentes a procedimientos legales
4. Aumentar el conocimiento acerca de intervenciones eficaces por proveedores/as de servicios de salud sexual y reproductiva para dirigirse al problema de VBG.	<ul style="list-style-type: none"> Guías, herramientas y protocolos producidos, puestos a prueba en el campo y utilizados Lecciones aprendidas, documentadas y diseminadas 	<ul style="list-style-type: none"> Registros de la organización

b. Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para proveedores



ENCUESTA PARA PERSONAL DE SALUD SOBRE PERSPECTIVAS (CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS, CAP) ACERCA DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

IPPF/RHO

(Sólo para miembros del personal que atienden a mujeres a partir de los 12 años, o mayores)

PROPOSITO DE ESTA ENCUESTA:

Estamos buscando información sobre las experiencias y perspectivas del personal de salud acerca de las mujeres que han vivido o están viviendo una situación de violencia. A pesar de que la violencia ocurre en ambos sexos, esta encuesta se enfoca sobre violencia contra las mujeres. Aunque en su práctica usted no haya dado atención a mujeres víctimas de violencia, sus respuestas nos servirán de mucha ayuda. Los hallazgos de esta encuesta serán utilizados para desarrollar materiales de capacitación para mejorar los servicios de salud.

INSTRUCCIONES:

El completar esta encuesta le tomará menos de 30 minutos. Por favor complete y devuelva la encuesta.

No es necesario escribir su nombre.

Es importante que sepa que esta encuesta no tiene como propósito evaluar el desempeño, por lo que le solicitamos que conteste con la mayor sinceridad. Sus respuestas serán completamente confidenciales y no afectarán de ninguna manera su trabajo, ni su cargo. Esta información se analizará en conjunto con las demás encuestas (no en forma individual).

Para esta encuesta, la violencia basada en género puede incluir:

- La violencia intrafamiliar (física, sexual o psicológica)
- El abuso sexual o violación
- Historia de abuso sexual en la niñez

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Ciudad _____

País _____

Clínica / Centro de Servicio _____

1. ¿Cuál es su sexo?

1. Masculino
 2. Femenino

2. ¿Cuál es el puesto / cargo que ejerce en su organización? (**Marque una sola respuesta**):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Enfermero/a | <input type="checkbox"/> 5. Psicólogo/a, apoyo emocional |
| <input type="checkbox"/> 2. Médico/a en atención médica | <input type="checkbox"/> 6. Obstetra |
| <input type="checkbox"/> 3. Consejero/a u orientador/a | <input type="checkbox"/> 7. Administración |
| <input type="checkbox"/> 4. Trabajador/a Social | <input type="checkbox"/> 8. Otro (Favor especifique): _____ |

3. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted trabajando en la organización?

1. Menos de 1 año
 2. Entre 1 año y 3 años
 3. Entre 4 años y 6 años
 4. 7 años o más

4. ¿En qué rango de edad se encuentra usted?

1. Menos de 25 años
 2. 25 años a 34 años
 3. 35 años a 44 años
 4. 45 años a 54 años
 5. 55 años o más

5. Durante una semana regular, ¿cuántas mujeres de 12 años o más atiende usted?

1. Cero → **PASE A LA PREGUNTA 18**
 2. 1 a 10 mujeres
 3. 11 a 20 mujeres
 4. 21 a 30 mujeres
 5. Más de 30 mujeres

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS:**Para esta encuesta, violencia basada en género puede incluir:**

- Violencia intrafamiliar (física, sexual o psicológica)
- Abuso sexual o violación
- Historia de abuso sexual en la niñez

6. De cada 10 mujeres (de 12 años o mayores) que usted atiende, aproximadamente, ¿cuál es la proporción que usted sospecha ha sido víctima de violencia basada en género, por lo menos una vez en su vida?

(Marque con un círculo una respuesta entre 0 y 10 para cada tipo de violencia)

- | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| a. Violencia física por su pareja? | 0 | Menos de 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| b. Abuso sexual o violación? | 0 | Menos de 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| c. Abuso sexual en la niñez | 0 | Menos de 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Algunos profesionales de salud hacen preguntas **directas y específicas** a mujeres acerca de si se han sufrido violencia mientras que otros lo hacen **de manera indirecta o sólo cuando la usuaria se refiere al tema**.

Ejemplos de preguntas directas y específicas acerca de la violencia son:

“¿Alguna vez su pareja le ha hecho daño físico?”

“¿En algún momento de su vida, se ha sentido forzada a tener relaciones sexuales?”

7. En el último año, alguna vez ¿le ha preguntado usted a una mujer acerca de si ella ha sido abusada o maltratada? *(Marque una sola respuesta)*
1. Sí, he hecho al menos una pregunta **directa y específica**.
2. Nunca he hecho una pregunta directa, pero he preguntado **de manera indirecta o cuando la usuaria se refiere al tema**.
3. No he preguntado acerca de violencia durante el año pasado. → **PASE A LA PREGUNTA 12**

Durante el año pasado, ¿bajo **cuáles** de las siguientes circunstancias hizo una pregunta directa acerca de violencia basada en género? (**Marque una respuesta para cada una de las circunstancias**)

8a. ¿Preguntó por qué una usuaria presentó lesiones u otros signos de violencia?

1. Sí →
 2. No

8b. ¿Con qué frecuencia preguntó acerca de violencia bajo esta circunstancia durante el año pasado?

1. **Una vez** 2. **Varias veces** 3. **A menudo**

9a. ¿Preguntó por qué una usuaria dijo algo que le hacía a Ud. sospechar violencia?

1. Si →
 2. No

9b. ¿Con qué frecuencia preguntó acerca de violencia bajo esta circunstancia durante el año pasado?

1. **Una vez** 2. **Varias veces** 3. **A menudo**

10a. ¿Preguntó de forma rutinaria (por ejemplo, como parte de la historia clínica)?

1. Sí →
 2. No

10b. ¿Con qué frecuencia preguntó acerca de violencia bajo esta circunstancia durante el año pasado?

1. **Una vez** 2. **Varias veces** 3. **A menudo**

11a. ¿Preguntó por otra razón? (**Favor especifique**) _____

1. Si →
 2. No

11b. ¿Con qué frecuencia preguntó acerca de violencia bajo esta circunstancia durante el año pasado?

1. **Una vez** 2. **Varias veces** 3. **A menudo**

12. Por favor marque con un círculo el número de la respuesta que mejor refleje su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones: (**Marque la opción que mejor lo representa, en el caso en que esté más o menos de acuerdo**)

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
a. Me siento incómodo/a preguntar a las mujeres acerca de la VIOLENCIA INTRAFAMILIAR .	1	2	3	4
b. Me siento incómodo/a preguntar a las mujeres acerca de la VIOLACIÓN .	1	2	3	4
c. Me siento incómodo/a preguntar a las mujeres acerca del ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ .	1	2	3	4

usted le pregunte a las mujeres acerca de la violencia de género? (*Marque con un círculo un número para cada una de las siguientes declaraciones*)

<i>A veces es difícil preguntar porque:</i>	<i>En desacuerdo (no es una barrera)</i>	<i>Parcialmente de acuerdo (a veces es una barrera)</i>	<i>De acuerdo (es una barrera importante)</i>
a. Tengo limitaciones de tiempo.	1	2	3
b. Hay dificultades de espacio privado en la clínica.	1	2	3
c. Hay pocas oportunidades de hablar solo/a con las mujeres (sin familiares, parejas, niños o amigas que las acompañan).	1	2	3
d. Siento que puedo hacer poco para ayudar.	1	2	3
e. Hay pocos recursos en la comunidad para referir a las mujeres víctimas de violencia.	1	2	3
f. Puedo ofender a las mujeres si les pregunto directamente.	1	2	3
g. Diferentes creencias culturales y valores hacen difícil discutir la violencia.	1	2	3
h. Mi atención se debe enfocar en otros problemas de salud que son de mayor prioridad.	1	2	3
i. Involucrarme con casos de violencia implica comprometerme en acciones de denuncias policiales.	1	2	3
j. Puedo ocasionar posibles represalias de parte del agresor.	1	2	3
k. No he recibido suficiente capacitación para abordar el tema.	1	2	3
14. Desde su propia experiencia ¿qué otras barreras dificultan que usted pregunte directamente acerca de la violencia?			
a. _____			
b. _____			
c. _____			

15. ¿Alguna vez una usuaria le ha dicho que ella había sido víctima de:

- a. Violencia física por su pareja? 1. Sí 2. No
- b. Violencia sexual? 1. Sí 2. No
- c. Abuso sexual en la niñez? 1. Sí 2. No
- d. Otro tipo de violencia? 1. Sí 2. No
(Favor especifique) _____

16. Los/las proveedores(as) de salud tienen diferentes alternativas para responder a las víctimas de violencia. Durante el año pasado, ¿cuán frecuentemente hacía usted lo siguiente? **(Marque con un círculo un número para cada declaración):**

	<i>Nunca</i>	<i>Una vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>
a. Identifiqué o sospeché que una usuaria había sido maltratada o abusada.	1	2	3	4
b. Escuché y apoyé a una víctima de violencia.	1	2	3	4
c. Registré información acerca de un caso de violencia.	1	2	3	4
d. Orienté a una usuaria acerca de sus derechos relacionados con la violencia.	1	2	3	4
e. Informé a una usuaria acerca de servicios de referencias de CONSEJERÍA.	1	2	3	4
f. Informé a una usuaria acerca de servicios de referencias de PSICOLOGÍA.	1	2	3	4
g. Informé a una usuaria acerca de servicios de referencias de SERVICIOS LEGALES.	1	2	3	4
h. Informé a una usuaria acerca de servicios de referencias de SERVICIOS MÉDICOS.	1	2	3	4
i. Informé a una usuaria acerca de los servicios de referencias de OTROS SERVICIOS EN LA COMUNIDAD. (Favor especifique) _____	1	2	3	4
j. Valoré el nivel de peligro a que se enfrentaba la usuaria.	1	2	3	4
k. Ayudé a una usuaria en una situación de peligro establecer un plan de seguridad.	1	2	3	4
l. Informé a una usuaria sobre el impacto de la violencia en la salud, y el peligro en que la mujer se encuentra.	1	2	3	4
m. Otro (Favor especifique:) _____ _____	1	2	3	4

17. ¿Cuán capacitado/a se siente usted para...?

	<i>Poco capacitado/a</i>	<i>Medianamente capacitado</i>	<i>Suficientemente capacitado/a</i>
a. Hablar sobre violencia basada en género con las mujeres?	1	2	3
b. Detectar casos de violencia intrafamiliar física?	1	2	3
c. Detectar casos de violencia psicológica?	1	2	3
d. Detectar casos de violencia sexual?	1	2	3
e. Detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez?	1	2	3
f. Atender a las mujeres víctimas de violencia basada en género?	1	2	3
g. Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia?	1	2	3
h. Realizar con la usuaria un plan de seguridad?	1	2	3
i. Registrar los casos de violencia?	1	2	3
j. Detallar un caso de violencia en la historia clínica?	1	2	3
k. Orientar a la usuaria afectada?	1	2	3
l. Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia?	1	2	3
m. Orientar a una usuaria sobre la anticoncepción de emergencia?	1	2	3
n. Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencias de violencia sexual?	1	2	3

RECURSOS EN LA CLÍNICA Y EN LA COMUNIDAD

18a. ¿Puede usted nombrar dos instituciones que ofrecen servicios especializados a mujeres que viven en situaciones de violencia o que han sufrido violencia en el pasado?

