



Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres

Módulo de Programación sobre el trabajo con el sector salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas

Desarrollado por:

Jeanne Ward based on the work of Jill Gay and Dina Deligiorgis with contributions from Bonnie Shepard on behalf of UNFPA, Natalia Macdonald and Julie Lafreniere

Revisión técnica y la retroalimentación proporcionada por:

Deborah Billings, PhD, University of South Carolina, Health Promotion, Education and Behavior, Arnold School of Public Health; Women's and Gender Studies

Manuela Colombini, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Suzanne Maman, University of North Carolina at Chapel Hill

Brigid McKaw, Medical Director, Family Violence Prevention Center, Kaiser Permanente

Socio de la Agencia:



INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES

- **¿Por qué es decisivo el sector de la salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas?**
 - El sector de la salud es un punto de entrada fundamental para los supervivientes.
 - El sector de la salud es responsable de brindar servicios de atención de la salud de calidad.
 - El sector de la salud desempeña un papel importante en la prevención de la violencia.
 - La programación de la prevención y la respuesta del sector de la salud puede reducir los costos económicos y de desarrollo de la violencia contra la mujer para la sociedad.
 - Los servicios de salud para los supervivientes son un derecho humano básico.
- **¿Cuáles son los elementos fundamentales de un enfoque amplio del sector de la salud respecto de la violencia contra las mujeres y las niñas?**
 - Una base empírica de buenas prácticas en los enfoques del sector de la salud respecto de la violencia contra la mujer.
 - Modelos teóricos básicos para establecer un enfoque amplio.
 - El enfoque sistémico de la prestación de servicios de salud.
 - El enfoque “integrado” de la prestación de servicios de salud.
 - Adaptar los enfoques del sector de la salud a diferentes contextos y niveles de recursos y establecer prioridades: de los servicios básicos al cuidado integral.

¿Cuáles son los principios rectores que guían la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres y las niñas?

- Sinopsis de los principios básicos.
- Normas para la prestación de servicios médicos.

¿Qué debemos hacer para aplicar o mejorar la estrategia nacional del sector de la salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas?

- Realizar un análisis de la situación del sector de la salud
- Crear un comité multisectorial de interesados para la acción coordinada a nivel nacional y local
- Garantizar que existan leyes pertinentes
- Desarrollar políticas nacionales y subnacionales o planes de acción en el sector salud, para la violencia contra la mujer, con enfoque integral
- Asegurar que haya protocolos/directrices que apoyen la implementación estandarizada de las políticas nacionales y subnacionales

- **Crear un sistema nacional de vigilancia de salud pública sobre la violencia contra las mujeres y las niñas**
- **Garantizar los fondos adecuados para que el sector salud aborde la violencia contra las mujeres y las niñas**

¿CÓMO SE DESARROLLAN E IMPLEMENTAN LOS PROGRAMAS DE SALUD EN LOS CENTROS DE SALUD?

- **Desarrollar capacidad institucional para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas en hospitales, clínicas, y otros centros de salud primaria y secundaria.**
 - **Identificar las necesidades del centro mediante una evaluación.**
 - **Desarrollar políticas, protocolos escritos y estrategias que apoyen la integración de servicios para la violencia contra las mujeres y las niñas en todo el centro.**
 - **Realizar actividades de capacitación y sensibilización para el personal.**
 - **Construir infraestructura.**
 - **Considerar el despistaje de rutina.**
 - **Garantizar servicios de emergencia y no emergencia.**
 - **Exámenes forenses las 24 horas**
 - **Evaluación y planificación de la seguridad**
 - **Asistencia y apoyo emocional**
 - **Aborto sin riesgo**
 - **Establecer un marco de monitoreo y evaluación para los niveles de actividad de los servicios y la calidad de la atención.**
 - **Desarrollar material educativo e informativo, y difundir la disponibilidad de servicios de apoyo entre la comunidad.**
 - **Garantizar la coordinación y las derivaciones.**
 - **Desarrollar un programa de prevención con base en la comunidad.**
 - **Garantizar los fondos.**
- **Integrar apoyo y asistencia a las sobrevivientes en los programas de salud reproductiva.**
- **Vincular la programación sobre VIH/SIDA con la programación sobre prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas.**
 - **Comprender los vínculos entre el VIH /SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas.**
 - **Generales de política y recomendaciones prácticas para la integración de la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH**
 - **Resumen**
 - **Derecho y la reforma política**
 - **Reformar los sistemas de salud**

- Prevención
 - Las áreas específicas para la integración de la violencia contra las mujeres y las niñas en la programación del VIH de programación
 - Lleva a cabo un análisis de la situación
 - Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
 - Prevención de la transmisión perinatal (también conocida como la prevención de la transmisión materno-infantil)
 - Abordar la violencia contra las mujeres VIH positivas
- Instaurar servicios de apoyo para las sobrevivientes en los centros de salud y en la comunidad.
 - Programas de enfermera examinadora de agresiones sexuales.
 - Centros para casos de violencia de pareja y/o centros para la atención de casos de agresión sexual (también llamados centros de atención integral).
 - Centros para crisis por violación.

¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA TRABAJAR CON POBLACIONES ESPECÍFICAS?

- Adolescentes
- Mujeres con discapacidades
- Trabajadoras sexuales
- Migrantes
- Mujeres y niñas víctimas de trata

MONITOREO Y EVALUACIÓN

- ¿Por qué evaluar las iniciativas del sector salud?
- La realización de la evaluación
- Indicadores
- Estudio base
 - La evaluación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores relacionadas con la violencia contra mujeres y niñas
 - Evaluación de la idoneidad de la infraestructura y capacidad de la clínica y unidad de salud
 - Evaluación de las experiencias de las mujeres en la atención de la salud
 - Evaluación del cumplimiento de políticas y protocolos

REFERENCIAS

I. Introducción: ¿Por qué es decisivo el sector de la salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas?

A. El sector de la salud es un punto de entrada fundamental para las supervivientes.

- La mayoría de las mujeres y niñas supervivientes de la violencia tal vez no informen a nadie de su victimización (UNIFEM, 2003a; [Organización Mundial de la Salud \(OMS\), 2009](#)). No obstante, es probable que quienes sean objeto de violencia y/o se encuentren en situación de riesgo recurran a los servicios de salud en algún momento de sus vidas, entre otras cosas para solicitar atención de rutina, servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva y tratamiento de urgencia. Lo cierto es que es más probable que las mujeres que han sido objeto de violencia utilicen servicios médicos que las que no lo han sido (Golding, 1988; Koss, Koss y Woodruff, 1991; Kimmerling y Calhoun, 1994, citado en Weaver y Resnick, 2000; Campbell, 2002).
- Por consiguiente, los proveedores de servicios de atención de la salud están en una situación singular para identificar a las supervivientes y brindarles tratamiento adecuado y remitirlas cuando procede. En los entornos de atención de la salud en que los profesionales están bien capacitados y son comprensivos y sensibles, la mayoría de las mujeres responden positivamente a las preguntas sobre su exposición a la violencia (Battaglia, Finley y Liebschutz, 2003; McAfee, 1995; Littleton, Berenson y Breitkopf, 2007, citado en Stevens, 2007).
- Los [servicios de salud sexual y reproductiva](#) pueden constituirse en un punto de entrada especialmente importante para las supervivientes de la violencia. El porcentaje de mujeres y niñas que denuncian la violencia puede ser más elevado entre quienes hacen uso de servicios de salud sexual y reproductiva que el porcentaje de las que la denuncian en encuestas de población (Luciano, 2007). Las razones de ello pueden ser muy diversas, pero un elemento común de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los cuidados prenatales, las pruebas de embarazo, la atención de la salud materna y del niño, la planificación de la familia, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, es que las mujeres y las niñas que utilizan estos servicios han mantenido relaciones sexuales sin protección. Si bien muchas mujeres y niñas pueden haber mantenido relaciones sexuales voluntarias sin protección, un gran porcentaje de ellas las han mantenido en relaciones violentas o coercitivas. También podría ser más fácil para los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva identificar a las mujeres y niñas que han sido objeto de abuso porque suelen hacer el seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo.

B. El sector de la salud es responsable de brindar servicios de atención de la salud de calidad.

1. La violencia contra las mujeres y las niñas es una causa importante de morbilidad y mortalidad.

- Muchas mujeres y niñas no suelen recurrir a atención de la salud específicamente relacionada con su victimización, o no reconocen ante los proveedores de los servicios que requieren asistencia debido a su victimización. No obstante, la violencia contra las mujeres y las niñas está vinculada con numerosos problemas de salud, no solo en el momento de la violencia sino a lo largo de toda la vida.
- Se entiende cada vez más que la violencia contra las mujeres y las niñas es un factor de riesgo de una gran variedad de enfermedades y condiciones y no solo un problema de salud en sí mismo. La exposición a la violencia física y sexual puede traducirse en una amplia gama de problemas de salud inmediatos y crónicos relacionados con la agresión y puede contribuir también a conductas negativas que afectan la salud y el bienestar a largo plazo, como el tabaquismo y el uso indebido del alcohol y las drogas (Brener, McMahon, Warren y Douglas, 1999).

EJEMPLOS DE RESULTADOS FATALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

- Homicidio
- Suicidio
- Mortalidad materna
- Mortalidad infantil
- Relacionados con el SIDA

EJEMPLOS DE RESULTADOS NO FATALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA SEXUAL Y LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

Salud física, agudos	Salud física, crónicos	Salud reproductiva	Salud mental	Salud/bienestar social
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones • Conmoción • Enfermedades • Infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad • Trastornos somáticos • Infecciones crónicas • Dolor crónico • Trastornos gastrointestinales • Trastornos alimentarios • Trastornos del sueño • Uso indebido 	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontáneo • Embarazos no deseados • Abortos en condiciones de riesgo • Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH • Trastornos menstruales • Complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático • Depresión • Ansiedad, temor • Ira, agresión • Vergüenza, inseguridad, odio a sí misma, culpa • Pensamientos suicidas • Autoestima baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Estigma • Pérdida de funciones en la sociedad (cuidado de los hijos, obtención de ingresos) • Conductas sexuales riesgosas

	de alcohol/drogas <ul style="list-style-type: none"> • Jaquecas • Fatiga • Fibromialgia • Obesidad o anorexia 	del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Problemas ginecológicos (como enfermedad inflamatoria pélvica) • Cáncer de cuello de útero • Trastornos sexuales 		
--	---	---	--	--

Fuentes: Para las consecuencias en la salud de la violencia sexual y la violencia en la pareja que se señalan más arriba, véase Campbell, 2002; Heise y García-Moreno, 2002; Ellsberg, 2006; García-Moreno y Stöckl, 2009; Banco Mundial, [Gender-Based Violence, Health and the Role of the Health Sector](#) (Violencia de género, salud y la función del sector de la salud).

- La violencia contra las mujeres y las niñas también puede tener repercusiones en la salud materna e infantil y la morbilidad y mortalidad infantil. Aunque la violencia suele no formar parte de los reconocimientos médicos, cuando se la ha incluido como parte del cuidado prenatal, la violencia en la pareja durante el embarazo está entre los problemas más comunes detectados (Ellsberg, 2006). La violencia se ha vinculado con resultados adversos del embarazo, como bajo peso al nacer, parto prematuro, parto antes de término, aborto espontáneo y pérdida del feto (Campbell, García-Moreno, y Sharps, 2004; Ellsberg y otros, 2008; García-Moreno, 2009).
- Es más probable que las niñas que experimentan [abuso sexual en la infancia](#) tengan conductas sexuales riesgosas más adelante, lo cual aumenta el riesgo de largo plazo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de embarazos precoces. (OMS, 1997, citado en Ward y otros, 2005).
- Las niñas forzadas u obligadas a contraer matrimonio en la infancia (antes de los 18 años) corren el riesgo de diversos resultados adversos para la salud. Las complicaciones del embarazo y el parto son la causa principal de muerte de las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo (Black, 2001, citado en Ward y otros, 2005). También es probable que las niñas que contraen matrimonios precoces corran mayor riesgo de violencia en la pareja, especialmente en relaciones en que el marido es considerablemente mayor (Ward y otros, 2005).
- La mutilación y ablación genital femenina, considerada una forma de violencia contra las mujeres y las niñas, también tiene múltiples consecuencias en la salud de la madre y el niño.

Consecuencias obstétricas de la mutilación y ablación genital femenina a una edad temprana	Consecuencias en el parto de la mutilación y ablación genital femenina durante el embarazo
<p>Efectos prenatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El embarazo en presencia de estenosis vaginal (apertura pequeña de la vagina que permanece después de la infibulación) • Temor al parto y al alumbramiento debido al tamaño pequeño del introito • Dificultad para realizar los exámenes prenatales • Cicatriz dolorosa 	<p>Efectos prenatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Infección • Lesión fetal
<p>Efectos durante el parto y el alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención de orina durante el parto • Dificultad para evaluar el progreso del parto • Parto prolongado o/y obstrucción • Sufrimiento fetal • Episiotomías y desgarros perineales • Hemorragia posparto • Muerte materna • Muerte fetal • Infección posparto de la herida genital 	<p>Efectos durante el parto y el alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto antes de término • Obstrucción que requiere una cesárea • Parto difícil • Muerte materna • Muerte fetal

Fuente: OMS. 2000. *A Systematic Review of the Health Complications of Female Genital Mutilation Including Sequelae in Childbirth* (Examen sistemático de las complicaciones para la salud de la mutilación genital femenina, incluidas las consecuencias en el parto). Ginebra: OMS. Véase también la [página web](#) de la OMS sobre la mutilación genital femenina.