1. Sí → 18b. ¿Cuáles son? 1. _____
 2. No 2. _____

19. En su clínica, ¿hay un directorio o una lista escrita de instituciones locales u otros recursos en la comunidad donde pueden referir a las mujeres víctimas de violencia?

1. Sí → 19a. En el último año, ¿con qué frecuencia ha utilizado usted ese directorio? (**Marque con un círculo un solo número**)
 2. No
 3. No sé

<i>Nunca</i>	<i>Una vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>
0	1	2	3

└─→ 19b. Si nunca utilizó el directorio, ¿porqué no?

20a. ¿Existe en su clínica un mecanismo para que el personal de salud sepa qué pasa con una usuaria después de hacer una referencia?

1. Sí → 20b. ¿Cuál es? _____
 2. No _____

21. En su opinión, ¿hasta qué grado existe un sistema adecuado para hacer seguimiento individual a los casos de violencia detectados?

1. Adecuado
 2. Más o menos adecuado
 3. No es adecuado
 4. No sé/ no tengo opinión

22. En su opinión, ¿hasta qué grado es adecuada la retroalimentación al personal de salud acerca de la detección y atención a víctimas de violencia de género al nivel de la clínica?

1. Adecuada
 2. Más o menos adecuada
 3. No es adecuada
 4. No sé / no tengo opinión

23. En su institución, ¿existe una norma escrita que prohíbe el acoso sexual por el personal?

1. Sí
 2. No
 3. No sé

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS:

24. Por favor marque con un círculo el número de la respuesta que mejor refleje su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones: *(Marque la opción que mejor le represente, en el caso en que esté más o menos de acuerdo)*

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
a. Las mujeres se sentirían ofendidas si les pregunto directamente sobre la violencia.	1	2	3	4	5
b. LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR es un asunto privado en que los demás no deben interferir.	1	2	3	4	5
c. Es la responsabilidad de proveedores de salud preguntar acerca de la VIOLENCIA INTRAFAMILIAR .	1	2	3	4	5
d. Es la responsabilidad de proveedores de salud de preguntar acerca de la VIOLENCIA SEXUAL .	1	2	3	4	5
e. Es la responsabilidad de proveedores de salud de preguntar acerca del ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ .	1	2	3	4	5
f. La mayoría de las víctimas negarán el abuso si se les pregunta.	1	2	3	4	5
g. El personal de salud tiene la misma responsabilidad de preguntar sobre la violencia que tiene de preguntar otros problemas clínicos.	1	2	3	4	5
h. Si la mujer no quiere contestar o hablar sobre su situación no se la debe presionar para que conteste inmediatamente.	1	2	3	4	5
i. La violencia intrafamiliar es un problema que se origina en la pobreza y la falta de educación.	1	2	3	4	5
j. El alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento.	1	2	3	4	5
k. Algunas mujeres tienen la culpa por violencia intrafamiliar porque su comportamiento inapropiado provoca la agresión de sus parejas.	1	2	3	4	5

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
l. Las mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta que las traten con violencia.	1	2	3	4	5
m. Muchas niñas y adolescentes que reportan abuso sexual, en realidad solamente han fantaseado haber tenido contacto sexual con personas adultas.	1	2	3	4	5
n. Algunas adolescentes tienen la culpa por el abuso sexual porque provocaron el abuso a través de su comportamientos sexuales inapropiados.	1	2	3	4	5
o. Los hombres no pueden controlar su conducta sexual.	1	2	3	4	5
p. Es la responsabilidad de los hombres controlar su propia conducta sexual.	1	2	3	4	5
q. Las madres son las culpables del abuso sexual contra sus hijas porque no las cuidan adecuadamente.	1	2	3	4	5
r. Los hombres que cometen incesto lo hacen porque sus esposas no los satisfacen sexualmente.	1	2	3	4	5
s. Los hombres que abusan de su pareja son frecuentemente enfermos mentales.	1	2	3	4	5
t. El sexo forzado dentro del matrimonio es una violación.	1	2	3	4	5
u. En la mayoría de casos, si una mujer se defiende, ella puede evitar que la violen.	1	2	3	4	5

25. A veces los esposos se molestan por las cosas que hacen las esposas. ¿Usted está de acuerdo en que un hombre golpee a la esposa en las siguientes situaciones:

	<i>Sí. De acuerdo</i>	<i>Sí, de acuerdo en algunos casos</i>	<i>No. En desacuerdo siempre</i>
a. Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	1	2	3
b. Si ella le desobedece?	1	2	3
c. Si ella no cumple con las tareas domésticas?	1	2	3
d. Si él sospecha que ella es infiel?	1	2	3
e. Si ella es infiel?	1	2	3
f. Cualquier otra situación? (<i>Favor especifique</i>)	1	2	3

26. ¿Existe en su país una ley o leyes que aborden la violencia intrafamiliar?

1. Sí
 2. No
 3. No sé

27a. En su país, ¿establece la ley alguna obligación legal para personal de salud que trata con una víctima de **VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**?

1. Sí
 2. No
 3. No sé

→ 27b. ¿En qué consiste esa obligación legal?

(*Favor especifique*) _____

28a. En su país, ¿establece la ley alguna obligación legal para personal de salud que trata con una víctima de **VIOLENCIA SEXUAL**?

1. Sí
 2. No
 3. No sé

→ 28b. ¿En qué consiste esa obligación legal?

(*Favor especifique*) _____

29. Marque con un círculo verdadero, falso o no sabe en cada una de las siguientes afirmaciones:

	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>	<i>No sé</i>
a. Las mujeres víctimas de violencia tienden a usar más los servicios de salud que las mujeres que no han vivido una situación de violencia.	V	F	NS
b. Los hijos y las hijas pueden ser afectados seriamente por la violencia intrafamiliar, aún si no han sido víctimas directas.	V	F	NS
c. Si hay violencia dentro de las relaciones de pareja, esta tiende a disminuir a través del tiempo.	V	F	NS

	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>	<i>No sé</i>
d. Los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre mujeres que son víctimas de agresiones que en las demás.	V	F	NS
e. Generalmente un hombre abusador deja de maltratar a su pareja cuando ella sale embarazada.	V	F	NS
f. La violencia doméstica es mayormente un problema que afecta a las mujeres pobres.	V	F	NS
g. La mayor parte de violaciones a las mujeres son perpetradas por desconocidos.	V	F	NS
h. Los niños que son expuestos a la violencia intrafamiliar son más propensos a repetir esta conducta como adultos.	V	F	NS
i. La mujer está finalmente fuera del peligro cuando ella deja a la pareja abusiva.	V	F	NS
j. El momento de mayor peligro es cuando la mujer decide dejar un esposo violento.	V	F	NS
k. Las mujeres están más expuestas a sufrir violencia de parte de hombres conocidos.	V	F	NS
l. La violencia contra las mujeres embarazadas es tan común que la toxemia y la diabetes de gestación.	V	F	NS
30. ¿Cuáles de los siguientes son efectos relacionados con la violencia basada en género?			
	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>	<i>No sé</i>
a. Sexo sin protección	V	F	NS
b. Inflamación pélvica	V	F	NS
c. Nacimientos de bajo peso	V	F	NS
d. Dificultad en obtener acceso a servicios de salud	V	F	NS
e. Aislamiento de amigos y familia	V	F	NS
f. Depresión	V	F	NS
g. Dificultad para trabajar	V	F	NS

CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

31. **Durante los últimos tres años**, ¿cuántas veces ha recibido usted sensibilización o capacitación sobre la violencia basada en género? (*Marque una respuesta*):

- 0 —————→ **PASE A PREGUNTA 35**
 1
 2
 3 o más

Acerca de esta sensibilización y capacitación,

- | a. ¿Qué organización lo proporcionó? | b. ¿En qué año? | c. ¿Para qué duración? | d. ¿Sobre qué temas? |
|--------------------------------------|-----------------|--|-------------------------|
| 32. _____ | _____ | Horas _____
Días _____
Semanas _____ | _____

_____ |
| 33. _____ | _____ | Horas _____
Días _____
Semanas _____ | _____

_____ |
| 34. _____ | _____ | Horas _____
Días _____
Semanas _____ | _____

_____ |

35. ¿En cuál de las siguientes áreas le gustaría recibir capacitación sobre la violencia basada en género? (*Marque todas las respuestas que apliquen con una "x" en los casilleros correspondientes*):

- | | |
|--|--|
| _____ <input type="checkbox"/> 1. Indicadores de violencia | _____ <input type="checkbox"/> 6. Efectos en la salud |
| _____ <input type="checkbox"/> 2. Como preguntar acerca de violencia | _____ <input type="checkbox"/> 7. Temas legales |
| _____ <input type="checkbox"/> 3. Como realizar detecciones | _____ <input type="checkbox"/> 8. Otro (<i>Favor especifique:</i>) _____ |
| _____ <input type="checkbox"/> 4. Como atender a víctimas | _____ <input type="checkbox"/> 9. Ninguna |
| _____ <input type="checkbox"/> 5. Opciones de referencia | |

(Después de marcar los casilleros, favor vuelva a la pregunta y enumere las respuestas por orden de prioridad)

36a. ¿Considera usted que los profesionales de salud deben preguntar rutinariamente sobre violencia a las mujeres que atienden?

- 1. Sí
- 2. No

36b. ¿Por qué sí o no? (*Favor especifique*) _____

37. ¿Qué sugerencias daría usted para mejorar la atención a víctimas de violencia basada en género en su clínica?

¡Gracias por su tiempo y su participación!

c. Guía de observación de la clínica

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Instrucciones

Recomendamos que este instrumento sea aplicado por una persona externa de la organización para permitir una evaluación objetiva.

Esta guía de observación contempla dos partes:

→**Sección I** – Esta sección debe ser completada usando como base en una ENTREVISTA grupal con un pequeño número de personal de la clínica. Si es posible, recomendamos que este pequeño grupo incluya el/la director/a de clínica, un/a médico/a y una consejera u orientadora (según la composición de la clínica). Las preguntas tratan de los datos generales de la clínica y también de materiales y formularios disponibles a los/as proveedores de salud en esta clínica. Para llenar esta sección, será necesario que el/la observador/a tenga la oportunidad de ver los recursos escritos de la clínica. Este proceso tiene una duración aproximada de 30 minutos.

→**Sección II** – Esta sección debe ser completada usando como base una OBSERVACIÓN de los aspectos físicos de la clínica. Este proceso tiene una duración aproximada de media hora, en la que se pretende observar los diferentes ambientes y posteriormente completar el formulario.

Recomendamos que esta guía de observación sea aplicada en cada una de las clínicas de la organización que estará involucrada en la iniciativa de violencia basada en género, antes y después del proyecto. Antes de llevar a cabo las observaciones, el/la observador/a debe revisar el instrumento siguiendo estas instrucciones para asegurar que sea claro el proceso.

Abreviaciones utilizadas en el guía:

VBG = Violencia basada en género
IEC=Información, Educación y Comunicación

Guía – Sección I ENTREVISTA

Preguntas	Instrucciones
#1 – 6	Estas preguntas son sencillas. Anote su nombre, la fecha, la hora de iniciación de la entrevista, el nombre de las personas entrevistadas y sus cargos, el nombre de la clínica, país y ciudad donde está localizada la clínica.
#7 – 11	Estas preguntas deben ser contestadas por lo/as profesionales entrevistado/as, basándose en los datos/ estadísticas existentes para cada clínica.
#12 – 18	Estas preguntas deben ser contestadas por lo/as profesionales entrevistado/as, basándose en su experiencia y conocimiento. Es necesario completar las dos partes de cada pregunta. O sea: <u>En la primera parte de cada pregunta</u> , marque Sí cuando las personas entrevistadas dicen que el documento en cuestión existe en la clínica.
#12a-19a	<u>En la segunda parte de cada pregunta</u> , marque Sí solamente cuando usted haya tenido la oportunidad de ver el documento.

- #19b Hay que anotar la última fecha de actualización del directorio. O sea, cuándo fue la última vez en que la información en el directorio fue revisada.
- # 20a Anote en el espacio disponible, el nombre de las organizaciones con las cuales la clínica tiene un acuerdo de cooperación que facilite el proceso de referencia. Note que el acuerdo puede ser formal o informal. Podría ser útil marcar estos detalles en el margen.
- #21 a-d Marque apenas una respuesta para cada una de las cuatro preguntas de la siguiente manera: Marque 1 si las personas entrevistadas indican que el material está disponible en la clínica y si usted lo ha visto personalmente. Marque 2 si las personas entrevistadas indican que el material está disponible en la clínica pero usted no lo ha visto personalmente. Marque 3 si las personas entrevistas indican que el material NO está disponible en la clínica
- #22a-b En la primera parte de esta pregunta, marque si los anticonceptivos de emergencia (AE) están disponibles en la clínica según lo que dice los/as entrevistados/as. Si la respuesta es afirmativa, haga la pregunta 22a, y anote el tipo de AE. En la pregunta 22b, marque sí o no usted los ha visto personalmente.
- #22c-d En la pregunta 22c, marque si la clínica tiene una copia del protocolo de dosificación u otras instrucciones para el uso según lo que dice los/as entrevistados/as, y en la 22d, marque si usted tuvo la oportunidad de verlo personalmente.
- #23-25 Estas preguntas tienen tres partes. Primero, hay que marcar lo que dicen los/as entrevistados/as acerca de si existe retroalimentación (comentarios y sugerencias): nunca (1), a veces (2), o rutinariamente (3). Si dicen nunca (1), pase a la próxima pregunta.
- #23a-25a Marque la frecuencia en que reciben retroalimentación según lo que dicen los/as entrevistados/as.
- #23b-25b Anote cómo se hace la retroalimentación según lo que dicen los/as entrevistados/as.
- #26 Anote qué sugerencias tienen los/as entrevistados/as para mejorar la retroalimentación.
- #27 En la primera parte de la pregunta 27, marque Sí cuando las personas entrevistadas dicen que la institución tiene una norma escrita sobre el acoso sexual. En la segunda parte de esta pregunta (27a), marque Sí solamente cuando usted haya tenido la oportunidad de ver el documento.
- #28 Registre la hora en que terminó la entrevista.

Guía – Sección II OBSERVACIÓN

- | Preguntas | Instrucciones |
|------------|--|
| #29 | Registre aquí la hora en que usted inicia la observación. |
| #30 - 33 | Esta parte consiste en preguntas sobre las características de los diferentes ambientes en la clínica. Un ambiente se define como el espacio que se utiliza para realizar ciertas funciones, específicamente para la consulta médica, la consejería/orientación, los servicios de psicología/apoyo emocional, y para cuidar a los/as niños. Tome en cuenta que un ambiente puede servir para dos objetivos, por ejemplo para la consulta médica y consejería. |
| #30a – 32a | Observe si se puede escuchar a la usuaria o el/la proveedor/a desde afuera en cada uno de los ambientes mencionados: (30a) médica/ginecobstétrica; (31a) consejería/orientación, (32a) consulta psicológica/ apoyo emocional. Si puede escuchar ruido desde afuera, marque Sí. Si no se puede escuchar nada desde afuera, marque NO. |

#30b – 32b Observe si se puede ver la cliente o el/la proveedor/a desde afuera en cada uno de los ambientes mencionados: (30b) médica/ginecobstétrica; (31b) consejería/orientación, (32b) consulta psicológica. Si se puede ver desde afuera, marque “sí.” Si no se puede ver desde afuera, marque “no.”

#30c – 32c Observe si hay interrupciones durante cada tipo de consulta mencionada: (30c) médica/ginecobstétrica; (31c) consejería, (32c) consulta psicológica. Si hay interrupciones, marque sí. Si no hay interrupciones, marque “no.”

#30d Anote si hay alguna separación (como una pared o un biombo) entre el escritorio y la camilla. Si el escritorio y la camilla no están dentro del mismo cuarto, entonces se puede decir que SÍ hay separación.

Hay un espacio después de #32 para agregar comentarios adicionales acerca de la privacidad en los tres ambientes observados.

#31d En algunas clínicas no hay consejería u orientación individual, solamente en grupo. Entonces, para esta pregunta, marque NO si las consejerías son hechas en grupo. Anotar detalles en el margen.

#33 Marque si hay un lugar en la clínica donde cuiden de los niños durante la consulta de la madre.

#34-42 Esta parte trata de la temática de los materiales de Información, Educación y Comunicación (IEC) disponibles en la clínica. Esto requiere que se observen todos los ambientes de la clínica y se registre los diferentes materiales disponibles. Para cada tema en la lista, señale si existe material de IEC sobre ese tema en la clínica. Note que algunos materiales de IEC tratan de más de un tema simultáneamente. En esos casos se sugiere que identifique y registre el tema principal.

En los cuadros agregue el código del ambiente donde se encuentra este material, de acuerdo con la lista abajo:

Codificación:

Recepción	RE
Sala de espera	SE
Consulta médica	CM
Consulta Psicológica	PS
Consejería /orientación	CO
Pasillo	P
Otros	O

Por ejemplo, si hay un afiche en la sala de espera, marque el cuadro debajo de “afiches” y agregue “SE”.

#43 En este espacio usted puede agregar comentarios adicionales acerca del contenido de los materiales observados.

#44 Registre la hora en que la observación fue concluida.



GUÍA DE OBSERVACIÓN – SECCIÓN I

Esta sección incluye una breve entrevista con un pequeño grupo del personal de la clínica sobre los datos generales de la clínica y también acerca de materiales y formularios disponibles a los/as proveedores de salud en esta clínica. Si es posible, sería ideal entrevistar a un pequeño grupo del personal que incluye ella director/a de clínica, un/a médico/a y una consejera u orientadora. Este proceso tiene una duración aproximada de 30 minutos.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre del entrevistador/a _____
2. Fecha de la entrevista _____
3. Hora de inicio de la entrevista _____
4. Nombres y cargos de las personas entrevistadas:

Nombre	Cargo
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Nombre de la clínica _____
6. País y ciudad _____, _____
7. Tamaño de la clínica (promedio de usuarias por semana) _____
8. Horario de los servicios de la clínica _____
9. Tipo de servicios que ofrece la clínica:
 - a. Servicios médicos
 - b. Servicios psicológicos o de apoyo emocional
 - c. Apoyo legal a víctimas de violencia basada en género (VBG)
 - d. Otros servicios especializados relacionados con VBG (**especifique**):

10. Número total de personas que trabajan en la clínica _____

11. Cantidad de personal de salud (que tiene contacto directo con usuarias) por tipo de servicios: (el personal voluntario temporal, personal administrativo y de apoyo, personal directivo no se incluye si no proveen servicios).

	Número
a. Servicios médicos	_____
b. Servicios psicológicos o de apoyo emocional	_____
c. Apoyo legal a víctimas de violencia basada en género	_____
d. Otros servicios especializados relacionados con VBG	_____

RECURSOS, MATERIALES Y PROTOCOLOS

12. ¿Tienen ustedes en esta clínica normas y procedimientos escritos (un protocolo) para detectar a víctimas de violencia basada en género?

Sí 1. **→** 12a. ¿Podría ver una copia? Sí 1.
No 2. No 2.

13. ¿Tienen ustedes en esta clínica preguntas escritas para detectar casos de violencia basada en género?

Sí 1. **→** 13a. ¿Podría ver una copia? Sí 1.
No 2. No 2.

13b. ¿Dónde están escritas?

- 1. Imprimidas en la historia clínica?
- 2. Selladas en la historia clínica?
- 3. Escritas en otro lugar? (**Especifique**) _____

13c. ¿Hay un lugar en la historia clínica para documentar las respuestas?

Sí 1.
No 2.

14. ¿Tienen ustedes en esta clínica algún mecanismo para verificar en la historia clínica si las preguntas fueron hechas aún si las respuestas fueron negativas?

Sí 1. **→** 14a. ¿Cuál es el mecanismo?
No 2. _____

14b. ¿Podría ver un ejemplo? Sí 1.
No 2.

15. ¿Tienen ustedes en esta clínica algún mecanismo para registrar datos sobre un caso de violencia basada en género?

Sí 1.
No 2.

→ 15a. ¿Podría ver una copia?

Sí 1.
No 2.

16. ¿Tienen ustedes en esta clínica normas y procedimientos escritos (un protocolo) para dar atención a víctimas de violencia basada en género?

Sí 1.
No 2.

→ 16a. ¿Podría ver una copia?

Sí 1.
No 2.

17. ¿Tienen ustedes en esta clínica preguntas escritas para evaluar el nivel de peligro en el que se encuentran las usuarias que viven en situaciones de violencia?

Sí 1.
No 2.

→ 17a. ¿Podría ver una copia?

Sí 1.
No 2.

18. ¿Tienen ustedes en esta clínica normas y procedimientos escritos (un protocolo) para atender a mujeres en situaciones de peligro?

Sí 1.
No 2.

→ 18a. ¿Podría ver una copia?

Sí 1.
No 2.

19. ¿Tienen ustedes en esta clínica un directorio o una lista impresa de agencias locales y recursos de violencia basada en género donde pueden referir a las mujeres en situaciones de violencia?

Sí 1.
No 2.

→ 19a. ¿Podría ver una copia?

Sí 1.
No 2.

19b. ¿Cuándo fue la última fecha de actualización?

20. ¿Tienen ustedes algún(os) acuerdo(s) de cooperación entre su institución y otras que ofrecen servicios a víctimas de violencia basada en género que facilite el proceso de referencia?

Sí 1.
No 2.

→ 20a. ¿Con cuáles instituciones?

21. Cuándo se refieren a las usuarias a un servicio fuera de la organización ¿tienen ustedes algunos de los siguientes materiales? **(Marque la respuesta con un círculo)**

	Sí y podía mostrarme una copia	Sí, pero no podía mostrarme una copia	No
a. ¿Folletos, tarjetas u otra información impresa sobre recursos en la comunidad?	1	2	3
b. ¿Un mecanismo para documentar la referencia?	1	2	3
c. ¿Un mecanismo para saber si la usuaria fue a su cita?	1	2	3
d. ¿Un mecanismo de contra-referencia?	1	2	3

22. ¿Ofrece esta clínica anticonceptivos de emergencia?