- La violencia contra las mujeres y las niñas también tiene una **dimensión de salud social**: puede tener efectos adversos en las relaciones, la vida de familia y el trabajo, y repercutir en la capacidad general de las supervivientes de alcanzar su potencial y participar en la sociedad y contribuir a ella (Golding, 1996).

Recursos adicionales:

- Véase un [panorama general](#) de la Organización Mundial de la Salud sobre los efectos en la salud de los distintos tipos de violencia contra la mujer.

2. Las supervivientes que concurren a clínicas de salud en que los proveedores de servicios no están capacitados para reconocer y abordar la violencia contra las mujeres y las niñas pueden recibir un diagnóstico erróneo o un tratamiento inadecuado.

- Si los proveedores de atención de la salud no están debidamente capacitados sobre las consecuencias de la violencia contra las mujeres y las niñas, podrían no reconocer los indicadores de abuso, lo que les impediría tratar eficazmente a la superviviente y/o remitirla para recibir servicios psicológicos, jurídicos, de vivienda y de otra índole adecuados que podrían prestar apoyo a las supervivientes y poner fin al abuso.
- Los proveedores de servicios de salud que han sido objeto de abuso y carecen de formación y apoyo profesional suficiente podrían ser reacios a tratar la cuestión con las supervivientes que solicitan asistencia.
- Pasar por alto las consecuencias de la violencia no solo es desperdiciar una oportunidad, es una violación de la [ética médica](#). Los proveedores de servicios podrían no brindar atención integral, no reconocer a las mujeres que corren peligro o no brindar la atención necesaria o incluso que salve vidas, como el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y/o la profilaxis después de la exposición al VIH.
- Además, los proveedores que no están capacitados para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas podrían responder a las víctimas que denuncian la violencia con actitudes que culpan a las víctimas lo cual podría infligirles nuevos daños emocionales (Kim y Motsei, 2002) y desalentarlas de buscar tratamiento. Como mínimo, los proveedores de asistencia de la salud deberían intentar “no hacer daño” al tratar con supervivientes para no volver a victimizar a las mujeres que han sido objeto de violencia.
- Cuando los proveedores de servicios de salud no están capacitados en lo que respecta a los [principios rectores](#) del trabajo con supervivientes, por ejemplo si no protegen la [confidencialidad](#) de los pacientes, las mujeres y las niñas podrían correr el riesgo de ser objeto de nuevos actos de violencia por parte de sus parejas o familiares (Banco Mundial, 2002).

C. El sector de la salud desempeña un papel importante en la prevención de la violencia.

- El sector de la salud puede desempeñar un papel decisivo en la prevención de la violencia cambiando las actitudes y conductas que contribuyen a la violencia contra las mujeres y las niñas, no solo de los proveedores de atención de la salud y otros profesionales del sector sino también en la comunidad más amplia.
- A **nivel nacional**, el sector de la salud puede elaborar [leyes y políticas nacionales](#), asegurar la [financiación](#) y realizar campañas de salud pública para transmitir el mensaje de que la violencia contra la mujer es inaceptable.
- A **nivel institucional**, los proveedores de servicios de salud pueden [elaborar programas de prevención](#) dirigidos a las comunidades locales.
- **En las instituciones de salud**, los proveedores y otros profesionales pueden participar en la [capacitación](#) para estar en condiciones de cuestionar las actitudes perjudiciales de los trabajadores de la salud y asegurar que las interacciones del personal con las supervivientes brinden apoyo, no sean acusadoras y se basen en los [derechos humanos](#) y en [enfoques centrados en las supervivientes](#). Las instituciones de salud también pueden fomentar la inaceptabilidad de la violencia contra las mujeres y las niñas suministrando información, por ejemplo en folletos y carteles, en las salas de espera de los hospitales.
- En su calidad de trabajadores de divulgación y profesionales móviles, los proveedores de servicios de salud pueden participar en programas de radio y foros comunitarios (como acontecimientos especiales, visitas a escuelas y lugares de trabajo). Esto también puede fomentar la confianza en la respuesta del sector de la salud y alentar a las supervivientes a darse a conocer, revelar los abusos sufridos y obtener servicios de atención y remisión.
- No obstante, muchas otras responsabilidades del sector de la salud que tal vez no se consideren directamente trabajo de prevención de la violencia pueden contribuir a las iniciativas generales destinadas a responder a la violencia contra la mujer. A continuación se consigan algunas de ellas:

Prevención de la violencia y las lesiones: el papel del sector de la salud

Tareas básicas

- Elaborar un sistema de vigilancia que capte la incidencia y prevalencia de lesiones;

- Reunir, analizar y divulgar datos sobre la magnitud y las consecuencias para la salud de la violencia y las lesiones;
- Promover la adopción de medidas para prevenir y controlar la violencia y las lesiones;
- Contribuir a la formulación de políticas sobre la prevención de la violencia y las lesiones;
- Facilitar los servicios de prevención basados en el sector de la salud;
- Suministrar atención prehospitalaria de urgencia en coordinación con la policía y otros servicios de urgencia;
- Prestar servicios de urgencia para las lesionadas en centros de salud;
- Prestar servicios de rehabilitación para las lesionadas;
- Evaluar las actividades de intervención relacionadas con la prevención de la violencia y las lesiones utilizando un criterio científico;
- Prestar apoyo y/o suministrar medios para la evaluación forense, en particular en casos de violencia sexual;
- Capacitar a proveedores de salud pública y de atención de la salud en materia de prevención y atención de lesiones.

Otras tareas

- Reunir datos sobre factores de riesgo y de protección;
- Elaborar y ejecutar actividades de información, educación y comunicación para prevenir la violencia y las lesiones;
- Impulsar la formulación de políticas;
- Garantizar el liderazgo y la coordinación;
- Promover cambios en la legislación vigente;
- Recomendar nuevas reglamentaciones;
- Realizar investigaciones

Extraído de: Organización Mundial de la Salud, 2005a. [Developing National Policies to Prevent Violence and Injuries: a Guideline for Policy-Makers and Planners](#) (Formulación de políticas nacionales para prevenir la violencia y las lesiones: guía para responsables de las políticas y la planificación), pág.11.

Otros recursos:

- Para más información sobre prevención, véanse la sinopsis general sobre [prevención primaria](#) y el módulo especial sobre [prevención primaria](#).
- **Organización Mundial de la Salud/Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. 2010.** [Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence](#) (Prevención de la violencia contra la mujer en la relaciones sexuales y en la pareja: adopción

de medidas y reunión de pruebas). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- **Sitio web sobre la prevención de la violencia.** Disponible en [inglés](#).
- **Sitio web del Prevention Connection.** Disponible en [inglés](#).
- **Sitio web del Prevention Institute.** Disponible en [inglés](#).

D. La programación de la prevención y la respuesta del sector de la salud puede reducir los costos económicos y de desarrollo de la violencia contra la mujer para la sociedad.

1. La violencia contra las mujeres y las niñas es costosa para la sociedad.

- Mejorar las iniciativas para responder a la violencia contra las mujeres y las niñas es fundamental no solo porque estas tienen derecho a vivir libres de violencia, sino también porque la violencia causa considerables gastos sociales y económicos. No solo empobrece a las personas, sino que también contribuye al empobrecimiento de las comunidades y los países mediante:
 - La pérdida de días de trabajo, menor productividad y disminución de los ingresos;
 - La reducción general o la pérdida de participación y oportunidades educacionales, de empleo, sociales o políticas;
 - Gastos en servicios médicos, judiciales, sociales y de protección (a nivel de los presupuestos personales, familiares y del sector público).
- La violencia contra las mujeres y las niñas agota los recursos existentes de un país y menoscaba la capacidad de las mujeres para contribuir al progreso social y económico. Se estima que en algunos entornos industrializados los costos anuales de la violencia en la pareja ascienden a miles de millones de dólares de los EE.UU. El gasto para el país de un acto de violación en los Estados Unidos, si se tienen en cuenta los costos tangibles e intangibles, podría ascender a 100.000 dólares (Post y otros, 2002, citado en Ward y otros, 2005).
- El sector de la salud se ve directamente afectado por estos costos, especialmente si se tiene en cuenta la carga adicional que impone la atención de los supervivientes de la violencia.
 - En Uganda, el costo anual para el personal de los hospitales que tratan a mujeres por lesiones resultantes de la violencia en la pareja asciende a 1,2 millones de dólares. (Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2009, citado en el módulo sobre [elementos básicos de programación](#)).

- Solo en un hospital de Kingston (Jamaica), se estimó ya en 1991 que el costo de tratar a las víctimas de la violencia en la pareja ascendió a casi medio millón de dólares (Banco Mundial: [Gender-Based Violence, Health and the Role of the Health Sector](#) (Violencia de género, salud y la función del sector de la salud).
- En el primer estudio de este tipo (2002) para estimar la carga de las enfermedades producidas por la violencia en la pareja, Australia llegó a la conclusión de que en las mujeres menores de 45 años este tipo de violencia causaba más enfermedades prevenibles y muertes prematuras que la hipertensión, la obesidad o el tabaquismo (Gobierno del Estado de Victoria (Australia), Victorian Health Promotion Foundation, 2004).
- Los gastos causados por la violencia en la pareja en los Estados Unidos superaban los 5.800 millones de dólares por año, de los cuales 4.100 millones de dólares correspondían a servicios directos de atención de la salud médica y mental (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 2003).

Otros recursos:

- **Costs of Sexual Violence Worksheet** (Hoja de reseña sobre los costos de la violencia sexual) (s.f.). Esta hoja de reseña, producida por el Departamento de Salud de Minnesota puede ser utilizada por los encargados de aplicar y promover la sensibilización acerca de los costos de la violencia contra las mujeres en las ciudades. Esta información puede utilizarse para demostrar que la prevención de la violencia de género es mucho más eficaz en función de los costos que permitir que continúe. Disponible en [inglés](#).
- Véase [Consecuencias y costos](#) en el módulo sobre [elementos básicos de programación](#) para estadísticas adicionales e informes y herramientas ilustrativas sobre el cálculo de costos.

2. Abordar y prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas es una estrategia esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

- En la [Declaración del Milenio](#) (2000) aprobada por 189 países se reconoce que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), es necesario “luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración del Milenio, resolución A/55/L.2). En 2008 el Secretario General de las Naciones Unidas también puso en marcha una campaña sin precedentes, la [Campaña ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres](#) que se extiende hasta 2015 de conformidad con el plazo establecido para los ODM. La violencia contra las mujeres y las niñas tiene consecuencias negativas para el logro de todos los ODM, no solo en la medida en que la igualdad de género es una prioridad intersectorial de cada uno de los ODM, sino también respecto de la repercusión directa de la violencia contra las mujeres y las niñas en la realización de seis de estos Objetivos (véase también el módulo sobre la [violencia contra las mujeres y los Objetivos de Desarrollo del Milenio](#) en el módulo sobre [elementos básicos de programación](#).)

- Los ODM tratan concretamente de cuestiones relacionadas con la salud, como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, que no pueden lograrse sin abordar el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas.
- Para prestar apoyo al logro de los ODM, el sector de la salud debe comprender los vínculos entre alcanzar los ODM y abordar el problema de la violencia contra la mujer.

La violencia contra las mujeres y las niñas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud

Cuarto Objetivo: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.

La violencia contra las mujeres y las niñas guarda una relación directa con la mortalidad de los niños menores de 5 años. Además de los millones de niñas que se estima están “desaparecidas” directamente debido a las prácticas discriminatorias en materia de género, como el aborto determinado por el sexo del feto y el infanticidio de las niñas y la alimentación diferenciada en función del género, los datos indican que es más probable que los hijos de mujeres que son víctimas de la violencia en las relaciones en la pareja mueran antes de llegar a los 5 años de edad. La práctica del matrimonio precoz aumenta el riesgo de la mortalidad infantil. Si una niña tiene menos de 18 años al dar a luz, la probabilidad de que su hijo muera durante el primer año de vida es un 60% mayor que la de un niño nacido de una madre mayor de 18 años (Black, 2001, citado en Ward y otros, 2005).

Quinto objetivo: Mejorar la salud materna.

La violencia en la pareja durante el embarazo es uno de los problemas comunes detectados en los exámenes prenatales (Ellsberg, 2006) y se la ha asociado con resultados perjudiciales para el embarazo, como bajo peso al nacer, parto y nacimiento prematuro, aborto espontáneo y pérdida del feto (Campbell, García-Moreno y Sharps 2004; Ellsberg y otros, 2008; García-Moreno, 2009). El matrimonio y el embarazo precoces también plantean riesgos directos para la salud materna. Las complicaciones del embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Los datos indican que por cada niña que muere durante el embarazo o el parto, 30 más sufrirán lesiones, infecciones y discapacidad (Black, 2001).

Sexto objetivo: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.

La “feminización” del VIH/SIDA, en particular en África subsahariana y especialmente entre las niñas adolescentes y mujeres jóvenes, puede relacionarse directamente con las múltiples formas de violencia contra la mujer, que varían desde la agresión y la explotación sexuales hasta la violencia en la pareja. Por ejemplo, es menos probable que las muchachas que mantienen relaciones abusivas puedan negociar el uso de preservativos o accedan al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.