Sí 1.
No 2.



22a. ¿Qué tipo de anticonceptivo de emergencia tienen?
(Anote el tipo)

22b. ¿Podría ver un ejemplo?

Sí 1.
No 2.

22c. ¿Tiene la clínica un protocolo de dosificación u otras instrucciones escrito para el uso?

Sí 1.
No 2.

22.d ¿Podría ver un ejemplo?

Sí 1.
No 2.

¿En esta clínica, existe retroalimentación (alguna oportunidad para compartir comentarios y sugerencias) sobre los casos de violencia basada en género. . .

	Nunca	A veces	Rutinariamente
23. Entre los/as profesionales de la clínica?	1	2	3
			23a. ¿Con qué frecuencia? _____
			23b. ¿Cómo se hace? _____
24. Desde el servicio de estadística al personal de la clínica?	1	2	3
			24a. ¿Con qué frecuencia? _____
			24b. ¿Cómo se hace? _____
25. Desde la gerencia o el/ la responsable del proyecto de VBG al personal de la clínica?	1	2	3
			25a. ¿Con qué frecuencia? _____
			25b. ¿Cómo se hace? _____

26. ¿Qué sugerencias tiene(n) usted(es) para mejorar la retroalimentación?

27. ¿Tiene la institución una norma escrita sobre acoso sexual?
 Sí 1. No 2. **→** 27a. ¿Podría ver una copia? Sí 1.
 No 2. No 2.

28. Hora en que se concluye la entrevista: _____

GUÍA DE OBSERVACIÓN – SECCIÓN II

Esta sección incluye la observación de los aspectos físicos de la clínica. Este proceso tiene una duración aproximada de media hora, en la que se pretende observar los diferentes ambientes y posteriormente completar el formulario.

29. Hora de inicio de la observación: _____

CARACTERÍSTICAS DEL LOCAL

La consulta médica de ginecobstetricia	Sí	No
30. ¿Existe un espacio específico para la consulta médica de ginecobstetricia ?	1	2
30a. ¿Se puede escuchar la conversación desde afuera?	1	2
30b. ¿Se ve a la usuaria desde afuera?	1	2
30c. ¿Hay interrupciones durante las consultas?	1	2
30d. ¿Hay alguna separación (Ej. biombo) entre el escritorio y la camilla?	1	2
La consejería orientación	Sí	No
31. ¿Existe un ambiente específico para la consejería / orientación ?	1	2
31a. ¿Se puede escuchar la conversación desde afuera?	1	2
31b. ¿Se ve a la usuaria desde afuera?	1	2
31c. ¿Hay interrupciones durante las consejerías?	1	2
31d. ¿Las consejerías son individuales?	1	2
La consulta psicológica	Sí	No
32. ¿Existe un ambiente específico para la consulta psicológica/el apoyo emocional ?	1	2
32a. ¿Se puede escuchar la conversación desde afuera?	1	2
32b. ¿Se ve a la usuaria desde afuera?	1	2
32c. ¿Hay interrupciones durante las consultas?	1	2

Sí No

33. ¿Existe un lugar para cuidar a los/las niños/as (formalmente o informalmente) durante la consulta de la madre?

1 2

Notas u observaciones sobre aspectos de privacidad:

FOLLETOS, AFICHES Y OTROS MATERIALES PARA LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Para cada tema en la lista de abajo señale si existe material de IEC sobre ese tema en la clínica. En los cuadros agregue el código del ambiente donde se encuentra este material, por ejemplo si hay un afiche en la sala de espera que se trate de los derechos de las usuarias, marque el cuadro debajo de "afiches" y anote "SE".

Codificación:	Recepción	RE	Consejería/ orientación	CO
	Sala de Espera	SE	Pasillo	P
	Cons. Médica	CM	Otros	O
	Cons. Psicología	PS		

	Afiches	Folletos o volantes	Videos	Otro Material (Especifique)
34. Derechos de las usuarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Violencia doméstica o intrafamiliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Abuso sexual o violación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Servicios de psicología o apoyo emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Servicios legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Otros servicios para víctimas de VBG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. La(s) ley(es) contra la violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Precios de los servicios que se ofrecen en la clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Otros temas relacionados con VBG (especifique:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Observaciones acerca del contenido de los materiales (opcional):

44. Hora en que se concluyó la observación: _____

d. Cuestionario de salida para la usuaria

GUÍA DE ENCUESTA DE SALIDA

INSTRUCCIONES PARA EL/LA COORDINADOR/A DE LA ENCUESTA

Este cuestionario explora las perspectivas de las usuarias con relación a los servicios brindados en el centro de salud donde los/las proveedores/as han comenzado a hacer la detección de rutina (tamizaje) para la violencia basada en género. Si por lo menos el 5% de usuarias encuestadas responden negativamente a cualquiera de las preguntas (mostrando insatisfacción), el área de calidad representada por esa pregunta se considera como un área que se debe mejorar. Consecuentemente, el servicio de salud debería desarrollar e implementará acciones para atender dichas áreas.

Tamaño de la Muestra

Para lograr un número adecuado que evalúe la calidad de la detección, se necesita entrevistar por lo menos 80 mujeres que han sido preguntadas acerca de la violencia basada en género por proveedores/as en la clínica. Este número representa una transigencia entre la precisión estadística y la factibilidad de aplicación en un tiempo razonable.¹

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que no todas las usuarias entrevistadas habrán pasado por la detección, o porque son usuarias subsecuentes, o porque su proveedor/a no le hizo las preguntas por alguna razón. Esto significa que el tamaño de la muestra para esta encuesta tiene que ser más de 80, pero dependerá de la proporción de mujeres que hayan pasado por la herramienta de detección. O sea, para lograr entrevistar por lo menos 80 mujeres que hayan pasado por la herramienta de detección (en esta visita o en una visita en el pasado) en una clínica en que el nivel de detección es 80%, se deben entrevistar a 100 mujeres. Por lo tanto, el número total de mujeres que serán entrevistadas puede variar dependiendo del nivel de detección en cada sitio. Por ejemplo:

La proporción de usuarias en la clínica que generalmente han pasado por la herramienta de detección	Tamaño requerido de la submuestra que han pasado de la herramienta de detección	Muestra Total
80%	80	100
50%	80	160

En una asociación pequeña, donde el flujo de pacientes no es lo suficientemente grande como para encuestar a 80 usuarias que hayan pasado por la herramienta de detección en un periodo de estudio razonable, el tamaño de la muestra puede ser más pequeño. Sin embargo, es importante recordar que esto afectará la confiabilidad de los resultados. Si se realizan menos de 73 entrevistas, los resultados no serán estadísticamente confiables; de todas formas estos podrían ser útiles. Si no es posible realizar 80 entrevistas con usuarias que hayan pasado por la herramienta de detección durante un período de una semana, es mejor extender el período de la evaluación que disminuir el tamaño de la muestra.

¹ La estimación real del tamaño de la muestra para las proporciones estimadas podría ser más pequeña o más grande, dependiendo del grado de precisión deseado y los supuestos sobre la proporción esperada de la población que demuestra insatisfacción. Este tamaño de muestra podría ser pequeño, de 73, o grande como 243.1 Estos parámetros han sido ampliamente utilizados en la evaluación de servicios de salud incluyendo encuestas de IPPF/RHO sobre Satisfacción de Clientes.1 Williams T, Cuca Y y Schutt-Ainé J, *Encuesta de Satisfacción del Cliente para Mejorar la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar: Manual del Usuario*, IPPF/RHO, Abril 1998.

Recomendamos entrevistar a todas las usuarias durante un período de una semana, asegurando seleccionar usuarias cada día de la semana que el centro de salud brinda atención. Si la asociación tiene clínicas en diferentes sitios cuyas usuarias varían mucho en cuanto a las características socio-demográficas, se sugiere realizar la encuesta con una muestra de 80 mujeres que hayan pasado por la detección en cada uno de los sitios (o grupos de clínicas).

Criterios de selección

El propósito de esta encuesta es entender mejor las perspectivas de las mujeres acerca del esfuerzo de los/as proveedores/as de salud para detectar a las mujeres que han sufrido violencia. Entonces, el criterio de selección principal es que la usuaria haya sido atendida por un servicio donde los/as proveedores/as realizan la detección rutina según la política de la clínica.

Este cuestionario no sirve para medir la calidad de servicios especializados específicamente para víctimas de la violencia, sino la calidad de los servicios de salud en los que se hace la detección.

Antes de fotocopiar los cuestionarios, se debe escribir una lista de servicios en los que NO se hace la detección y en los que SÍ se hace la detección. Ponga estas listas bajo la pregunta 6 para que las encuestadoras sepan cuáles usuarias son o no son elegibles para la encuesta.

Selección de la muestra

Las entrevistas deben realizarse cada día de la semana en los que el centro de salud ofrece servicios. La técnica recomendada para seleccionar la muestra varía de acuerdo al tamaño del centro de salud y al tamaño de muestra deseado. En un centro de salud con un volumen relativamente bajo de usuarias, en particular aquellos que atienden menos de 73 usuarias por semana, la técnica que se utilizará será la del *censo*, esto significa que todas las usuarias serán entrevistadas en un período de tiempo definido (una o más semanas). Mediante el enfoque del censo se reduce el error de muestreo y el sesgo del muestreo relacionado con la selección de las participantes.

Basándose en el volumen de usuarias, se estimará el número de semanas requeridas para alcanzar un tamaño de muestra suficientemente grande para asegurar una submuestra de 80 o más usuarias que hayan pasado por la detección. El período especificado deberá hacerse en incrementos de semanas completas, aún cuando se exceda el tamaño de muestra deseado.

En servicios de salud grandes (con más de 100 usuarias por semana), puede emplearse otro método. Una opción es la muestra de censo durante el período de una semana, asegurando que se cubre cada día de atención. La segunda opción consiste en determinar el número de muestra apropiado y emplear el muestreo sistemático para la selección de las participantes (vea la descripción más abajo). La siguiente tabla resume estas opciones.

Tamaño del centro de salud (número de usuarias por semana)	Técnica de Muestreo sugerida	Tamaño de Muestra Mínima	Tiempo Requerido
Menos de 100 usuarias por semana	Censo*	100	≥ 2 semanas

Más de 100 usuarias por semana	Censo* o muestreo sistemático	100	1 semana
--------------------------------	-------------------------------	-----	----------

* En el censo, se entrevista a todas las usuarias (de servicios de salud sexual y reproductiva) que acuden al centro de salud durante el período de la evaluación.

Este es un ejemplo de muestreo sistemático. El Hospital Paz atiende aproximadamente 300 usuarias en una semana de 5 días. Para obtener una muestra de 100, se deberán entrevistar 20 usuarias por día en el transcurso de una semana.

$$100 \text{ entrevistas} \div 5 \text{ días en la semana de atención} = 20 \text{ entrevistas por día}$$

El Hospital Paz atiende cerca de 60 usuarias por día, así que para escoger a las 20 personas que se entrevistarán, el intervalo de muestreo será de 3:

$$60 \text{ usuarias por día} \div 20 \text{ entrevistas por día} = 3$$

Un intervalo de 3 significa que se deberá entrevistar a cada tercera usuaria que sale por la puerta general de la clínica. Si hay más de una puerta, una encuestadora se ubicará en cada salida con una encuestadora o dos de reemplazo para no perder ningún caso. Si el muestreo se realiza por censo, deberá asegurarse el número suficiente de encuestadoras.