Las investigaciones realizadas en todo el continente de África y la India han revelado que las mujeres que han experimentado abuso por sus parejas tienen una mayor probabilidad de estar infectadas con el VIH (Van der Straten A y otros, 1995 y 1998; Maman S y otros, 2002; Dunkle KL y otros, 2004; Jewkes R y otros, 2010). Las muchachas que contraen matrimonio siendo jóvenes corren un riesgo aun mayor; los estudios indican que las tasas del VIH son mayores entre las mujeres jóvenes casadas que entre las solteras (Black, 2001; Otoo-Oyortey y Pobi, 2003).

- Véase también **Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos** (recopilado por el UNIFEM, 2010). Disponible en [español](#), [francés](#) e [inglés](#).

Extraído de: Ward, 2007 y adaptado de *Strengthening Women's Rights: Ending Violence against Women and Girls – Protecting Human Rights* (Fortalecimiento de los derechos de la mujer: Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas – protección de los derechos humanos), Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), (Eschborn, 2006), págs. 26 a 31.

E. Los servicios de salud para las supervivientes son un derecho humano básico.

- Hay un volumen cada vez mayor de [compromisos normativos y acuerdos internacionales y regionales](#) que hacen a los gobiernos responsables de abordar la violencia contra la mujer como un derecho humano. Es fundamental que los proveedores de servicios de salud conozcan y comprendan estos compromisos y acuerdos como el fundamento para aplicar un [enfoque basado en los derechos humanos](#) a su labor y cumplan las obligaciones que se describen en los instrumentos de derechos humanos.
- Los proveedores de servicios de salud también deben comprender las formas en que las culturas y comunidades en que viven no cumplen estos derechos, así como los factores estructurales y culturales que contribuyen a la violencia contra las mujeres y las niñas. A menos que lo comprendan, no pueden proveer cuidados humanitarios, integrales y eficaces.
- Habida cuenta de que las creencias discriminatorias relativas al género y la sexualidad están tan difundidas en la mayoría de las culturas, la tarea de integrar la atención de la violencia contra las mujeres y las niñas en los servicios de salud es de largo plazo. Abordar la cuestión de la igualdad de género exige invertir en la transformación cultural de los que trabajan en el sistema de salud.

II. ¿Cuáles son los elementos fundamentales de un enfoque amplio del sector de la salud respecto de la violencia contra las mujeres y las niñas?

A. Una base empírica de buenas prácticas en los enfoques del sector de la salud respecto de la violencia contra la mujer.

- Aunque se ha acumulado un gran volumen de conocimientos acerca de los aspectos fundamentales de los programas de salud para abordar la violencia contra la mujer, la relativa falta de evaluaciones de las iniciativas de programación en todo el mundo significa que las pruebas en que se basa un enfoque amplio de salud siguen siendo insuficientes.
- Aun así, se han realizado varias evaluaciones, la mayoría en pequeña escala, que se centran en diversos aspectos de las intervenciones de salud (en particular la [prevención primaria](#) y mejores respuestas) para abordar la violencia contra la mujer. Estas evaluaciones incluyen:
 - [Iniciativa regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental \(IPPF/RHO\)](#), América Latina

- [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\), Programa para una Tecnología Apropriada en Salud \(PATH\)](#), América Latina
 - [Stepping Stones](#), Sudáfrica
 - [Radar/IMAGE](#), Sudáfrica
 - [Minga Perú](#), Perú
 - [Queen Mary's School of Medicine and Dentistry](#), Reino Unido
- Sobre la base de la experiencia adquirida de estos programas y otros, los enfoques para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas en el sector de la salud en general deberían reflejar las estrategias amplias para poner fin a este tipo de violencia y enmarcarse en este contexto. En el módulo sobre [elementos básicos de programación](#) se describen los componentes básicos de una estrategia amplia, que incluyen:
 - [Invertir en la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer](#), entre otras cosas, cambiar las normas de género y trabajar con hombres y niños;
 - [Introducir o reformar legislación](#);
 - [Garantizar políticas multisectoriales y planes nacionales de acción integrales](#);
 - [Garantizar recursos y partidas presupuestarias](#);
 - [Promover la prevención primaria \(en los diferentes sectores\)](#);
 - [Fortalecer los principales sectores](#);
 - [Elaborar respuestas comunitarias coordinadas](#);
 - [Trabajar con grupos clave](#);
 - [Garantizar el fomento de la capacidad](#);
 - [Llevar a cabo investigaciones, recopilación de datos y análisis](#);
 - [Promover la vigilancia y rendición de cuentas nacional](#).
- Además de estas estrategias amplias, las estrategias específicas del sector de la salud incluyen:
 - Utilizar un enfoque sistémico respecto de los servicios de salud, que incluya las políticas, los protocolos, la infraestructura, los suministros, la capacidad del personal para prestar apoyo médico y psicosocial de buena calidad, la capacitación de personal y otras oportunidades de desarrollo profesional, la documentación de casos y los sistemas de datos, el funcionamiento de redes de remisión, evaluaciones de la seguridad y el peligro, entre otras cuestiones pertinentes a los contextos y programas específicos;
 - Promover [leyes, políticas y protocolos](#) en apoyo de la atención amplia de los supervivientes y garantizar que los proveedores de servicios de salud comprendan las leyes, políticas y protocolos pertinentes;
 - Invertir en [equipo y suministros](#) necesarios para la atención amplia;
 - Garantizar una respuesta de calidad, por ejemplo, mediante [centros integrales](#), [servicios integrados](#) en una instalación o la [remisión](#) a

- o otras instalaciones o servicios de salud o servicios en sectores distintos al de la salud (por ejemplo, apoyo policial, social y jurídico);
 - o Establecer sistemas normalizados de [recopilación y gestión de datos](#) dentro de las instalaciones de salud y entre estas;
 - o Institucionalizar la [capacitación de los proveedores de servicios de salud](#);
 - o Aumentar la disponibilidad de los [exámenes forenses](#), por ejemplo mediante [examinadores de enfermería](#);
 - o Mejorar [la vigilancia y evaluación de la calidad del cuidado](#);
 - o Impartir [educación comunitaria](#) acerca de la violencia contra la mujer y la disponibilidad de servicios;
 - o Abordar las necesidades de las [poblaciones específicas](#), incluidos [los adolescentes](#), [las mujeres y niñas con discapacidad](#), [las trabajadoras sexuales](#), [las poblaciones indígenas y las minorías étnicas](#), y [las mujeres seropositivas](#), entre otras.
- También es fundamental que el sector de la salud comprenda las responsabilidades específicas relacionadas con el tipo de violencia de que se trata.
 - Por ejemplo, el marco que figura a continuación propone aspectos fundamentales de un **enfoque amplio de servicios posteriores a la violencia sexual**:

Marco de un modelo amplio de prevención de la violencia sexual y de género, y atención y apoyo a las víctimas

1. Gestión médica de la violencia sexual en el primer punto de contacto con los supervivientes.
2. Asesoramiento psicológico de los supervivientes de violaciones.
3. Enfoques sensibles para tratar a los niños y las niñas supervivientes de la violencia sexual y alentar y ayudar a los supervivientes de sexo masculino a que se presenten.
4. Reunión de pruebas forenses (en el centro de salud durante la gestión médica y/o en la comisaría) y creación de una serie de pruebas que pueda utilizarse durante un juicio.
5. Fuertes vínculos entre la policía y el centro de salud que permitan la remisión de incidentes a cualquiera de los dos para que, si procede, la policía pueda incoar procesos ante el poder judicial. Garantía de que las actuaciones iniciadas por la policía pasen al poder judicial.
6. Estrategias de prevención nuevas o reforzadas de base comunitaria que sean pertinentes y apropiadas para el contexto local y que guarden una relación directa con las estructuras médicas y policiales más próximas.
7. El problema de la violencia física (y psicológica o emocional) doméstica o en la pareja se aborda por medio de:
 - Mensajes transmitidos durante las estrategias de prevención;

- Detección de señales y síntomas de este tipo de violencia durante consultas médicas de rutina.

Extraído de Consejo de Población, 2008b. [Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review](#) (La violencia sexual y de género en África: Examen bibliográfico), pág. 2.

- En el caso de la **violencia en la pareja**, los agentes fundamentales del sector de la salud podrían ejercer las responsabilidades que se describen a continuación (organizadas por niveles del sistema de salud, desde proveedores individuales hasta el ministerio de salud):

Cuadro 1. Formas de abordar la violencia en la pareja, según el tipo de proveedor

Enfermero/trabajador de la salud	Clínica/entorno sanitario	Hospital	Ministerio de Salud
Estar informado de los tipos, el alcance y las causas subyacentes de la violencia	Formular políticas sobre la violencia contra la mujer	Aceptar remisiones y actuar como punto de referencia de clínicas u otros servicios que se ocupan de la violencia contra la mujer	Condenar públicamente la violencia contra la mujer
Detectar casos de abuso durante las consultas de salud reproductiva	Velar por que haya privacidad en las consultas		Estar informado de los tipos de violencia, sus causas subyacentes y consecuencias
Prestar apoyo emocional a las mujeres validando sus experiencias de manera imparcial y estar dispuestos a escuchar	Exhibir carteles y folletos en los que se condena la violencia contra la mujer	Elaborar protocolos sobre el tratamiento de la violación, el abuso sexual de los niños y otras formas de violencia	Apoyar la formulación de políticas y protocolos sobre diferentes formas de violencia contra la mujer
Suministrar cuidado clínico apropiado	Prestar apoyo al personal	Garantizar que el personal esté	Incorporar programas de

(por ejemplo, anticonceptivos de emergencia, pruebas de embarazo y pruebas de detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y el VIH)	interesado en ayudar a las mujeres que han experimentado la violencia y promover el acceso del personal a la capacitación apropiada	debidamente capacitado para tratar casos de violación, abuso sexual infantil y otras formas de violencia	estudio especializados sobre la violencia contra la mujer en la capacitación de los trabajadores de la salud
Documentar las consecuencias médicas de la violencia	Prestar apoyo al personal que ha experimentado violencia en la pareja	Formular declaraciones sobre el carácter inaceptable de la violencia	Vigilar y evaluar las iniciativas para abordar la violencia en la pareja
Mantener la confidencialidad	Crear vínculos con otras organizaciones locales que trabajan para abordar el problema de la violencia de género	Prestar apoyo al personal interesado en ayudar a las mujeres que han experimentado la violencia y promover el acceso del personal a la capacitación apropiada	Participar activamente en iniciativas multisectoriales sobre la violencia en la pareja
Remitir a las mujeres a servicios y recursos comunitarios, si existen		Participar activamente en iniciativas multisectoriales sobre la violencia en la pareja	

Extraído de Watts y Mayhew, 2004. [Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Pragmatic Response In Sub-Saharan Africa](#), (Servicios de salud reproductiva y violencia en la pareja: Una respuesta pragmática en África Subsahariana). *International Family Planning Perspectives* 30, núm. 4, pág. 210.

Otros recursos:

- **Gender-Based Violence, Health and the Role of the Health Sector** (Violencia de género: La salud y el sector de la salud) (Banco Mundial). Disponible en [inglés](#).
- **Addressing Gender-Based Violence: A Critical Review of Interventions** (Respuesta a la violencia de género: Examen crítico de las

intervenciones), *The World Bank Observer*. 2007; 22: 25-51 (Morrison, A., Ellsberg, M. y Bott, S., 2007). Disponible en [inglés](#).

- ***Tackling Domestic Violence: Effective Approaches and Interventions*** (Tratamiento de la violencia doméstica: Enfoques e intervenciones eficaces), Home Office Research Study, núm. 290, Ministerio del Interior, Londres (Hester, M., y Westmarland, N., 2005). Disponible en [inglés](#).

B. Modelos teóricos básicos para establecer un enfoque amplio.

- No hay un modelo único para abordar el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sector de la salud, lo cual obedece al hecho de que se carece de una base pragmática para la programación amplia del sector de la salud. No obstante, hay varios modelos superpuestos y relacionados entre sí que se han utilizado mundialmente y que las personas que trabajan en el sector de la salud deben conocer y comprender. El [modelo ecológico](#), el [enfoque multisectorial](#) y el [modelo integrado](#) de los servicios, que se describen a continuación, son estrategias que pueden adoptarse al tratar de responder a la violencia de género. El enfoque multisectorial se remite al nivel de organismo y sector, en tanto que los modelos ecológico y de integración se remiten al nivel de prestación de servicios.
- Estos modelos pueden servir de base para la elaboración de planes de acción, políticas y protocolos en el sector de la salud, así como para los enfoques prácticos pertinentes a diferentes contextos de programación nacional y de salud.

1. El modelo ecológico: de la respuesta individual al cambio social

- El [modelo ecológico](#), que se describe de manera pormenorizada en el módulo sobre [prevención primaria](#), aporta un método para comprender algunos de los factores básicos que contribuyen al riesgo de violencia que corren las mujeres y las niñas. El modelo está organizado en función de cuatro niveles de riesgo, a saber: individual, en las relaciones, en la comunidad y en la sociedad. El modelo pone de relieve la importancia de comprender la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que aumentan la posibilidad de que las mujeres y las niñas sean objeto de violencia (y de que los hombres la perpetren).

Cuadro 1: Factores de riesgo de violencia basados en el modelo ecológico

Sociedad	Comunidad	Relaciones	Individual
Factores amplios que reducen las inhibiciones contra la violencia	El barrio, la escuela y el lugar de trabajo	Con la familia, en la pareja y con amigos	Factores personales que determinan el comportamiento individual
Pobreza	Alto nivel de desempleo	Disfunción de la familia	Género, edad y educación
Desigualdades económicas, sociales y de género	Gran densidad de población	Violencia generacional; prácticas deficientes de crianza de los hijos	Historia familiar de violencia
Seguridad social deficiente	Aislamiento social de las mujeres y la familia	Conflicto parental que entrafía violencia	Testigo de violencia de género
La masculinidad se asocia con la agresión y la dominación	Falta de información	Asociación con personas que tienen una conducta violenta o delictiva	Víctima de abuso o abandono infantil
Un sistema jurídico y de justicia penal débil	Atención insuficiente a las víctimas	Condición socioeconómica baja; tensiones socioeconómicas	Medios de vida e ingresos personales insuficientes
No se enjuicia a los infractores	El problema de la violencia de género no se aborda en la escuela ni en el lugar de trabajo	Fricción respecto del empoderamiento de la mujer	Desempleo
Las víctimas carecen de derechos jurídicos	Sanciones comunitarias deficientes contra la violencia de género	El honor de la familia es más importante que la salud y la seguridad de las mujeres	Problemas de salud mental y de comportamiento
Las normas sociales y culturales apoyan la violencia	Seguridad deficiente en los espacios públicos		Uso indebido del alcohol y de las drogas
Armas pequeñas	Papeles complejos tradicionalmente		Prostitución

	asignados a cada género		
Situaciones de conflicto o posteriores a conflictos	La víctima debe asumir la culpa		Refugiados y desplazados internos
Desplazamiento interno	Violación de la confidencialidad de la víctima		Discapacidad
Campamentos de refugiados			Posesión de armas pequeñas

Fuente: Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Heise y García Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García Moreno, 2002; Kug y otros, 2002.

- Los proveedores de servicios de salud pueden usar el modelo ecológico no solo para comprender los factores de riesgo que afectan a las mujeres y niñas de las comunidades en que viven, sino también para considerar qué intervención deberían emprender para abordar y reducir los riesgos en estos diferentes niveles.
- El modelo ecológico pone de relieve el hecho de que si el sector de la salud ha de poner en práctica la prevención de la violencia y programas de respuesta, deberá examinar todos los factores que contribuyen a su perpetración y elaborar estrategias para detectar y atender a todas las personas que están en situación de riesgo, así como reducir o eliminar el riesgo mediante programas de prevención de base amplia. Usar el modelo ecológico puede ayudar al personal de los servicios de salud a modificar la orientación, de la prestación de servicios individuales, biomédicos, a un enfoque más holístico de las intervenciones de salud que no solo tengan en cuenta las necesidades de salud individuales, sino que también aborden la necesidad del cambio social.

Nivel	Ejemplos de determinados factores de riesgo relacionados con la violencia	Ejemplos de lo que puede hacer el sector de la salud	Ejemplos de programas

Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Edad temprana • Matrimonio precoz • Aislamiento • Uso indebido de drogas • Actitudes individuales que justifican o aceptan la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección del riesgo de violencia entre muchachas jóvenes casadas • Servicios relacionados con el uso indebido de sustancias adictivas • Actividades de enseñanza basadas en clínicas o en la comunidad (teatro, vídeos, folletos, charlas, etc.) • Prevención de la violencia de género en los programas sobre el VIH/SIDA y de salud reproductiva para adolescentes 	Programa H Stepping Stones Puntos de Encuentro
Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto e inestabilidad conyugal • Infidelidad masculina y poligamia • Dominación masculina en la familia y/o comportamiento controlador de la pareja de sexo masculino 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para hombres destinados a promover relaciones de género equitativas y cambiar normas, actitudes y comportamientos 	Hombres como compañeros Véase también el módulo sobre hombres y niños
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Normas y creencias comunitarias que justifican, excusan o facilitan la violencia contra las mujeres y las niñas • Respuestas institucionales débiles a la violencia contra las mujeres y las niñas • Falta de sistemas de apoyo para las mujeres en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el apoyo de la comunidad a los servicios para las supervivientes • Fortalecer las coaliciones y redes 	SAGBVHI Minga Perú CHARCA SASA!

Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sistemas jurídicos para abordar el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas • Normas sociales y creencias culturales amplias que justifican, excusan o facilitan la violencia contra la mujer 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas de leyes y políticas que reglamentan el sistema médico-jurídico (por ejemplo, la introducción de enfermeros forenses) • Reforma de las leyes y políticas que reglamentan las obligaciones del personal de servicios de salud frente a las víctimas de la violencia de género • Leyes y políticas de presentación obligatoria de informes • Políticas y protocolos nacionales de salud • Leyes y políticas que rigen la medicina forense; obligaciones de los proveedores de servicios de salud; aborto, educación y comunicación, y confidencialidad de los pacientes 	<p>Véase el examen de las leyes y políticas <i>infra</i>, así como el módulo sobre redacción de legislación sobre la violencia contra las mujeres y las niñas</p>
-----------------	--	--	---

2. El marco multisectorial: participación de todos los interesados en la prevención y la respuesta.

- Las experiencias sobre el terreno en materia de programación han revelado que no hay un sector u organismo que pueda abordar adecuadamente por sí solo el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas. El modelo multisectorial exige iniciativas integrales entre organizaciones y entre organismos que promuevan la participación de las personas afectadas por la violencia o que corren el riesgo de sufrirla, la cooperación interdisciplinaria e interinstitucional, la colaboración y coordinación en todos los sectores clave, entre ellos el de la salud, el psicosocial, el jurídico y judicial, y el de la seguridad (Ward, 2005). Los sectores incluyen a todas las instituciones, organismos, particulares y recursos orientados a un objetivo determinado (por ejemplo, el sector de la salud incluye, entre otros, al ministerio de salud, los hospitales, los centros de salud, los proveedores de servicios de salud, los administradores de servicios de salud e instituciones de capacitación en materia de salud, suministros sanitarios).
- El modelo multisectorial se basa en los modelos de [respuesta comunitaria coordinada](#) a la violencia doméstica instituidos inicialmente en países industrializados y que ahora se utilizan en todo el mundo. En general, el modelo multisectorial equivale a aplicar una respuesta comunitaria coordinada a nivel nacional.

- El modelo multisectorial destaca explícitamente las responsabilidades pertinentes de cada sector. Los miembros del sector de la salud deben comprender no solo su papel en la promoción de un marco multisectorial sino también los aspectos básicos de algunos de los papeles y responsabilidades fundamentales de otros sectores pertinentes. A continuación se brinda una breve reseña de algunos de estos papeles y responsabilidades.
- El **sector de la salud** debería ocuparse de impartir formación a los proveedores de los distintos servicios de salud para que reconozcan y aborden el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas; garantizar que las víctimas de la violencia sean entrevistadas por personas del mismo sexo; responder a las necesidades psicológicas y de salud inmediatas de las mujeres y las niñas que han estado expuestas a la violencia, en particular la [planificación de la seguridad](#); instituir protocolos para el tratamiento, la remisión y la documentación que garanticen la confidencialidad; proveer servicios gratuitos relacionados con la violencia; y estar preparados para suministrar pruebas forenses y testimonios en los tribunales cuando las personas afectadas lo autorizan.
- El **sector psicosocial** debería estar en condiciones de prestar apoyo inmediato (por ejemplo, mediante grupos de apoyo); información sobre los derechos de la mujer y adónde puede recurrir en caso de necesidad; asistencia psicológica permanente, que exige la formación y supervisión permanentes de asistentes sociales y trabajadores de servicios comunitarios; y la facilitación de remisiones a otros servicios, según proceda. Los servicios de educación y generación de ingresos también figuran en la programación psicosocial general dentro de este modelo multisectorial. Los [sistemas de educación](#) deberían garantizar [planes de estudio](#) sobre “contacto físico apropiado”, relaciones sanas y derechos humanos básicos; instituir códigos de conducta para todos los maestros y formación para detectar señales de violencia entre los niños; y prestar servicios escolares a los niños que han sido víctimas de la violencia. Los proyectos destinados a generar ingresos deberían promover no solo la autonomía económica de las mujeres sino también vigilar los riesgos de violencia doméstica e integrar la educación en materia de derechos humanos en las actividades de proyectos.
- El **sector jurídico/judicial** debería estar en condiciones de suministrar orientación, representación jurídica y otro apoyo judicial gratuitos o de bajo costo a mujeres y niñas que han estado expuestas a la violencia; examinar y revisar leyes que fortalecen la violencia contra las mujeres y las niñas; asegurar el cumplimiento de leyes que las protegen y castigan a los infractores; hacer el seguimiento de las demandas presentadas ante los tribunales y los procesos judiciales; emitir órdenes de protección y otros

mecanismos de seguridad jurídica para las supervivientes; y vigilar el cumplimiento por los autores de la rehabilitación dispuesta por los tribunales (por ejemplo, los programas para golpeadores).

- Dentro del **sector de la seguridad**, debería educarse acerca de la violencia contra las mujeres y las niñas e impartirse capacitación sobre la intervención apropiada en casos de violencia contra las mujeres y las niñas al personal policial, militar y de seguridad. Los agentes de policía deberían disponer de salas privadas para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los supervivientes que denuncian la victimización; velar por que las entrevistas sean realizadas por personas del mismo sexo; establecer protocolos para remisiones a otros sectores; reunir datos normalizados y desglosados sobre incidentes; y crear dependencias especializadas para responder a incidentes de violencia contra mujeres y niñas.
- Algunas de las **funciones transversales** de los distintos sectores son la participación y educación de la comunidad, la recopilación de datos en condiciones de seguridad y confidencialidad, y la vigilancia y evaluación. Otro componente fundamental es la coordinación intersectorial e intrasectorial, en particular la creación y vigilancia de redes de presentación de informes y remisión, el intercambio de información y la participación en reuniones periódicas con representantes de los distintos sectores.
- Un principio clave del enfoque multisectorial es que los **derechos y las necesidades de los supervivientes son primordiales**, en lo que se refiere al acceso a servicios respetuosos y solidarios, a las garantías de confidencialidad y la seguridad, así como a la capacidad para determinar el curso de acción para abordar el incidente.
- Otro elemento fundamental del enfoque multisectorial es la estrecha cooperación con los **grupos locales de mujeres**. Las mujeres y las niñas deben incluirse desde la concepción misma del programa y desempeñar un papel activo durante toda la vigilancia, evaluación y evolución permanente del programa. (Véase [principios rectores](#) para más información.)

3. El enfoque sistémico de la prestación de servicios de salud.

- En tanto que el modelo ecológico destaca la importancia de un enfoque que abarque toda la sociedad para comprender y abordar los **factores de riesgo** vinculados con la violencia contra las mujeres y las niñas, y el marco multisectorial destaca las **responsabilidades dentro de los sectores clave y en todos estos** para prevenir y abordar la violencia, el enfoque sistémico trata directamente de las responsabilidades en todas las organizaciones

pertinentes que prestan servicios con objeto de establecer servicios eficaces, eficientes y éticos.

- Este enfoque **se centra en el fomento de los recursos y las competencias en toda la organización**, no solo en la capacitación de los proveedores de servicios (Heise, 1999, citado en Bott y otros, 2004; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2006). Los elementos principales de un enfoque sistémico pueden ser, entre otros, los siguientes:

El cuadro siguiente es una adaptación de 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 (Bott y otros, 2004)	
Elemento principal	Por qué es importante este elemento
Fortalecer el compromiso institucional de abordar la violencia de género	El compromiso general de una institución puede ejercer una poderosa influencia en la cultura profesional de las organizaciones de atención de la salud. Idealmente, el personal directivo superior debería reconocer la violencia de género como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, y apoyar las iniciativas para mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia. El entorno laboral debería promover el respeto de todo el personal, en particular de las mujeres y los subordinados, y demostrar un compromiso con la no violencia y una política que prohíba el acoso sexual en el lugar de trabajo.
Colaborar con otra organización que aborda activamente el problema de la violencia de género	Abordar el problema de la violencia de género exige la acción multidisciplinaria. Habida cuenta de que una organización sola tal vez no pueda adoptar todas las medidas necesarias, o financiarlas, las instituciones deben colaborar para evaluar la situación existente y decidir qué pieza del rompecabezas asumirá cada una. La incapacidad para adoptar todas las medidas necesarias debería ser un factor de motivación para colaborar, y no una justificación para no ocuparse de la cuestión.
Fortalecer la privacidad y confidencialidad de todas las mujeres que requieren servicios por medio de mejoras de la infraestructura y políticas clínicas	La privacidad y la confidencialidad son indispensables para la seguridad de la mujer en todo entorno de cuidado de la salud. Violar la confidencialidad acerca del embarazo, el estado respecto del VIH y otras cuestiones tal vez ponga a las mujeres y niñas involuntariamente en riesgo de violencia futura. Además, las mujeres necesitan privacidad y confidencialidad para revelar la violencia de género sin temor a represalias. Los programas deben asegurar que lo que se dice en los consultorios no se escuchará desde fuera, que los procedimientos clínicos no exigen a las mujeres compartir información personal en zonas públicas,