Para determinar a quiénes seleccionar para las entrevistas, primero escoja un número al azar entre 1 y 3 (el intervalo de muestreo) para indicar el *número de inicio al azar*.² En este ejemplo, digamos que se obtiene 1 como número de inicio al azar. Como el intervalo de muestreo es tres y el número de inicio al azar es uno, se comenzará con la primera usuaria y luego se seleccionará cada una de las terceras. Si una usuaria se niega a participar o busca otro servicio que no es elegible, simplemente tome a la siguiente usuaria que ingresa. Utilice el mismo número de inicio aleatorio cada día.³

Selección de encuestadoras

Se recomienda que las entrevistas de salida de las usuarias las realicen encuestadoras competentes y con experiencia que no son personal permanente de la organización. Algunas preguntas son delicadas y se necesita experiencia para obtener respuestas sin que la usuaria se sienta incómoda. Como esta encuesta está enfocada en preguntas de violencia basada en género, se recomienda que todas las encuestadoras sean mujeres.

El número de encuestadoras contratadas dependerá del número de mujeres que serán entrevistadas y del período de tiempo de la evaluación. Se necesitará aproximadamente una encuestadora por cada cuatro usuarias atendidas en el servicio de salud por hora. Aunque el

2 Para escoger un número al azar, anote en trozos pequeños de papel un número en cada uno y póngalos en un recipiente. Utilice los números empezando de 1 hasta el número del intervalo (de 1 a 3 para un intervalo de 3, de 1 a 8 para un intervalo de 8, etc.). Saque un papel del recipiente y utilice ese número para seleccionar la primera usuaria que deberá encuestar.

3 Si son más encuestadoras, pero un solo lugar de ingreso (área de recepción/puerta de entrada) para las usuarias, entonces las encuestadoras deberán seguir el mismo inicio aleatorio. Por ejemplo, la encuestadora 1 toma a la usuaria #3, el/la encuestador(a) 2 toma a la #6, etc. Si las encuestadores/as están utilizando diferentes puertas de ingreso (por ej. si el centro tiene dos áreas de ingreso o recepción donde se pueden seleccionar a las usuarias para la muestra), entonces cada encuestador debe seleccionar y seguir un número diferente de inicio aleatorio.

cuestionario exige sólo entre 10 y 15 minutos para ser completado, existe un límite respecto al número de cuestionarios que una sola encuestadora puede completar en una hora. Basándose en esta información, el/la especialista en evaluación del equipo calculará el número de encuestadoras necesarias para conducir las entrevistas con eficiencia y efectividad. Sin embargo, se sugiere tener NO más de cuatro encuestadoras para minimizar el riesgo de sesgo.

Preparación de Encuestadoras

Las encuestadoras deben estar familiarizadas con el instrumento antes de comenzar a utilizarlo. La coordinadora y la oficial de evaluación deben realizar una sesión de capacitación específica a quienes vayan a realizar las entrevistas de salida a las usuarias. La capacitación consiste en una revisión del instrumento pregunta por pregunta, incluyendo, la declaración de consentimiento de la usuaria, los aspectos específicos que se van a buscar y ejemplos.

Las encuestadoras deben practicar entrevistándose entre ellas hasta que cada una haya entrevistado por lo menos una vez, supervisadas por la especialista en evaluación y la coordinadora de la iniciativa de violencia basada en género. Finalmente la especialista en evaluación debe hacer énfasis en la importancia de seguir el esquema de muestreo para asegurar su aplicación correcta. Se recomienda hacer una prueba piloto de al menos dos entrevistas en el servicio para mejorar el conocimiento del cuestionario y practicar en el campo. Se le(s) puede dar un carnet visible que las identifique ante las usuarias.

Las encuestadoras deben ofrecer materiales sobre la violencia basada en género y los servicios disponibles a las usuarias que dicen que no los han recibido. Sin embargo, es importante que las encuestadoras enfatizen que si la mujer se encuentra en una situación de violencia, debe tomar precaución para que el abusador no encuentre estos materiales ya que esto podría aumentar el riesgo de violencia.

Selección del ambiente donde se realizarán las entrevistas

La privacidad es importante para el buen resultado de la encuesta de salida. Las usuarias deberán sentirse seguras de que sus respuestas no serán escuchadas ni compartidas con el personal del centro de salud, ni con otras usuarias, ni con nadie. La encuestadora deberá tratar de mantener un ambiente cordial y acogedor para que la usuaria responda al cuestionario. Es importante que la encuestadora muestre interés sobre lo que la usuaria tenga que decir. Se adecuarán ambientes específicos los días que dure la evaluación.

Minimizar el sesgo

Se sugiere que esta encuesta sea presentada para los/as proveedores/as de salud como una encuesta general en el área de violencia basada en género y NO como una encuesta para medir la satisfacción de las usuarias con los servicios recibidos. Esto contribuirá para minimizar que proveedores actúen de una manera diferente al saber que se está evaluando la calidad de los servicios prestados. Cada asociación debe definir la mejor manera de presentar la encuesta junto con la Dirección Ejecutiva.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LAS ENCUESTADORAS

Coordine con el personal del centro de salud. Cada servicio de salud se estructura de diferente manera. Podría ser útil saber adónde acuden o con quién hablan las usuarias antes de salir del centro de salud y coordinar con ésta persona para que ella las lleve a la encuestadora.

Acercamiento a la usuaria. Cuando la usuaria se dispone a abandonar el centro de salud (o cuando ha terminado su sesión de consejería o consulta), invítela a participar en la encuesta.

Lea el consentimiento informado. Responda a sus preguntas o dudas. Si ella no quiere participar, agradézcale por su tiempo.

Determine la elegibilidad de la usuaria. Las preguntas del formulario de Criterios de Selección para la Encuesta de Salida (adjunto) se utilizarán para determinar si una usuaria es elegible para participar en la encuesta. Esta encuesta es solamente para las mujeres que han recibido servicios en una parte de la clínica donde los/as proveedores/as hacen la detección rutinaria de violencia basada en género.

Lea las preguntas exactamente como están escritas. Es importante que todas las encuestadoras hagan las mismas preguntas en la misma forma. En este cuestionario, todo el texto en letras negritas es para leer en voz alta. El resto del texto es para guiar la encuestadora. La única excepción es la siguiente: si alguna usuaria tiene dificultad en responder a una pregunta, se le pueden leer las opciones para ayudarla.

Vocabulario usado en este cuestionario:

Maltrato o violencia basada en género puede incluir:

- Violencia intrafamiliar, incluyendo física, emocional, sexual y económica
- Abuso sexual o violación
- Una historia de abuso sexual en la niñez

Detección de violencia basada en género:

Cuando un/una proveedor/a pregunta sistemáticamente a las usuarias acerca de si han sufrido maltrato o violencia. En este sentido, detección es lo mismo que tamizaje.

Instrucciones específicas, para cada pregunta

- Preguntas 1 – 5 Escriba el nombre del/la encuestador/a, el nombre del centro de salud, país y ciudad (localidad) donde se ubica el servicio de salud, y la fecha y la hora de la entrevista.
- Declaración de Consentimiento Informado: Lea la declaración de consentimiento. Responda a las preguntas o dudas de las usuarias. Si ella no quiere participar, agradézcale su tiempo y termine allí. **No deseche el formulario.**
- Pregunta 6 Pregunte a la usuaria qué tipo de servicio consultó hoy, y marque la casilla correspondiente. Si ella menciona un servicio donde no se hace la detección de violencia basada en género, no es una usuaria elegible para participar en la encuesta. En este caso simplemente escriba el tipo de servicio en el espacio de “otro” y agradézcale su tiempo. Termine allí.
- No deseche el formulario.** Todos los cuestionarios deben ser revisados para asegurar que las mujeres apropiadas son entrevistadas.
- Pregunta 7 Si la usuaria es elegible, pregúntele si ésta es su primera visita al servicio de salud. Se puede utilizar esta información para determinar el número de usuarias nuevas y usuarias subsecuentes que participan en la encuesta.

Encuesta de Salida a las Usuarias

El cuestionario está dividido en tres secciones: información general, aceptabilidad de los servicios y aceptabilidad de la detección.

Información General

- Pregunta 1 Escriba la edad de la usuaria.
- Pregunta 2 Primero pregúntele hasta qué nivel de estudios alcanzó: primaria, secundaria, universidad o superior. Entonces, pregunte cuál fue el último curso que terminó. Trate de obtener respuestas para ambas partes, nivel y curso exacto.

Aceptabilidad de los Servicios

- Pregunta 3 Si la usuaria responde que la hora de atención NO fue conveniente, pregúntele qué día(s) y qué hora(s) serían más convenientes (pregunta 3a). Si responde que la hora SÍ fue conveniente, se puede pasar directamente a pregunta 4.

- Pregunta 3a Solamente haga esta pregunta si la usuaria dijo que el horario NO es conveniente. Anote el día y la hora que ella menciona. Si ella proporciona más de dos respuestas, escriba todo lo que ella diga.
- Pregunta 4 Después de hacer la pregunta, permita que la usuaria responda. Si la usuaria dice que no sabe, léale las categorías de respuestas posibles de modo que ella elija la categoría que más se acerca a la cantidad de tiempo que ella estuvo esperando.
- Pregunta 5 Si la usuaria responde que el consultorio NO era cómodo, pregúntele por qué no y escriba todo lo que ella responda.
- Pregunta 6 Si la usuaria dice que tiene una preferencia por un hombre o una mujer, pregúntele por qué y escriba todo lo que ella responda. Si no tiene una preferencia, pase directamente a la pregunta 7.

Aceptabilidad de la detección

- Pregunta 7a-e El propósito de esta pregunta es averiguar si un/a proveedor/a preguntó a la usuaria acerca de la VGB durante la visita. Se debe leer la pregunta “¿Se le preguntó algo acerca de _____?” cinco veces, cada vez terminando la pregunta con el siguiente tipo de violencia en la lista, a-e, uno por uno.
- Si la usuaria responde NO a todas las opciones —o sea, si no se le preguntó a la usuaria acerca de maltrato o violencia hoy día, entonces, pase a la pregunta 8 que preguntará sobre el pasado.
- Si ella responde Sí a cualquiera de las opciones, se puede pasar a la pregunta 9 después de terminar la lista de cinco tipos de violencia.
- Pregunta 8 Si la usuaria responde NO a todos los puntos de la pregunta 7, pregúntele si en algún otro momento del pasado se le ha preguntado acerca de maltrato o violencia en esta clínica.
- Si ella contesta NO, pase a la pregunta 21 casi al fin de la entrevista.
- Si ella contesta Sí, pase a la pregunta 8a que pide que indique hace cuánto tiempo y después, siga con la entrevista pasando a la pregunta 9.
- Pregunta 9 Haga la pregunta y lea la lista de categorías de proveedores/as uno por uno hasta que la usuaria diga sí. Se puede marcar más de una respuesta, pero cada vez que dice Sí a una categoría de proveedores, debe ir directamente a las preguntas 10 y 11 (sobre el sexo del/la proveedor/a y como sintió la usuaria) antes de leer el siguiente tipo de proveedor/a. Debe volver a la lista de proveedores de la pregunta 9 después de completar las preguntas 10 y 11.