	<p>como la recepción, y que las políticas determinen cuándo y dónde los proveedores de servicios de salud pueden hablar sobre información personal de sus pacientes.</p>
<p>Mejorar la comprensión de los trabajadores de la salud y de los encargados de hacer cumplir la ley acerca de las leyes y políticas nacionales relativas a la violencia contra la mujer y el sector de la salud</p>	<p>Tanto los administradores como los proveedores de servicios de salud deben conocer las leyes relativas a la violencia de género, en particular qué constituye un delito, cómo preservar las pruebas forenses, cómo denunciar la violencia, en qué casos pueden las mujeres obtener órdenes de protección y cómo hacerlo, qué deben hacer las mujeres si desean separarse de un cónyuge violento, y qué obligaciones jurídicas tienen los proveedores de servicios de salud cuando detectan casos de abuso sexual contra menores. Este conocimiento permite a los trabajadores de salud impartir información exacta a las supervivientes y garantizar la recopilación de pruebas forenses (cuando ello procede). A su vez, este conocimiento puede mitigar las preocupaciones de los proveedores de servicios acerca de su intervención en las actuaciones judiciales.</p>
<p>Mejorar los conocimientos, actitudes y competencias de los proveedores de servicios mediante su sensibilización y formación</p>	<p>Todos los proveedores de servicios de salud para mujeres deben estar preparados para responder a revelaciones de violencia de género con compasión y conocimientos. Aun si los proveedores no preguntan acerca de la violencia, tal vez las mujeres revelen sus experiencias voluntariamente. Los proveedores que responden inadecuadamente podrían causar un grave daño emocional o no impartir los cuidados médicos necesarios. Asimismo, desatender la posibilidad de que las mujeres vivan en situación de violencia podría determinar que los proveedores no asesoraran eficazmente a las mujeres acerca de la anticoncepción, la prevención del VIH, o no trataran afecciones como las infecciones de transmisión sexual (ITS) recurrentes. Todas las instituciones deben decidir cuánta capacitación pueden permitirse suministrar. Como mínimo, el personal debe comprender la epidemiología de la violencia de género y las necesidades de las supervivientes. Las organizaciones también deberían ofrecer apoyo emocional a los proveedores que trabajan en el ámbito de la violencia.</p>
<p>Fortalecer las redes de remisión y facilitar el acceso de las supervivientes a otros servicios</p>	<p>Habida cuenta de que es difícil que una sola organización responda a todas las necesidades de las supervivientes, los programas de salud deberían investigar los servicios sociales y jurídicos locales, recopilar esta información para los proveedores de salud y establecer redes de remisión para facilitar el acceso de las supervivientes. Además, las organizaciones pueden considerar la posibilidad de prestar servicios internos, incluidas intervenciones de bajo costo</p>

	<p>como grupos de apoyo para mujeres y niñas, que las supervivientes consideran importantes. Las redes y alianzas también permiten al sector de la salud participar en el debate normativo más amplio aumentando la conciencia acerca de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.</p>
<p>Elaborar o mejorar las políticas y los protocolos institucionales escritos sobre el cuidado de mujeres que han sido objeto de violencia</p>	<p>Los programas de salud deberían contar con protocolos escritos para el personal en los que se detalle la forma de preguntar acerca de la violencia, atender a las mujeres y las niñas que revelan actos de violencia y remitir a las mujeres y niñas a servicios especializados (por ejemplo, véase Warshaw y Ganley, 1998; Bott y otros, 2004). Las políticas claras presentadas por escrito pueden reducir el riesgo de que las pacientes sufran daños a causa de actitudes negativas del personal, especialmente si se elaboran con la participación de proveedores y administradores de primera línea. Aunque ya existen numerosos prototipos, estas políticas funcionan mejor si se adaptan al contexto particular de las organizaciones.</p>
<p>Velar por la provisión de servicios y suministros de urgencia</p>	<p>Las mujeres que son objeto de violencia tal vez necesiten servicios y suministros de urgencia, incluidos primeros auxilios, profilaxis de ITS (en algunos casos profilaxis del VIH), exámenes forenses, anticoncepción de emergencia (en los casos en que el acceso cuenta con el apoyo del gobierno), y otros. Los programas de salud deben tener los suministros necesarios y enseñar a los proveedores a utilizarlos.</p>
<p>Garantizar/mejorar los materiales didácticos disponibles para los destinatarios sobre temas relacionados con la violencia de género</p>	<p>La exhibición y distribución de carteles, folletos y/o tarjetas sobre la violencia de género puede ser un medio importante de indicar el compromiso de la organización con la lucha contra la violencia, así como una forma de aumentar la conciencia acerca del problema, educar a los destinatarios e informar a las mujeres de sus derechos jurídicos y adónde deben recurrir si necesitan ayuda.</p>
<p>Fortalecer los registros médicos y los sistemas de información que permiten al personal documentar y vigilar los casos de violencia de género</p>	<p>Los sistemas de información desempeñan un papel importante en la respuesta a la violencia de género. Documentar la información sobre la violencia en los registros médicos puede ser una forma valiosa de garantizar que los registros médicos de mujeres estén completos y en algunos casos aporten pruebas para actuaciones judiciales futuras. Para que la seguridad y el bienestar de las mujeres estén protegidos, los registros deben almacenarse en un lugar seguro. Los sistemas de información también son importantes para la vigilancia de</p>

	<p>la labor de las organizaciones en el ámbito de la violencia de género. Las organizaciones que se ocupan de servicios de atención de la salud pueden reunir estadísticas de los servicios sobre el número de mujeres identificadas como víctimas de la violencia que contribuyan a determinar la demanda de servicios.</p>
<p>Garantizar la vigilancia y evaluación adecuada relacionada con la violencia de género</p>	<p>Vigilar y evaluar la calidad de la atención es otra forma fundamental de garantizar que los servicios de salud respondan a la violencia adecuadamente. A nivel de gestión, los administradores deberían recibir información permanente de los proveedores para detectar los problemas y las formas de mejorar los servicios. Las aportaciones de las mujeres que han experimentado violencia pueden ser decisivas para perfeccionar el diseño de los servicios de salud. Los programas también deberían documentar las consecuencias imprevistas.</p>

Extraído de USAID, 2006, [Addressing Gender-Based Violence through USAID's Health Programs: A Guide for Health Sector Program Officers](#) (Abordar la violencia de género por medio de los programas de salud de USAID: Guía para funcionarios de programas del sector de la salud). Washington, DC, págs. 26 y 27, **y adaptado de** Bott, S., Guedes, A., Claramunt, C. y Guezmes, A., 2004, [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](#). Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental. Disponible en [español](#) e [inglés](#).

Estudio de casos: Iniciativa regional para abordar la respuesta a la violencia de género de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (Región del hemisferio occidental)

Tras la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (Región del hemisferio occidental) adoptó medidas para ayudar a las asociaciones miembros a incorporar una nueva visión de la salud sexual y reproductiva y mejorar la calidad de los programas de prestación de servicios mediante la incorporación de una perspectiva de género. En este contexto, la Federación impartió capacitación y realizó evaluaciones centradas en el género para sensibilizar al personal de las asociaciones. Durante este proceso, los clientes y proveedores mencionaron reiteradamente la violencia física y sexual como una cuestión a la que merecía prestarse atención. Esto se tradujo en la **Iniciativa regional para abordar la violencia de género** que ejecutaron cuatro asociaciones miembros en América Latina, a saber: Profamilia (República Dominicana), el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) del Perú y la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM) de la República Bolivariana de Venezuela, con cierta participación de la Sociedad Civil del Bienestar Familiar (BEMFAM) del Brasil. La iniciativa, que ejemplifica el enfoque sistémico, incluyó los cuatro componentes siguientes:

- 1) Mejorar la capacidad de los programas de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para atender a mujeres víctimas de la violencia;
- 2) Aumentar la conciencia acerca de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos;
- 3) Promover mejores leyes y la aplicación de la legislación relativa a la violencia de género; y
- 4) Incrementar los conocimientos acerca de intervenciones eficaces en materia de salud en el ámbito de la violencia de género.

El primer objetivo, fortalecer la respuesta de los servicios de salud, incluye un amplio conjunto de reformas en todas las organizaciones. Esto se llevó a cabo de diversas formas. En algunas asociaciones afiliadas, los servicios ya existían (como las dependencias de apoyo emocional), pero se fortalecieron mediante la capacitación y la aplicación de políticas institucionales. En otros casos, las asociaciones afiliadas tuvieron que contratar personal calificado para prestar la asistencia necesaria. En algunos lugares, las asociaciones miembros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia establecieron alianzas con ONG existentes a las que pudieron remitir mujeres para que recibieran servicios especializados, como en la República Dominicana, en que se remitió a mujeres a dos ONG (según la ciudad de residencia) que les prestaron asesoramiento jurídico. Para garantizar una evaluación en profundidad de la iniciativa, los servicios participantes elaboraron estudios de referencia, de mediano plazo y de seguimiento utilizando indicadores e instrumentos normalizados, así como sistemas para reunir estadísticas de los servicios sobre los niveles de selección, las tasas de detección, las remisiones y los servicios especializados. Todas las asociaciones documentaron los estudios de casos de servicios experimentales y el personal de la oficina regional supervisó la labor de las asociaciones mediante visitas al terreno y entrevistas informales con los proveedores, administradores y clientes. La iniciativa estuvo financiada por la Comisión Europea y la Fundación Bill y Melinda Gates. La Fundación Ford y la Fundación MacArthur suministraron ayuda adicional (extraído de: Guedes, 2004).

Véase información adicional y acceso a las conclusiones de la evaluación en [inglés](#).

Véanse las herramientas producidas en virtud de la iniciativa:

- **[Herramientas para Proveedores Trabajando con Víctimas de Violencia Basada en Género](#)**: Este conjunto de herramientas ayuda a los proveedores de servicios de salud a detectar la violencia de género, la reunión de datos y la vigilancia y evaluación. Disponible en:
- **[Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género](#)**: Producido en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la campaña Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres, este manual suministra herramientas y directrices para los administradores de atención de la salud a fin de que mejoren su respuesta de salud a la violencia contra la mujer en entornos de países en desarrollo. Incluye herramientas prácticas para determinar las actitudes de los proveedores a la violencia de género y la calidad de la atención, y definiciones y responsabilidades jurídicas. El manual se basa en las experiencias de la iniciativa de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (Región del hemisferio occidental) para integrar los servicios para las víctimas de violencia de género en los programas de salud sexual y reproductiva.
- **[¡Basta! Las Mujeres Dicen No a la Violencia](#)**: Este vídeo tiene por objeto constituirse en una herramienta de sensibilización general sobre la cuestión de la violencia basada en el género, suministrando definiciones clave y abordando algunos de los mitos más comunes acerca de la violencia de género.
- **[¡Basta! El Sector Salud Combate la Violencia contra la Mujer](#)**: Este vídeo de capacitación para proveedores de servicios de salud y otros agentes en condiciones de ayudar a las mujeres que viven en situaciones de violencia, considera la cuestión de la violencia contra la mujer una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública.

Insert Kaiser Case Study

4. El enfoque “integrado” de la prestación de servicios de salud.

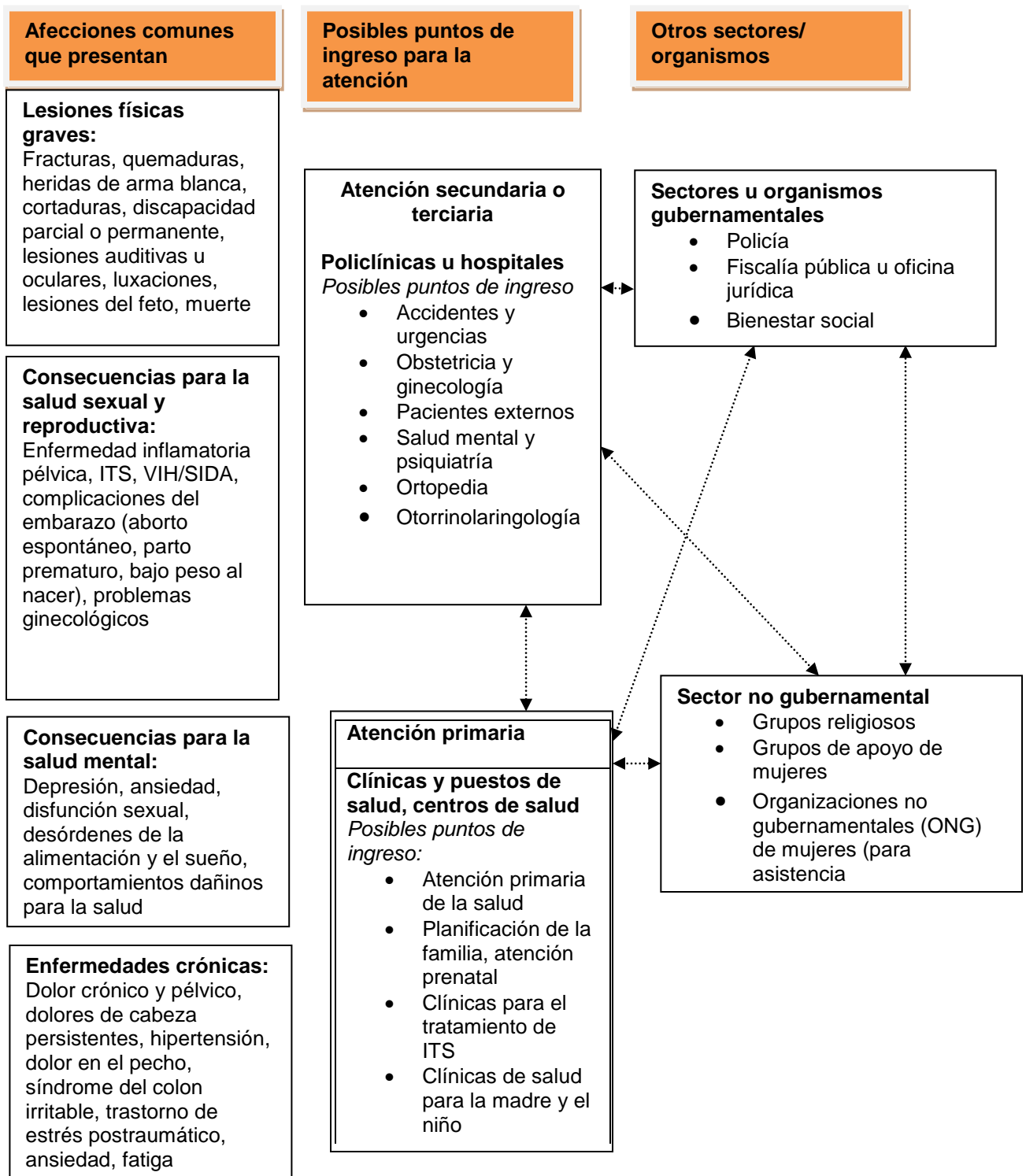
- La integración guarda una estrecha relación con el enfoque sistémico en la medida en que se centra en las organizaciones que prestan servicios de salud, aunque la integración se refiere más específicamente a tipos de proveedores de servicios de salud (por ejemplo, salas de urgencia, clínicas, servicios de salud sexual y reproductiva, etc.) y a determinar la forma en que los servicios relacionados con la violencia pueden incorporarse para garantizar que las **supervivientes que solicitan atención (esté o no relacionada con un incidente de violencia) reciban la asistencia necesaria en lo que se refiere a su exposición a la violencia lo más rápidamente posible.**
- Los tres modelos básicos de integración incluyen:

Nivel de integración	Enfoque	Ejemplo
Integración a nivel de proveedores	El mismo proveedor ofrece un conjunto de servicios durante la misma consulta.	Se capacita a una enfermera en accidentes y urgencias y se la dota de recursos para detectar la violencia doméstica, tratar la lesión de la paciente, prestarle asesoramiento y remitirla a fuentes externas para recabar asesoramiento.
Integración a nivel de servicios	Se dispone de un conjunto de servicios en un centro, pero no necesariamente del mismo proveedor.	Una enfermera que interviene en un caso de accidente o urgencia tal vez pueda tratar la lesión sufrida por la mujer, pero no estar en condiciones de asesorarla si revela que hubo violencia doméstica, por lo cual tal vez deba remitirla a la asistente social médica del hospital para que le brinde asesoramiento.
Integración a nivel de sistemas	Hay integración a nivel de servicios, además de un sistema coherente de remisión entre servicios, para que la paciente tenga acceso a un conjunto amplio de servicios en su comunidad.	La paciente de un servicio de planificación de la familia que informe acerca de incidentes de violencia puede ser remitida a otro servicio (posiblemente a un nivel diferente) para obtener asesoramiento y tratamiento. Este tipo de integración es entre distintos centros.

Adaptado de Colombini, C., Mayhew, S., y Watts, C., 2008. [Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities](#) (Respuestas del sector

de la salud a la violencia en la pareja en los entornos de ingresos bajos y medios: Examen de los modelos, retos y oportunidades actuales). *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8), págs. 635 a 642.

- Dentro del sector de la salud, la mayoría de los servicios relacionados con la violencia entrañan una combinación de integración de los niveles de proveedor y de servicios; la integración a nivel de sistemas es inusual, a pesar de que suele encerrar la promesa del cuidado más amplio dentro de la comunidad. Sobre la base de un examen de las iniciativas de integración en distintos países de ingresos bajos y medianos de todo el mundo, cabe destacar la siguiente experiencia adquirida:
 - La elaboración y aplicación de [políticas](#), [protocolos](#) y otros instrumentos y procedimientos es importante para ayudar a institucionalizar los servicios como parte de la prestación de atención.
 - [La capacitación de personal](#) debe mantenerse a largo plazo y debe ponerse el apoyo y la supervisión a disposición de los proveedores.
 - En los planes de integración debe tratar de abordarse el problema de la [infraestructura de los servicios](#) (incluidas salas de asesoramiento privado, la disponibilidad de equipo apropiado, etc.) así como [sistemas de documentación](#) (véase Colombini, Mayhew y Watts, 2008).
- Al examinar la forma de determinar qué servicios deberían integrarse en una organización de prestación de servicios, es importante comprender las necesidades de las personas que solicitan tratamiento. El diagrama que figura a continuación ilustra algunas de las afecciones comunes que presentan las mujeres que fueron objeto de violencia en la pareja (incluida violencia sexual), los posibles puntos de ingreso en diferentes niveles del sistema y las redes de remisión necesarias.



Extraído de Colombini, C., Mayhew, S., y Watts, C., 2008. [“Health-sector Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-income Settings: A Review of Current Models, Challenges and Opportunities”](#) (Respuestas del sector de la salud a la violencia en la pareja en los entornos de ingresos bajos y medios: examen de los modelos, retos y oportunidades actuales). *Bulletin of the World Health Organization* 86 (8), pág. 639.

- A continuación se expone una breve muestra de cuestiones relacionadas con la integración en casos de urgencia y otros servicios:
 - **Salas de urgencia:** En términos generales, las salas de urgencia suelen detectar los casos de violencia cuando las supervivientes presentan lesiones físicas graves o cuando las víctimas de violación asisten en busca de tratamiento de urgencia. Los datos indican que en general las mujeres y las muchachas que han sido víctimas de violación van antes a un hospital que a la policía, y que tal vez sientan renuencia a recurrir a la policía por motivos de seguridad (temor a represalias) y razones económicas (temor a perder el apoyo financiero en caso de que su compañero sea encarcelado). **En el caso de visitas posteriores a la violencia sexual, hay un período crucial de 72 horas en que es posible la [profilaxis posterior a la exposición](#) del VIH, y de 120 horas para la [anticoncepción de emergencia](#) (y hasta cinco días si se utiliza un dispositivo intrauterino (DIU), lo que es raro en los casos en que se requiere anticoncepción de emergencia). Esto constituye un argumento firme a favor de la disponibilidad de servicios las 24 horas, la integración a nivel de los servicios y “[servicios centralizados](#)”.**
 - **Atención primaria (salud maternoinfantil), VIH y otros [servicios de salud reproductiva](#) y sexual:** En los puntos de ingreso de atención primaria y salud sexual y reproductiva, las consecuencias de la violencia para la salud tal vez sean una afección que presentan, pero las mujeres no suelen revelar su experiencia de violencia a menos que se les pregunte al respecto. Por consiguiente, las políticas y los protocolos sobre la forma de preguntar constituyen un componente esencial al planificar la integración, incluidas las decisiones sobre la necesidad de establecer la [prueba de detección universal](#) o únicamente en determinados servicios, como [la prueba del VIH y asesoramiento voluntarios](#), [la planificación de la familia](#) y las [salas de urgencia](#) (para más información sobre la aplicación de la prueba de detección, véase la sección sobre [pruebas de detección de rutina](#)).

C. Problemas comunes para la aplicación de un enfoque amplio.

- Hay muchos problemas en el sector de la salud en relación con el empleo de los modelos ecológico, multisectorial, sistémico e integrado para abordar el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas. Estos problemas deben preverse al elaborar y aplicar políticas y programas:
 - **Base empírica insuficiente.** Aunque hay numerosas iniciativas contra la violencia de que son víctimas las mujeres y las niñas en distintas partes del mundo, muchas de ellas son en pequeña escala y pocas se han evaluado o documentado rigurosamente. Cuando se han realizado

evaluaciones, su alcance, profundidad, enfoque metodológico y calidad general suelen ser desiguales. La mayoría de las evaluaciones rigurosas del sector salud tuvieron lugar en Norteamérica y Europa Occidental, lo cual dificulta la extrapolación de los hallazgos a otras regiones y contextos ([Feder et al., 2009](#); [Ramsay, Rivas y Feder, 2005](#)). Estas evaluaciones tienden a centrarse en un aspecto específico de la atención sanitaria, tal como despistaje o capacitación del personal sanitario, en lugar de los enfoques basados en sistemas o las intervenciones a nivel nacional. Elaborar un [sistema de vigilancia](#) de la salud y realizar un [seguimiento y evaluación](#) son fundamentales para mejorar las iniciativas de programación (Naciones Unidas, 2006a).

- **Falta de coordinación.** Con excesiva frecuencia los programas funcionan en forma aislada, sin aprovechar los recursos mutuos para planificar o aplicar servicios integrales (Colombini, Mayhew y Watts, 2008). Elaborar [redes de coordinación nacional multisectoriales](#) y [garantizar la coordinación y remisión](#) es fundamental para la programación eficiente y eficaz (Naciones Unidas, 2006a).
- **Marco jurídico y normativo deficiente.** Las leyes y políticas nacionales relativas a la violencia doméstica, la violencia sexual, las prácticas tradicionales dañinas como la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio precoz, los derechos de sucesión, el matrimonio y el divorcio, varían considerablemente en el mundo y hasta pueden ser inconsecuentes o conflictivas en los distintos marcos internos. No obstante, aun en entornos en que existen leyes y políticas amplias relativas a la violencia contra las mujeres y las niñas y están adaptadas a la situación, su aplicación plantea problemas debido a la falta de recursos técnicos y financieros, de coordinación y de priorización de temas relativos a la violencia (USAID y UNICEF, 2006). [Redactar leyes sobre la violencia contra las mujeres y las niñas](#), inclusive en el contexto del [VIH y el SIDA](#), es la base de la programación y la prevención de la respuesta. En el sector de la salud, es importante [examinar las leyes pertinentes](#) y, cuando procede, [realizar actividades de promoción para perfeccionarlas](#).
- **Falta de recursos financieros y técnicos.** Los ministerios de salud que funcionan a nivel nacional, de distrito y local se enfrentan con numerosas demandas, a menudo con recursos financieros y humanos limitados. En consecuencia, rara vez se da prioridad o se incluye en el presupuesto la violencia contra las mujeres y las niñas, pese a los costos considerables que entraña para la persona, la familia, la sociedad y la salud pública. [Garantizar la financiación](#) es fundamental para establecer una programación eficaz.
- **Falta de normas mínimas de servicio.** Las normas mínimas representan el denominador común más bajo que todos los Estados y servicios

deberían procurar alcanzar. Las normas suministran parámetros para los Estados y proveedores de servicios, tanto respecto del alcance como de la combinación de servicios que deberían prestarse, quién debería prestarlos, y los principios y base práctica que necesitan para funcionar. Por ejemplo, según un estudio de 47 países europeos, aún deben formalizarse las normas en la mayoría de ellos (Consejo de Europa, 2008a). El Consejo de Europa (2008a) ha recomendado las normas mínimas de distintos programas contra la violencia, incluidos [líneas telefónicas de atención las 24 horas](#), [centros para casos de agresión sexual](#) en hospitales y [centros para situaciones de crisis](#).

- **La actitud de los proveedores de servicios y la falta de conocimientos acerca de la violencia.** Los proveedores de servicios pueden promover actitudes y prácticas negativas o hasta dañinas debido a capacitación insuficiente, una movilidad elevada del personal capacitado, falta de capacitación sobre la respuesta a la violencia en los planes de estudio nacionales de medicina, y otros problemas (Kim y Motsei, 2002; Colombini, Mayhew y Watts, 2008). El propio personal tal vez haya estado expuesto a la violencia, lo que limita su capacidad para ayudar a los pacientes. [La sensibilización del personal](#), [la capacitación especializada](#) y [la supervisión permanente](#), así como el apoyo al personal, son fundamentales para garantizar respuestas solidarias a las supervivientes.
- **Problemas administrativos y de los sistemas de salud.** Estos podrían incluir la falta de políticas institucionales claras sobre la violencia, las jerarquías médicas arraigadas, la falta de coordinación entre los distintos agentes y departamentos que intervienen en la planificación de servicios integrados y la falta de compromiso de los administradores (Colombini, Mayhew y Watts, 2008). Realizar [evaluaciones de los servicios](#) y elaborar [políticas y protocolos](#) para suplir las deficiencias de servicios es fundamental para superar los problemas de los sistemas de salud (Troncoso y otros, 2006).
- **Falta de actividades de prevención.** Debido a la orientación biomédica del sector de la salud, las instituciones y organismos de salud rara vez emprenden actividades de prevención de base amplia orientadas al cambio de actitud y comportamiento a nivel de la comunidad. No obstante, los [programas de prevención](#) deberían considerarse una parte integral de la labor de los servicios de salud en relación con la violencia contra las mujeres y las niñas.

D. Adaptar los enfoques del sector de la salud a diferentes contextos y niveles de recursos y establecer prioridades: de los servicios básicos al cuidado integral.

- Además de los desafíos generales mencionados, en varios entornos en que hay escasez de proveedores de servicios, centros, equipo y suministros médicos es difícil elaborar un modelo integral de respuesta del sector de la salud, especialmente en el nivel de la atención primaria. Incluso en estos entornos, y sin sobrecargar a los voluntarios comunitarios y los trabajadores del sector de la salud que trabajan para atender a múltiples cuestiones, pueden ponerse en práctica algunas intervenciones básicas para permitir que el sector de la salud preste apoyo a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia.
- Al formular políticas e intervenciones para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas, el sector de la salud debería analizar de forma realista los recursos y otros obstáculos (como los descritos anteriormente) y elaborar una norma de respuesta mínima que haga todo lo posible para superar estos problemas con los recursos disponibles. A medida que aumentan los recursos, los países deberían esforzarse por brindar un cuidado cada vez más integral.
- Además de los servicios que presta un centro determinado, todos los centros deberían conocer y estar vinculados con otros servicios de sus comunidades a los que puedan remitir a las supervivientes, según proceda.
- El siguiente cuadro propone un modelo de los aspectos a los que debe darse prioridad de acuerdo con la disponibilidad de recursos en diferentes partes del mundo al responder a la violencia sexual. No obstante, debería tenerse en cuenta que el modelo descrito más abajo no debería *alentar* a los países de bajos o medianos ingresos a prestar servicios que no sean integrales: el objetivo en todos los contextos es brindar una atención completa a las supervivientes.

Servicios para supervivientes de agresión sexual			
	Servicios médicos ofrecidos	Características del servicio o gestión del centro	Capacitación
Servicios básicos en casos de agresión sexual (en todos los contextos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prevención del embarazo luego de la agresión sexual y servicios para la interrupción del embarazo accesibles y seguros [<i>si es legal</i>] 2. El tratamiento de las ITS 3. El tratamiento de lesiones genitales o de otros tipo 4. Un informe sobre el examen genital, cuando sea necesario, para fines judiciales 5. Información básica sobre tratamientos para las víctimas o supervivientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los centros cuentan con directrices de gestión clínica y conocen la política del país en materia de agresión sexual. 2. Todos los centros tienen una habitación cerrada para atender a las víctimas o supervivientes de forma privada. 3. Los proveedores de servicios comprenden la necesidad de brindar atención de forma confidencial, solidaria e imparcial, y de informar a las víctimas o supervivientes sobre su tratamiento, la legislación en materia de violación y cómo acceder a los servicios policiales y jurídicos. 4. Los servicios para las víctimas o supervivientes son gratuitos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las instituciones que imparten capacitación a médicos y enfermeros incluyen un módulo sobre la violencia de género, incluida la violencia sexual, y las directrices y política de gestión clínica como parte de su plan de estudios básico.
Servicios de nivel intermedio en países de ingresos bajos o medianos (además de los servicios básicos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La profilaxis de la infección por el VIH, según el nivel de riesgo [local] o nacional 2. Un examen detallado de la víctima o superviviente, que incluya los resultados y reúna especímenes para realizar pruebas de ADN de conformidad con un conjunto de políticas y pruebas normalizadas 3. Información por escrito o a través de imágenes para las víctimas o supervivientes sobre el tratamiento, la legislación en materia de violación y el acceso al asesoramiento y el apoyo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los proveedores de servicios de salud brindan atención a las víctimas o supervivientes en la mayor parte del país. 2. Los centros de salud tienen políticas que garantizan la sensibilidad de la atención, incluida la disponibilidad de salas de espera privadas. 3. Un médico clínico de categoría superior coordina y administra los centros de salud e imparte capacitación y supervisa al personal. 4. La colaboración intersectorial se establece a nivel de los centros. 5. Se dispone de laboratorios forenses para analizar los especímenes recolectados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se imparte capacitación en el servicio a determinados proveedores de salud a fin de perfeccionar su gestión clínica y su comprensión sobre las necesidades de las víctimas o supervivientes.

Servicios integrales en países de ingresos medianos y altos (además de los servicios básicos y de nivel intermedio)	<p>1. Servicios integrales de salud de conformidad con las Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (Directrices para la atención médico-legal a las víctimas de la violencia sexual) de la OMS (2003).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los servicios de salud están a cargo de proveedores designados, altamente motivados, formados y actualizados mediante la capacitación permanente. 2. Todos los servicios se prestan en centros equipados adecuadamente para realizar exámenes en casos de agresión sexual. 3. El servicio de salud o la policía (si ha sido informada) transportan a las personas que presentan denuncias de agresión sexual a estos centros. 4. Se ofrece atención a todas las víctimas de agresión sexual sin que sea necesario denunciar los casos a la policía. 5. Fuertes vínculos intersectoriales con la preparación de las víctimas para prestar testimonio ante los tribunales, y defensores para acompañar y prestar apoyo a las víctimas o supervivientes luego de la agresión sexual. 	
--	--	--	--

Fuente: Jewkes, R., 2006. *Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence* (Documento de orientación normativa. Fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la violencia sexual) (inédito).

III. ¿Cuáles son los principios rectores que guían la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres y las niñas?

A. Sinopsis de los principios básicos.

- Los principios rectores básicos éticos de **seguridad, respeto, confidencialidad** y **no discriminación** se aplican a todas las intervenciones de salud relacionadas con la violencia y los proveedores deben tenerlos en cuenta en todas las decisiones que adopten, desde el nivel normativo hasta la prestación de servicios a las supervivientes.
- Estos principios rectores están encarnados en los cuatro enfoques esenciales e interrelacionados descritos más abajo: el [enfoque basado en los](#)

[derechos humanos](#) y el [enfoque centrado en la superviviente](#) surgieron de las comunidades de derechos humanos y los derechos de la mujer, y los enfoques de la [calidad del cuidado](#) y de [la ética médica](#) provienen del sector de la salud. Es importante comprender estos enfoques al brindar cuidado a las supervivientes.

1. Principios del enfoque basado en los derechos humanos.

- Un **enfoque basado en los derechos humanos** tiene por objeto analizar las causas subyacentes de los problemas y abordar las prácticas discriminatorias que contribuyen a la violencia contra la mujer y afectan la capacidad de las supervivientes para acceder a la asistencia. El enfoque:
 - Se basa en las normas internacionales de derechos humanos (descritas en el [Timeline of Policy Commitments and International Agreements](#) (Calendario de compromisos de política y acuerdos internacionales) en [elementos básicos de programación](#). Véanse además las [resoluciones de la Asamblea General](#), las [resoluciones del Consejo de Seguridad](#), y a labor del [Consejo de Derechos Humanos](#) y el [Consejo Económico y Social](#).
 - Integra estas normas y principios en los planes, las políticas, los servicios y los procesos relacionados con la violencia contra la mujer.
 - Es [multisectorial](#) e integral.
 - Incluye la participación de muchos interesados (el gobierno y la sociedad civil).
 - No puede aplicarse aisladamente sin tener en cuenta las normas y los valores políticos jurídicos, sociales y culturales imperantes.
 - Debe estar destinado a empoderar a las supervivientes y sus comunidades.

- Un enfoque basado en los derechos humanos requiere que los proveedores satisfagan las necesidades de las mujeres y las niñas afectadas por la violencia de conformidad con las responsabilidades y obligaciones jurídicas y morales. Todos los agentes del sector de la salud, desde los funcionarios gubernamentales del ministerio de salud hasta los trabajadores comunitarios de la salud, son “[garantes de derechos](#)” y tienen la obligación de alentar, empoderar y prestar asistencia a los “[titulares de derechos](#)” (es decir, las mujeres y las niñas) para que reclamen sus derechos. Un enfoque basado en los derechos humanos para abordar la violencia contra la mujer requiere que todos los agentes que elaboran y prestan servicios de salud:
 - Evalúen la capacidad de los titulares de derechos para reclamar sus derechos y determinen las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la no realización de los derechos. Por ejemplo, determinar los obstáculos que impiden el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud en casos de violencia y eliminar esas

barreras por medio de mejor [legislación relativa a la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres y las niñas](#), [programas de salud amplios](#) e integrados y [divulgación comunitaria](#) destinada a las mujeres y las niñas.

- Evalúen la capacidad y las limitaciones de los garantes de derechos (el personal de atención de la salud, la policía y la fiscalía) para cumplir con sus obligaciones de acuerdo con las normas, las leyes y los acuerdos nacionales e internacionales.
- Formulen estrategias para fomentar la capacidad y superar las limitaciones de los garantes de derechos, por ejemplo mediante la [capacitación del personal](#) y la [supervisión](#).
- [Vigilen y evalúen](#) los resultados y los procesos guiados por las normas y los principios de derechos humanos y garanticen la [rendición de cuentas nacional](#).
- Garanticen que los programas se basen en las recomendaciones de los [órganos y mecanismos internacionales de derechos humanos](#).

2. Principios del enfoque centrado en la superviviente.

- Un enfoque centrado en la superviviente requiere que todos los participantes de programas relacionados con la violencia contra la mujer asignen prioridad a los derechos, las necesidades y los deseos de la superviviente.
- Básicamente, un enfoque centrado en la superviviente aplica el [enfoque basado en los derechos humanos](#) para concebir y elaborar programas cuyos elementos primordiales sean los derechos y las necesidades de la superviviente. Esta tiene derecho a:
 - Un trato digno y respetuoso y a que no se la culpe.
 - La elección del curso de acción para abordar la violencia y a no sentirse impotente.
 - La privacidad y confidencialidad y no a que su situación se haga pública.
 - La no discriminación en lugar de la discriminación sobre la base del género, la edad, la raza o el grupo étnico, la capacidad, la orientación sexual, su estado en relación con el VIH o cualquier otra característica.
 - Información amplia que le ayude a adoptar sus propias decisiones y no a que se le diga qué debe hacer.
- El enfoque centrado en la superviviente se basa en un conjunto de principios y competencias elaborados para guiar a los profesionales, independientemente de su función, que trabajan con mujeres y niñas que han sido víctimas de la violencia sexual o de otra índole. El enfoque tiene por objeto establecer un entorno de apoyo en el que se tengan en cuenta los

derechos de la superviviente y se la trate con dignidad y respeto. El enfoque ayuda a promover la recuperación de la superviviente y su capacidad para determinar y expresar necesidades y deseos, así como a reforzar su capacidad para adoptar decisiones sobre posibles intervenciones (UNICEF, 2010). Los proveedores deben disponer de los recursos e instrumentos necesarios para aplicar este enfoque.

3. Principios del enfoque basado en la calidad de la atención.

- La calidad del servicio puede definirse en función de las diferentes dimensiones descritas a continuación que deben ser interdependientes para lograr la calidad general del servicio. La prioridad siempre es promover la salud y el bienestar de las supervivientes.

Equidad	Al planificar los servicios, debe considerarse la equidad en relación con varios aspectos. La equidad geográfica puede alcanzarse garantizando que los planes mejoren los servicios de salud para casos de agresión sexual de forma progresiva en todo el país. El acceso de los diferentes grupos de la sociedad a los servicios debe ser equitativo, en especial en el caso de los grupos marginados que generalmente corren mayor riesgo de ser víctimas de agresión sexual, como las trabajadoras sexuales o las consumidoras de drogas, que deben poder satisfacer sus necesidades en materia de salud sin temor a ser sancionadas. La equidad también exige que las personas recluidas en instituciones puedan acceder a los servicios, además de la población general.
Eficacia	Los servicios de salud eficaces satisfacen las necesidades de salud y bienestar de las supervivientes de la violencia sexual reciente o pasada. Los servicios eficaces deben ser gestionados adecuadamente y brindar una atención de nivel clínico elevado.
Eficiencia	Los servicios eficientes son aquellos que satisfacen las necesidades de las supervivientes rápida y eficazmente. En la mayoría de los países la principal amenaza a los servicios de salud eficientes es la baja calidad del cuidado clínico, lo que se traduce en la incapacidad para tratar enfermedades de transmisión sexual, prevenir el embarazo, satisfacer las necesidades de salud mental y brindar información que tenga valor para su uso en los tribunales. La vigilancia y la evaluación de los servicios de salud son instrumentos clave para garantizar y fomentar la calidad de la atención y garantizar la eficiencia. Pueden vigilarse los resultados jurídicos y en materia de salud y pueden examinarse la organización y las actividades a fin de garantizar su optimización. Las víctimas o supervivientes desempeñan un papel clave respecto de la evaluación del servicio, que se describe en mayor profundidad en la sección sobre vigilancia y evaluación .

<p>Acceso</p>	<p>En todos los países en que se realizaron investigaciones, los resultados indican que actualmente la mayoría de las víctimas de la agresión sexual no acuden a la policía. Las percepciones públicas de los servicios de salud disponibles para las víctimas o supervivientes de agresión sexual son fundamentales para promover el acceso a la atención de la salud. Es muy importante que los servicios médicos permitan satisfacer las necesidades en materia de salud sin que sea obligatorio presentar denuncias a la policía ni que esta intervenga. La participación de los tribunales o la policía debería ser una decisión de la mujer, que debe estar plenamente informada acerca de las repercusiones antes de adoptar medidas de este tipo.</p> <p>La geografía es importante en relación con el acceso y deben planificarse los servicios para que todas las personas puedan acceder a ellos por medio de un viaje de duración aceptable y costo de transporte (o de otro tipo) adecuado. De ser posible estos servicios deben ser gratuitos ya que de lo contrario constituirán un obstáculo para el acceso a la atención de la salud y a la justicia. Además, los servicios deben estar disponibles las 24 horas, los siete días de la semana, y las supervivientes deberían poder recibir atención por personal sanitario de su mismo sexo.</p>
<p>Idoneidad y aceptabilidad</p>	<p>Los servicios idóneos reconocen que debe darse especial consideración a las supervivientes y que los servicios de salud deben garantizar que, en la medida de lo posible, la obtención de la atención de la salud no angustie aun más a las supervivientes y que se la considere un paso para retomar el control de sus vidas. Deben elaborarse protocolos para brindar cuidado de modo que las víctimas o supervivientes sean sometidas al menor número posible de exámenes y entrevistas, de ser posible solo uno en el centro de salud. La atención de la salud de calidad debe coordinarse con, entre cosas, el cuidado médico inmediato, los exámenes forenses, el asesoramiento en casos de crisis y de corta plazo, el cuidado médico de seguimiento y las actividades de promoción. Esto se logra por medio de un servicio dedicado que tenga una gestión bien definida</p>
<p>Elección</p>	<p>La elección es un aspecto muy importante del servicio de salud de calidad en caso de agresión sexual y es la base del respeto por las diferencias entre las personas y sus preferencias, necesidades y deseos. En la medida de lo posible, las supervivientes deben poder elegir el centro de salud al que desean recurrir. La atención de calidad debería realizarse con sensibilidad y ser personalizada. Así, las víctimas o supervivientes deberían atravesar cada etapa de la atención y del examen por separado y elegir los servicios que reciben, con su consentimiento fundamentado en cada etapa.</p>

Extraído y adaptado de Jewkes, R., 2006. *Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence* (Documento de

orientación normativa. Fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la violencia sexual) (inédito), **basado en** Maxwell R.J., 1992. *Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality in Health Care* (Revisión de las dimensiones de la calidad: del pensamiento a la acción. La calidad de la atención de la salud), págs. 171 a 177.