- Pregunta 10 Después de marcar si el/la proveedor/a era hombre o mujer, (a través de un círculo en el número que corresponde), pasar a la pregunta 11 antes de volver la lista de proveedores bajo la pregunta 9.
- Pregunta 11 Marque cómo se sintió la usuaria cuando el/la proveedor/a le preguntó acerca de maltrato. Si dice que no le gustó, (u otra cosa negativa), pase a la pregunta 12 y pregúntele por qué.
- Pregunta 12 Escriba todo lo que ella diga.
- Pregunta 13 Solamente hay que hacer esta pregunta si el/la proveedor/a que le preguntó acerca de maltrato era médico/a. El propósito de esta pregunta es determinar en qué momento durante la atención se hizo la detección el/la proveedor/a, antes, durante o después del examen físico.
- Pregunta 14 y 14a Si la usuaria dice que NO, que nadie estaba presente, pase directamente a la pregunta 15.
- Si la usuaria dice que SÍ, que alguien estaba presente, hay que preguntarle quién estaba presente (pregunta 14a). Si dice “no recuerdo”, marque “otra persona” y escriba “no recuerda” en la línea donde dice “especifique”. Si más de una persona estaba presente, marque todas que apliquen.
- Pregunta 15 Hay que hacer la pregunta ¿”hasta qué grado diría usted que . . .” tres veces, cada vez terminándola con los tres temas: fue respetuoso/a, le escuchó con atención, y demostró interés en apoyarle.
- Ponga un círculo alrededor del número que corresponde a la respuesta y siga con el siguiente punto.
- Pregunta 16 Si la usuaria dice que no se sintió NADA en confianza, pase a la pregunta 16a. ¿Por qué? Escriba todo lo que dice la usuaria.
- En cambio, si dice que se sintió en confianza ALGO o MUCHO, no hay que preguntarle por qué y pase directamente a la pregunta 17.
- Pregunta 17 y 17a Si la usuaria dice que NO tenía tiempo suficiente, pregúntele si podría explicar más (pregunta 17a). Escriba todo lo que dice la usuaria.
- Si ella dice que SÍ tenía tiempo suficiente, pase directamente a la pregunta 18.
- Pregunta 18 y 18a Si la usuaria dice que NO se sintió cómoda, pregúntele si podría explicar más (pregunta 18a). Escriba todo lo que dice la usuaria.
- Si ella dice que SÍ tenía tiempo suficiente, pase directamente a la pregunta 18.

Pregunta 19, 19a-b Si la usuaria responde que NO recibió información sobre los servicios de la organización, pregúntele si quiere información (pregunta 19a). Si quiere, entréguele los materiales de información o referencia. **(Su supervisor/a tiene que darle estos materiales antes de comenzar la encuesta).** Cuando entregue la información a la usuaria, enfatice que una mujer que vive en una situación de violencia debe tomar precaución para que el agresor no encuentre estos materiales ya que esto podría aumentar el peligro de violencia. Además, tome en cuenta que no sabemos si la usuaria quiere la información para sí misma o para otra mujer. Después, pase directamente a pregunta 20.

Si la usuaria dice que Sí ya recibió información, pregúntele 19b. ¿Qué tipo de servicios?

Pregunta 20, 20a-b Si la usuaria responde que NO recibió información sobre servicios EXTERNOS, pregúntele si quiere esta información (pregunta 20a). Si responde que sí, entréguele los materiales de información o referencia. **(Su supervisor/a tiene que darle estos materiales antes de comenzar la encuesta).** Cuando entregue la información a la usuaria, enfatice que una mujer que vive en una situación de violencia debe tomar precaución para que el agresor no encuentre estos materiales ya que esto podría aumentar el peligro de violencia. Además, tome en cuenta que no sabemos si la usuaria quiere la información para sí misma o para otra mujer. Después, pase directamente a la pregunta 21.

Si la usuaria dice que Sí ya recibió información, siga con la pregunta 20b. ¿Qué tipo de servicios?

Pregunta 21 Después de marcar Sí o NO, pregunte a la usuaria por qué no o por qué sí y escriba la respuesta completa de la usuaria, en sus propias palabras. Compruebe con “¿Hay algo más?”

Pregunta 22 Escriba todo lo que dice la usuaria.

Pregunta 23 Escriba todo lo que dice la usuaria.

Pregunta 24 Escriba todo lo que dice la usuaria.

Agradezca a la usuaria su participación.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y DE SELECCIÓN PARA LA ENCUESTA DE SALIDA

1. Nombre del/la encuestador/a: _____
2. Nombre de la clínica: _____
3. País y ciudad (localidad): _____
4. Fecha de la entrevista: ___ / ___ / ___ (Día/ Mes/ Año)
5. Hora de inicio de la entrevista: _____

Declaración de Consentimiento Informado

Estamos realizando un estudio sobre qué piensan las usuarias acerca del servicio que recibieron. Esta información se utilizará para mejorar la calidad de atención en este centro de salud.

Esperamos que usted pueda colaborar con nosotros aceptando que la entreviste hoy día. Si usted quiere participar y cumple con los requisitos para participar, la entrevista durará entre 10 y 15 minutos.

Este cuestionario incluye varias preguntas relacionadas con los servicios de salud sexual y reproductiva. Algunos proveedores y proveedoras en este centro están haciendo un esfuerzo para ayudar a las usuarias que han sufrido violencia. Están integrando este tema dentro de la atención que brindan. Por eso estamos preguntando a las usuarias qué piensan de este esfuerzo, y cuál fue su experiencia hoy día en la clínica.

No necesitamos saber su nombre y sus respuestas serían completamente confidenciales y anónimas. Sus respuestas individuales no serán compartidas con su proveedor/a de salud.

El que usted participe o no participe en este estudio no afectará de ninguna manera el servicio que usted recibirá en adelante.

¿Tiene interés en ser entrevistada?

No → **Gracias por su tiempo. (Fin de la entrevista)**

Sí → *Siga con la entrevista.*

Con el fin de asegurarme que usted cumple con los requisitos para participar en este estudio, le haré algunas preguntas sobre el tipo de consulta por el que vino hoy.

6. ¿Para qué tipo de consulta ha venido hoy día?

(ANTES DE COPIAR LOS CUESTIONARIOS, REVISE LA SIGUIENTE LISTA PARA ASEGURAR QUE INCLUYE TODOS LOS SERVICIOS EN QUE LOS/AS PROVEEDORES/AS ESTÁN HACIENDO LA DETECCIÓN RUTINA)

- | | | |
|--|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Planificación familiar | | → ELIGIBLE |
| <input type="checkbox"/> 2. ITS/VIH-SIDA | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Ginecológica diferente a PF | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Otro servicio o consejería relacionado con la salud sexual o reproductiva | | |
| <input type="checkbox"/> 5. Un servicio en que no se hace la detección en esta clínica, incluso los siguientes servicios | | → NO ELIBIGLE |

(ANTES DE COPIAR LOS CUESTIONARIOS, ANOTAR LOS SERVICIOS EN QUE LOS/AS PROVEEDORES/AS NO ESTAN HACIENDO LA DETECCIÓN RUTINA.)

(Si el servicio no es uno en que se hace la detección de VBG, esta usuaria no será elegible.)

“Gracias por su tiempo.”
(Fin de la entrevista)

7. ¿Es la primera vez que consulta el centro?

- No 1.
- Sí 2.

ENCUESTA DE SALIDA A USUARIAS

Información General

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. ¿Hasta qué nivel de estudios alcanzó,
primaria, secundaria, universidad o superior?

¿Cuál fue el último
curso que terminó?

No asistió a la escuela

1.

Grado o curso

Primaria incompleta

2.

Primaria completa

3.

Secundaria incompleta

4.

Secundaria completa

5.

Universidad o superior

6.

Aceptabilidad de los Servicios

3. ¿El horario de atención en este centro, ¿es conveniente o no para usted?

No conveniente

1.

Conveniente

2.

3a. ¿Qué día(s) y/o qué hora(s) serían más
convenientes para usted?

Día(s): _____

Hora(s): _____

4. ¿Aproximadamente cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendida desde que
ingresó en el centro?

Menos de 15 minutos

1.

Entre 15 y 30 minutos

2.

Entre 30 minutos y 1 hora

3.

Más de una hora

4.

5. ¿Durante la consulta, encontró usted que el consultorio (la sala) donde fue atendida era
cómodo?

No 1.

Sí 2.

5a. ¿Por qué no? _____

6. ¿Preferiría usted ser atendida por un hombre o por una mujer?

Hombre

1.

Mujer

2.

Sin preferencia

3.

6a. ¿Por qué? _____

6b. ¿Por qué? _____

Acceptabilidad de la detección

Como dije antes, en este clínica, algunos/as proveedores/as están preguntando a las usuarias acerca de maltrato o violencia. Quisiéramos entender mejor que piensan las usuarias de estas preguntas y de la atención brindada por estos/as proveedores/as. Le pedimos que responda con la mayor sinceridad posible porque sus respuestas pueden ayudar a las otras usuarias y a mejorar el servicio.

7. **Hoy día, durante la atención, ¿se le preguntó algo acerca de:** *(Lea todas las opciones y marque con un círculo todas las que apliquen)*

	No	Sí
a. maltrato emocional/psicológico?	1	2
b. maltrato físico?	1	2
c. maltrato sexual?	1	2
d. abuso sexual en la niñez?	1	2
e. maltrato o abuso de cualquier otro tipo	1	2



(Pase a PREGUNTA 8 solamente si respondió NO a todas las preguntas 7a-e)

8. **Antes de hoy día, ¿en algún otro momento se le ha preguntado acerca de maltrato o violencia en esta clínica?**

No 1. → PASE A LA PREGUNTA 21

Sí 2. → 8a. **¿Hace cuánto tiempo?**

- 1. 1-6 días
- 2. 1-4 semana(s)
- 3. 1-12 mes(es)
- 4. más de un año

Con relación al proveedor/a que le preguntó acerca de maltrato o violencia, . . .

9. **¿Era qué tipo de proveedor/a?**
(Lea las opciones y marque todas que apliquen)

10. **¿Era hombre o mujer?**

11. **¿Cómo se sintió hablando con el/ella? O sea, ¿diría usted que no le gustó, se sentía indiferente, o que se sentía a gusto?**

		Hombre	Mujer		No me gustó	Indiferente	A gusto
a. Consejero/a Orientador/a?	<input type="checkbox"/> →	1	2	→	1	2	3
b. Médico/a?	<input type="checkbox"/> →	1	2	→	1	2	3
c. Obstetriz?	<input type="checkbox"/> →	1	2	→	1	2	3
d. Psicólogo/a?	<input type="checkbox"/> →	1	2	→	1	2	3
e. Otro o no sabe? <i>Especifique:</i>	<input type="checkbox"/> →	1	2	→	1	2	3

↓
(Solamente si responde "no me gustó" a una pregunta entre 11a-e, pase a P12)
12. ¿Por qué no le gustó?

13. (Solamente si ella proveedor/a fue médica) **Con relación al examen físico ¿en qué momento durante la atención le preguntó acerca de maltrato o violencia?** (Lea las opciones)

- antes del principio del examen? 1.
- durante el examen? 2.
- después del examen? 3.
- o no hubo examen? 4.
- no recuerda 5.

14. **¿Estaba otra persona presente cuando el/la proveedor/a le preguntó acerca de maltrato o violencia?**

No 1.

Sí 2. → 14a. **¿Quién estaba presente?**

Otro personal del centro 1.

Pareja 2.

Hijo/a(s) 3.

Familiar o amigo/a 4.

Otra persona 5. (especifique): _____

15. Queremos saber acerca de la actitud del/la proveedor/a(s) que le preguntó sobre maltrato. ¿En qué medida diría usted que (lea las preguntas y las opciones abajo):

	Nada	Muy poco	Algo/ En parte	Mucho/ Bastante	No sabe/ no recuerda
a. fue respetuoso/a?	1	2	3	4	NR
b. le escuchó con atención?	1	2	3	4	NR
c. demostró interés en apoyarle?	1	2	3	4	NR

16. ¿En que medida se sintió usted en confianza de hablar con el/ella sobre este asunto, nada, algo o mucho?

- Nada 1. → 16a. ¿Porqué? _____
Algo 2.
Mucho 3.

17. ¿Tuvo tiempo suficiente para hacer preguntas y aclarar sus dudas acerca del tema de maltrato o violencia?

- No 1. → 17a. ¿Podría explicar más? _____
Sí 2.

18. ¿Se sintió cómoda al hacer preguntas y aclarar sus dudas?

- No 1. → 18a. ¿Podría explicar más? _____
Sí 2.

19. ¿Recibió información sobre los servicios de la organización relacionados con violencia/maltrato?

No 1. → 19a. ¿Quisiera esta información?

No 1.

Sí 2. → *Entréguele la información o referencia. Enfaticé que una mujer que vive en una situación de violencia debe tomar precaución para que el agresor no encuentre estos materiales ya que esto podría aumentar el peligro de violencia.*

Sí 2. → 19b. ¿Qué tipo de servicios? (Marque todos que apliquen)

- De salud 1.
Psicología/consejería 2.
Grupos de ayuda 3.
Legales 4.
Otro 5. (especifique:) _____

20. ¿Recibió usted información sobre servicios **EXTERNOS** a la asociación que puedan servir de apoyo para mujeres que han sufrido violencia?

No 1. → 20a. ¿Quisiera esta información?

No 1.

Sí 2. → *Entréguele la información o referencia. Enfatice que una mujer que vive en una situación de violencia debe tomar precaución para que el agresor no encuentre estos materiales ya que esto podría aumentar el peligro de violencia.*

Sí 2. → 20b. ¿Qué tipo de servicios? (Marque todos los que apliquen)

De salud 1.
Psicología/ consejería 2.
Legales/fiscalía 3.
Otro 5. (especifique:) _____

21. ¿Piensa usted que los/as proveedores/as deben preguntar rutinariamente a las usuarias acerca de si se han sufrido violencia o maltrato?

No 1. → 21a. ¿Por qué no? _____

Sí 2. → 21b. ¿Por qué sí? _____

22. ¿Qué sugerencias haría usted para mejorar la atención en este centro de salud para mujeres que han sufrido la violencia? _____

23. ¿Hubo algo en particular que le gustó acerca de los servicios hoy día?

24. ¿Hubo algo en particular que no le gustó acerca de los servicios hoy día?

“GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN”

e. Protocolo modelo para la evaluación cualitativa

Presentación del problema

Una de las dificultades de evaluar las intervenciones relacionadas a la violencia basada en género dentro del contexto de la provisión de servicios de salud es la falta de teoría o pruebas que apoyen definiciones e indicadores claros midiendo su “éxito” o “fracaso”, riesgos o beneficios.

Para enfrentar este problema, la metodología de medio plazo de la IPPF/RHO fue diseñada para que fuera cualitativa y participativa. En vez de emprender la evaluación con definiciones predeterminadas de lo que significa tener éxito, el ejercicio fue diseñado para sonsacar las definiciones y perspectivas de mujeres víctimas de violencia basada en género, proveedores/as de servicios, administradores/as de programas e informadores/as externos/as.

De cierto modo, este estudio tuvo dos componentes: por una parte, intentaba evaluar los componentes del proyecto. Por otra parte, intentaba iluminar qué significa tener éxito o fracasar, ayudar a las mujeres o ponerlas en peligro. Por eso, esta evaluación fue en parte un ejercicio práctico para ofrecer información a donantes y a las asociaciones participantes, y en parte un intento de enfrentar la brecha en los materiales de investigación.

Objetivo general:

La meta universal de la investigación era: *Identificar las formas en que las tres asociaciones pueden mejorar su trabajo para beneficiar a las mujeres que han experimentado la violencia basada en género.*

Objetivo específico:

La evaluación se diseñó para que abordara tres objetivos específicos/preguntas investigativas:

1. ¿Cómo definen las mujeres que han experimentado violencia basada en género el “éxito” y el “fracaso”, el beneficio y el riesgo, en el contexto de sus propias vidas? ¿Después de que sobrevivientes de la VBG reciben servicios de una institución, cuáles son sus opiniones sobre los hitos y los resultados que han experimentado?
2. ¿Hasta qué punto han logrado éxito o han fracasado, (o han resultado en beneficios y riesgos) las varias intervenciones, desde la perspectiva de las mujeres mismas, de las y los administradores de programas, de proveedores de servicios, e informadores/as clave?
3. ¿Hasta qué punto la integración de la VBG dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva ha tenido un impacto sobre: a) la salud sexual y reproductiva de las mujeres que han tenido experiencias de violencia? b) la estructura y la calidad del cuidado de la salud sexual y reproductiva? c) las actitudes y las prioridades de las y los proveedores de servicios?

Metodología:

La evaluación principalmente implicaba métodos de investigación cualitativos, o sea, triangular diferentes fuentes de información cualitativa para complementar los resultados cuantitativos de la encuesta de salida para usuarias. La evaluación exploró las perspectivas de mujeres con experiencias de VBG, proveedores/as de servicios de salud, gerentes/administradores de las asociaciones, e informadores que habían participado en la red de organizaciones trabajando con la VBG

El trabajo en el campo se llevó a cabo entre agosto y noviembre de 2001. Específicamente, se trataba de:

- a) Una revisión y un análisis de los documentos utilizados en el proyecto por las y los coordinadores del proyecto
- b) 14 entrevistas en profundidad con mujeres con experiencias de violencia
- c) “*Talleres de reflexión*”—discusiones/entrevistas en grupos participativos, incluyendo:
 - i) 6 con proveedores/as de servicios
 - ii) 8 con mujeres con experiencias de violencia que recibieron servicios
 - iii) 2 con informadores externos vinculados con organizaciones que abordan la violencia basada en género
- d) 14 entrevistas estructuradas con informadores claves de las organizaciones mismas y también externos a las organizaciones
- e) Tres sistematizaciones de experiencias para documentar intervenciones piloto específicas, incluyendo:
 - i) Grupos de apoyo para mujeres que han experimentado violencia (Venezuela y Perú)
 - ii) Redes, específicamente “una red multi-sectoral de mesa redonda” (Perú)
 - iii) Estudio de caso que exploraba ejemplos de “éxito” y “fracaso”, como fueron definidos por el equipo del proyecto (Venezuela)
- g) 691 encuestas de salida con mujeres que recibieron servicios de SSR en las clínicas participantes quienes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Además de las guías para las entrevistas/discusiones estructuradas y no estructuradas, las evaluadoras usaron varias técnicas para recolectar información de manera abierta y participatoria, incluyendo las siguientes:

1. “*El camino recorrido*”: una historia cronológica

Este método se usó durante las entrevistas individuales y las discusiones en grupo.

Durante las discusiones en grupo, la evaluadora les pregunto a las y los proveedores de servicios que describieran la historia del proyecto cronológicamente e identificaran los eventos claves durante los últimos dos años. Sus comentarios fueron documentados en orden cronológico en un cronograma. Se les pidió a las y los participantes que calificaran estos eventos de 1 a 10 para desarrollos positivos y de -10 a 0 para eventos/desarrollos negativos.

Durante las entrevistas individuales, se les pregunto a las mujeres que describieran los eventos claves relacionados a cómo se ocuparon de su experiencia relacionada con la VBG. También se les pidió que calificaran estos eventos, no con cifras, pero bajo los términos de positivo o negativo, no importante, importante o muy importante.

2. Logros/Beneficios (Sólo en discusiones en grupo)

Las y los participantes llenaron fichas (la cantidad que quisieran) para responder a la pregunta: ¿Para tí, que han sido los principales logros que has visto o sentido desde:

- a) el principio del proyecto? (proveedores/as de servicios);
- b) que recibiste servicios de la institución? (mujeres); o
- c) que se estableció la red? (informadores externos).

La facilitadora organizó las fichas en la pared, de acuerdo al tema. Cuando dos fichas tenían la misma idea, la facilitadora sujetaba una encima de la otra. Si algún tema mayor no tenía fichas, la facilitadora pedía una segunda ronda con fichas de otro color.

Una vez que las fichas estaban todas puestas en la pared, la facilitadora le preguntó a las participantes cuáles temas se mencionaban con más frecuencia y porqué, y qué tan corriente o importante era cada una de las ideas en su opinión.

Un aspecto importante de este ejercicio fue la comparación entre las perspectivas de las mujeres que habían experimentado violencia y recibido servicios con las perspectivas de las y los proveedores de servicios.

3. ¿Quién ayuda a las mujeres?

Este ejercicio es un análisis rápido de situación de los recursos en la comunidad disponibles para ayudar a mujeres víctimas de violencia—desde perspectivas diferentes. Dado el ejemplo de un caso (“María vive con una pareja violenta”), se les preguntó a las y los participantes, “¿quién la ayuda?”. Se les dieron fichas de diferentes colores y tamaños a las y los participantes para escribir sus respuestas.

Específicamente, los colores representaban lo siguiente:

- a) Durante discusiones en grupo con mujeres e informadores externos, un color representaba individuos (como familiares, vecinos, etc.), y otro color representaba organizaciones (públicas y privadas).
- b) Durante discusiones en grupo con proveedores de servicios, un color representaba servicios disponibles dentro de la institución, otro color representaba servicios externos a la organización, y un tercer color representaba individuos en la vida de la mujer.

Fichas pequeñas, medianas y grandes representaban la importancia pequeña, mediana o grande del sujeto. Se les pidió a las y los participantes que pusieran las fichas más cerca o más lejos de María, dependiendo del grado que pensaban que estos recursos le eran disponibles.

4) La historia incompleta de Rosita

La facilitadora presenta al grupo el caso hipotético de una mujer que vive una situación de violencia a la cual se le hace preguntas sobre la violencia durante una visita a la clínica. Al grupo se le pide:

- a) Describir los factores que podrían facilitar o prevenir a la mujer mejorar su situación.
- b) Identificar qué piensan que podría ser el impacto sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- c) Responder a una serie de preguntas sobre qué podrían hacer, decir y sentir la mujer y su proveedor/a de salud cuando se le hacen preguntas sobre la violencia.

El cuadro abajo demuestra el número y el tipo de entrevistas y discusiones en grupo que se llevaron a cabo como parte del estudio cualitativo de medio plazo de la IPPF/RHO:

Instrumento	Venezuela (PLAFAM)	República Dominicana (PROFAMILIA)	Perú (INPPARES)
Entrevistas en profundidad con mujeres que han experimentado la VBG	5 entrevistas	4 entrevistas	5 entrevistas
Discusiones en grupo con proveedores/as	2 grupos	2 grupos	2 grupos
Discusiones en grupo con mujeres que han experimentado VBG y recibieron servicios	2 grupos	3 grupos	3 grupos
Discusiones en grupo y entrevistas con informadores claves externos a la institución	1 grupo	3 entrevistas	1 group
Entrevistas estructuradas con informadores claves dentro de la institución	3 entrevistas	4 entrevistas	4 entrevistas
Actividades para documentar las experiencias de intervenciones específicas	2 (grupos de apoyo y un estudio de caso de un "éxito" y un "fracaso")	NA	2 (grupos de apoyo y una red a nivel del distrito)
Encuesta de salida de las usuarias	180 entrevistas	201 entrevistas	310 entrevistas

f. Protocolo de revisión aleatoria de registros

Objetivo: El objetivo general de la revisión de registros al azar es evaluar hasta qué grado está **completa** la documentación acerca de detección de violencia basada en género (VBG). Este protocolo fue desarrollado para las clínicas que tienen una política de detección de rutina que obliga a ciertos/as proveedores/as a hacer preguntas acerca de la violencia basada en género detección a las usuarias. Estas preguntas se llaman “la herramienta de detección.”

Los objetivos específicos son:

- a) Verificar como se está aplicando y registrando los datos de las preguntas de violencia en los expedientes clínicos.
- b) Identificar servicios en los cuales los/as proveedores/as tienen dificultad aplicando o registrando los resultados de la herramienta de detección.

Marco lógico:

Documentación de información es un componente clave de la detección de VBG. La parte clave es—cuando la usuaria regresa para una consulta subsecuente, ¿puede el/la proveedor/a ver la documentación y averiguar si la usuaria ya pasó por la detección? Y, a través de la documentación, ¿puede determinar cuáles fueron los resultados de la detección?

Es importante tomar en cuenta que el proceso de documentar detección tiene dos partes: a) en cada clínica hay políticas de detección y un protocolo o patrones de documentar al proceso de detección; y b) en cada clínica hay una cierta proporción de proveedores que siguen las normas por lo menos parte del tiempo.

Si ambas partes funcionan bien, la documentación acerca de detección puede ser completa. Si alguna parte no funciona bien, es posible que no habrá una documentación completa.

¿Qué queremos decir por “completa”? La definición de documentación completa puede variar, según la política de la clínica. Sin embargo, al mínimo, debe incluir lo siguiente:

- a) Las preguntas están selladas o documentadas en la historia clínica, o incluidas en un papel aparte (a menos que esto no sea la política de la clínica).
- b) Hay una respuesta registrada para cada una de las preguntas de la herramienta de detección.
- c) En caso de que haya alguna respuesta afirmativa:
 - i) la documentación debe incluir valoración de peligro.
 - ii) deben haber detalles acerca del caso.
 - iii) se debe incluir información acerca de se hizo una referencia (o no).

Se podría hacer la documentación de estos datos en varios lugares de documentación, incluso:

- a) La historia clínica misma
- b) Un papel aparte que está guardado dentro del registro/expediente de la clienta

- c) Otro lugar como un cuaderno o registro separado, dedicado solamente a datos relacionados con violencia basada en género QUE ES ACCESIBLE AL/A LAS PROVEEDORES/AS AL MOMENTO DE LA CONSULTA SUBSECUENTE
- d) Otro lugar que NO ES ACCESIBLE AL/A LAS PROVEEDORES/AS AL MOMENTO DE LA CONSULTA SUBSECUENTE

Criterios de selección de la muestra:

Para recolectar estos datos, hay que seleccionar a un grupo de registros que caben dentro de ciertos criterios. Para la iniciativa de VBG, la IPPF/RHO utilizó los siguientes criterios para los registros:

- a) Pertenecían a las usuarias nuevas de servicios de salud sexual y reproductivas. (Este criterio nos permitió asegurar que estas usuarias calificaban para el tamizaje según las políticas de detección en cada una de las clínicas participantes).
- b) Los registros analizados deben ser de usuarias que estuvieron en la clínica en dos meses seleccionados, seis meses aparte.

Tamaño de la muestra:

[Nota: El CDC (Center for Disease Control and Prevention) de los Estados Unidos ha desarrollado una metodología para hacer revisiones de registros al azar en el área de vacunas. Hemos seguido sus recomendaciones para adaptar la metodología, incluso el tamaño de la muestra.]

Nota: abajo es la muestra mínima. Es aceptable si una organización quiere hacer más.

INPPARES: Patres: 50
 Jóvenes: 30 (opcional)
 Los Olivos: 30
 Comas: 30
 San Juan de Lurigancho: 30
 Ate Vitarte: 30

PROFAMILIA: Rosa Cisneros: 50
 Evangelina Rodríguez: 50

PLAFAM Sede Central: 50
 Petare: 50

Procedimiento para hacer la sección de una muestra al azar para evitar sesgo:

1. Primero hay que producir una lista de todos los registros de usuarias nuevas de SSR que estuvieron en la clínica en el período seleccionado (N).
2. Calcular un intervalo de muestreo (IM) dividiendo el número total de registros (N) por el número de registros a ser muestra (n): $IM = N / n$
3. Seleccionar un inicio al azar (CA). El comienzo al azar es cualquier número entre 1 y el IM. Puede ser escogido utilizando cualquier número al azar, como por ejemplo: escoger a los números de serie de un billete (peso, sol, dólar, etc.)
4. El CA determina el primer registro escogido. Continúa añadiendo el IM del CA para obtener el segundo archivo. Continúa añadiendo el IM hasta que la lista esté consumida.

Recolección de datos

Ver la página siguiente para ver la hoja de recolección de datos. Incluya cuatro preguntas generales acerca del sistema de información en la clínica. También se debe incluir una hoja para registrar datos de la revisión de registros. Esta hoja fue desarrollada para la herramienta de detección utilizada por las clínicas de la iniciativa de VBG de la IPPF/RHO. Otras organizaciones tendrían que adaptarla según las preguntas de detección que se utilizan.

1	Número de Expediente	Número que utiliza la clínica para identificar al registro (archivo / expediente) de la usuaria en servicios de SSR.
2	Tipo de servicio (Opcional)	Depende de las necesidades de la clínica y la asociación. Todas las usuarias deben ser de servicios elegibles, pero en algunos casos, puede que la asociación quiera distinguir entre diferentes servicios.
3	Proveedor/a (Opcional)	Depende de las necesidades de la clínica y la asociación. Puede ser el apellido del/la proveedor/a.
4	¿Herramienta (o sello) incluida?	Marque SÍ si la herramienta o sello está en el lugar adecuado según la política de la clínica. Para las clínicas que tienen las preguntas escritas dentro de la historia clínica, la respuesta de esta pregunta siempre será SI.
5	¿Preguntas hechas?	Si hay alguna indicación en el registro que se hizo alguna pregunta acerca de VBG, hay que marcar SÍ y seguir con la revisión. Si no hay ninguna indicación que las preguntas fueron hechas, hay que marcar NO y es el fin de la revisión.
6	¿Respuestas documentadas?	Para decir "Sí, todas" hay que verificar que hay una respuesta para todas las preguntas de la herramienta de detección (por ejemplo, violencia psicológica, física, sexual, y abuse en la niñez). Si una o algunas respuestas están documentadas, marque "Sí pero no todas". Si ninguna respuesta está documentada, marque "NO" y siga al siguiente ítem (7).
7	¿Cuáles respuestas son completas o incompletas?	Si falta una respuesta marque "SÍ" (incompleto) en el lugar indicado (según el tipo de violencia). Para cada pregunta con una respuesta, marque "C" (completo).
8	¿Alguna respuesta afirmativa?	Si hay alguna respuesta afirmativa para cualquier de los cuatro tipos de violencia, marcar SÍ. Si todas las respuestas fueron negativas (o dejadas en blanco), marque NO. Fin de la revisión.
9	¿Valoración de peligro?	Solamente si había una respuesta afirmativa: Si está documentado que hubo valoración de peligro, marque SÍ. Si está en blanco, marque NO.
10	¿Algún detalle del caso?	Solamente si había una respuesta afirmativa: En esta columna marcar si hay algún detalle acerca del caso o no.
11	¿Alguna referencia?	Solamente si había una respuesta afirmativa: En esta columna marcar si o no está documentada una referencia (puede ser cualquier tipo, externa, interna, etc.).
12	Otra nota	Lugar para otra información pertinente.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre de la Asociación _____

Nombre de la Clínica: _____

Fechas de monitoreo: _____

Revisado por: _____

Sistema de información:

1) ¿Cómo se incorporan las preguntas de detección en el registro de las usuarias?

- 1. Son parte del mismo expediente / historia clínica.
- 2. Están selladas sobre el expediente/ historia clínica.
- 3. Están escritas en una hoja aparte.
- 4. Hay otro sistema. Especifique: _____
- 5. No hay preguntas de detección escritas incorporadas en los registros médicos.

2) ¿Dónde se documenta las respuestas a las preguntas de detección?

- 1. En el mismo expediente/ historia clínica
- 2. En una hoja que está guardado en el mismo archivo junto con el expediente/ historia clínica
- 3. En un registro / archivo separado
- 4. Otro. Especifique: _____

2.a) Estas respuestas, ¿son accesibles al/a los proveedores/as al momento de la consulta subsecuente?

- 1. Sí
- 2. No

3. ¿Cómo se documenta en la historia clínica la referencia a otros servicios?

- 1. En el mismo expediente/ historia clínica
- 2. En una hoja que está guardada en el mismo archivo junto con el expediente/ historia clínica
- 3. En un registro / archivo separado
- 4. Otro. Especifique: _____

4. ¿Cómo está guardada la información de varios servicios? O sea:

- 1. La historia clínica de SSR está en el mismo archivo con los datos de apoyo emocional, psicológico y legal.
- 2. Se mantienen archivos separados para apoyo emocional, psicológico y legal, pero se hace un resumen en el registro médico acerca de los otros servicios.
- 3. Se mantienen archivos separados para apoyo emocional, psicológico y legal, y generalmente no hay información en el registro médico acerca de los otros servicios.

Fecha de la revisión (DD/MM/AA):

Nombre de la Clínica: _____

Fecha de los registros: (MM/AA):

1	2	3	4		5		6			7				8		9		10		11		12	
Número de Expediente	Tipo de servicio	Proveedor/a	¿Herramienta (o sello) incluida?		¿Preguntas hechas?		¿Respuestas completas?			¿Cuáles respuestas son completas o incompletas? (C = completa I= incompleta)				¿Alguna respuesta afirmativa?		Solamente si hay respuesta afirmativa		¿Algún detalle del caso?		¿Alguna referencia?		Otra nota	
			SI	NO	SI	NO=> fin	SI todas	SI pero no todas	NO	Psicológica	Física	Sexual	Abuso en niñez	SI	NO=> fin	SI	NO	SI	NO	SI	NO		