[Insert entrapment and empowerment wheels]

4. Principios del enfoque basado en la ética médica.

- Los códigos de ética médica se basan en principios aceptados internacionalmente. Es un deber fundamental de todos trabajadores de la salud utilizar sus competencias de forma ética y respetar las leyes de la comunidad. La prestación de servicios médicos y el marco normativo conexo deben basarse en los mismos principios éticos. Los países deben tener en cuenta estos principios al analizar sus marcos normativos de servicios y funcionamiento.

Autonomía	La autonomía está relacionada con el derecho de la víctima o superviviente a adoptar sus propias decisiones o, en el caso de los niños, el derecho de la persona que actúa en beneficio de sus intereses (el progenitor o tutor). A fin de respetar el principio de autonomía, los profesionales de la salud deben ser conscientes de las necesidades y los deseos de las pacientes respecto de su tratamiento y sus interacciones con la policía, el sistema judicial u otros centros de remisión. Los servicios de salud deberían adoptar todas las medidas con el consentimiento fundamentado de la víctima, por ejemplo, mediante el suministro de información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los medicamentos que se administrarán, así como sus efectos secundarios.
Beneficencia	La beneficencia es el deber o la obligación de actuar en el interés superior de la víctima o superviviente. El principio de beneficencia requiere que el personal actúe con sensibilidad y compasión. Básicamente, las acciones del personal deben transmitir el mensaje de que la víctima o superviviente no tiene la culpa de lo sucedido.
No infligir daños	El deber o la obligación de no infligir daños a la superviviente.
Justicia o imparcialidad	La justicia o imparcialidad guardan relación con hacer lo correcto y brindar a la superviviente lo que le corresponde de conformidad con las normas y leyes nacionales e internacionales en materia de salud y derechos humanos. En los servicios de salud para supervivientes de la violencia sexual, la condición social inferior de la mujer muchas veces se ve reflejada en la tendencia de culpar a

	la víctima, los interrogatorios acusadores y en la menor prioridad que se da al cuidado luego de la agresión sexual. Estas prácticas no son éticas. Es fundamental que los profesionales de la salud presten apoyo y sean imparciales al brindar atención a las víctimas o supervivientes.
--	--

Extraído y adaptado de Jewkes, R., 2006. *Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health sector Response to Sexual Violence* (Documento de orientación normativa. Fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la violencia sexual) (inédito).

Otro recurso:

- Véase el [Código Internacional de Ética Médica](#) y el [sitio de la Asociación Médica Mundial](#).

B. Normas para la prestación de servicios de salud.

- A fin de poner en práctica todos estos principios, es fundamental que los responsables de las políticas, los administradores de servicios sanitarios y los trabajadores de la salud comprendan el modo en que se superponen y se relacionan con la prestación de servicios para supervivientes. A continuación se detallan algunos ejemplos.

PRINCIPIO BÁSICO	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO
Derecho a la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la privacidad durante toda conversación entre la superviviente y el proveedor o la recepcionista, a fin de que ninguna persona en la sala de espera o las zonas adyacentes pueda escuchar. En un entorno de bajos recursos en que no se dispone de este tipo de espacio, pueden adoptarse medidas creativas como ir con el cliente a otra parte del centro o a un patio al aire libre. • Sistemas y capacitación del personal para garantizar la privacidad de las pacientes adolescentes de modo que, en caso de ser necesario, los familiares no se enteren del motivo de la visita.
Derecho a la confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> • No debe divulgarse ningún dato sobre la superviviente sin su consentimiento fundamentado. Todos los miembros del personal deberían estar capacitados para respetar la confidencialidad y los servicios deberían tener una política al respecto. Deberían adoptarse medidas rigurosas para que los miembros del personal analicen los casos con otros proveedores únicamente cuando sea estrictamente necesario y en privado. • Poner en práctica medidas para garantizar la confidencialidad de la información sobre los pacientes.

Derecho a elegir/autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • El examen o cualquier tipo de prueba deberían realizarse con el consentimiento fundamentado de la víctima. El principio de autonomía requiere que las supervivientes reciban atención médica sin antes estar obligadas a interactuar con ningún otro servicio o como condición previa al tratamiento. No debe remitirse su nombre a ningún otro organismo, incluidos ONG, asistentes sociales o investigadores, a menos que estén de acuerdo. En algunos contextos en que es obligatorio presentar una denuncia o cuando la víctima o superviviente es una niña y debe ser protegida por los organismos, muchas veces de familiares, evidentemente la autonomía es más limitada (extraído de Jewkes, 2006). También es importante informar a la mujer sobre los mandatos judiciales a fin de ayudarla a planificar la seguridad.
No discriminación/ equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que todas las personas que solicitan asistencia reciban el mismo nivel de cuidado. • Garantizar que los programas de salud estén adaptados a los grupos de edad y los diferentes subgrupos para permitir el acceso amplio en diversos contextos, entre otros en relación con la diversidad geográfica, cultural y lingüística. • Garantizar que se ofrezca una gama de opciones de apoyo que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres que se enfrentan con formas múltiples de discriminación (Naciones Unidas, 2006a).
Dignidad/ idoneidad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la disponibilidad de examinadoras médicas cuando sea necesario y promover la integridad física durante los exámenes. • Recordar a las supervivientes que la violencia no es culpa suya y que no debe tolerarse el abuso (Carreta, 2008). • Garantizar el acceso a la planificación de la familia, a los anticonceptivos y, si es legal, al aborto en condiciones seguras (OMS, 2008). • Garantizar la confidencialidad y comodidad mediante salas de espera, cuartos de baño y aseo y salas de examen privados (Jewkes, 2006).
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que los servicios para las supervivientes y las iniciativas de prevención sean gratuitas. (Schechtman, 2008; Claramunt y Cortés, 2003). • Garantizar que la ubicación de los servicios sea accesible o proporcionar transporte. • Garantizar vínculos con la comunidad, especialmente a través de organizaciones comunitarias y ONG. Determinar formas adecuadas de informar a los miembros más marginados de la comunidad sobre la disponibilidad de servicios (Jewkes, 2006). • Garantizar que las supervivientes puedan ser atendidas por personal sanitario de su mismo sexo.
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que se dé prioridad primordial a la seguridad de la superviviente (García-Moreno, 2002 b), así como a la seguridad del personal, y promover un ambiente de trabajo que no minimice ni

	niegue los posible riesgos de seguridad (Consejo de Europa, 2008a). Realizar evaluaciones de la seguridad y planificar la seguridad .
No infligir daños	<ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridad al bienestar de las supervivientes y la prestación de servicios antes que a la recolección de datos o cualquier otro objetivo secundario.
Eficacia/ eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que los proveedores de servicios estén capacitados, tengan en cuenta las cuestiones de género, reciban formación permanente y realicen su labor de acuerdo con directrices, protocolos y códigos de ética claros (Naciones Unidas, 2006a). • Garantizar que las políticas y los programas de salud se basen en datos empíricos. • Vigilar y evaluar la prestación de los servicios, promoviendo la participación de las usuarias. • Garantizar la coordinación entre los agentes multisectoriales. Todos los sectores deben llegar a un acuerdo sobre el conjunto de pruebas de agresión sexual que se reunirá, las cadenas de pruebas y la utilización de formularios normalizados (Jewkes, 2006).

IV. ¿Qué debemos hacer para aplicar o mejorar la estrategia nacional del sector de la salud?

A. Realizar un análisis de la situación del sector de la salud.

- Como primer paso fundamental debe realizarse un análisis y registro de la situación para determinar el papel actual del sector de la salud en relación con la violencia contra las mujeres y las niñas. Este tipo de evaluación es fundamental para planificar y estandarizar la calidad de la atención entre los diferentes tipos de proveedores de servicios y para coordinar los esfuerzos. Las evaluaciones periódicas también ayudarán a vigilar la eficacia de las medidas y a determinar brechas y problemas que deberían abordarse (Bott y otros, 2004).
- Debería realizarse un análisis general de la situación en diferentes niveles. A nivel nacional y subnacional, este debería centrarse en la aplicación de las leyes, las políticas y los protocolos, así como en las estructuras de coordinación, la financiación y otros recursos. A nivel de los servicios, podría centrarse en las políticas y los protocolos institucionales, así como en la variedad y calidad. A nivel del proveedor, un análisis de la situación podría examinar los conocimientos, las conductas y las prácticas del proveedor. A nivel comunitario, debe examinar el tipo y la naturaleza de la violencia, las actitudes de búsqueda de ayuda, las necesidades en materia de salud y el modo en que se perciben el acceso a los servicios y su calidad.
- El análisis de la situación puede considerarse una intervención en sí misma, dado que pone en marcha el debate público sobre la violencia contra las

mujeres y las niñas y promueve la concienciación y el diálogo entre los agentes clave y en la comunidad. No obstante, es fundamental que todas las investigaciones sobre la violencia contra la mujer se *orienten hacia la acción*, a fin de que el objetivo de los estudios sea mejorar el bienestar de las supervivientes.

- Al planificar un análisis de la situación, es esencial [actuar de acuerdo con directrices éticas](#) y respetar las [normas éticas y de seguridad para la recolección de información sobre la violencia contra las mujeres y las niñas de la OMS](#).

A QUIÉN EVALUAR	QUÉ EVALUAR	CÓMO EVALUAR
<ul style="list-style-type: none"> • Interesados y agentes clave encargados de formular políticas y protocolos. • Interesados y agentes clave que participan en la coordinación. • Interesados y agentes clave que proporcionan servicios. • Miembros de la comunidad. • Dirigentes de la comunidad. • Organizaciones de mujeres. 	<p>A nivel nacional y subnacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si existen leyes y políticas que promueven la protección de las mujeres y las niñas y brindan apoyo a la prestación de servicios de salud éticos y seguros. • Si hay planes de salud, protocolos u otros marcos de orientación y si reciben financiación. • El nivel de aplicación de las políticas, los planes y los protocolos, incluidos los embotellamientos y las brechas, la infraestructura, la capacidad en materia de recursos humanos, los obstáculos al acceso de los distintos subgrupos de la población y las corrientes de recursos, entre otros factores institucionales y administrativos. • Si hay un mecanismo de coordinación institucional a nivel nacional y/o subnacional, el modo en que funciona, los interesados que participan y los que no participan y deberían hacerlo. • Si hay servicios de prevención y su alcance; cuál es el organismo encargado (el gobierno, los grupos de mujeres, ONG u otros); cuáles son los grupos destinatarios; y la eficacia de las intervenciones. <p>A nivel de la prestación de servicios (centros y proveedores)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si hay servicios de salud para supervivientes de la violencia doméstica, la violencia sexual y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas en el país o la región. • Qué organismos ofrecen estos servicios (el gobierno, grupos de mujeres, ONG, etc.). • Dónde se concentran los servicios y dónde hay brechas. • La financiación y el costo para las supervivientes. • El nivel de calidad y las experiencias de las usuarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las evaluaciones existentes. • Realizar entrevistas con informantes clave entre los interesados pertinentes. • Organizar grupos de discusión. • Realizar observaciones sobre el terreno.

	<ul style="list-style-type: none"> • Quién accede a los servicios y quién no. • Los servicios disponibles en diversos tipos de centros de salud (incluidos hospitales, salas de urgencia de hospitales, centros de atención integral y clínicas de salud reproductiva; en la atención prenatal, las pruebas voluntarias de detección del VIH/SIDA, el asesoramiento o la prevención y los programas de atención y cuidado). • Si los centros ofrecen seguridad (por ejemplo, un guardia de seguridad o la presencia de la policía) y confidencialidad (por ejemplo, sustituyendo el nombre de la paciente por un número de paciente o un alias). <p>A nivel de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas básicas de violencia. • Conductas de solicitud de ayuda y disponibilidad de los servicios de remisión. • Obstáculos para la solicitud de ayuda. • Vulnerabilidades y necesidades de los grupos marginados. 	
--	--	--

Adaptado de Ward, J., 2010, [Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings \(Directrices para la coordinación de las intervenciones contra la violencia de género en situaciones humanitarias\)](#). Nueva York: GBV AOR Working Group y Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *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*. Nueva York: IPPF/RHO. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Estudio de casos: La “Ruta crítica” en América Central y América del Sur (Organización Panamericana de la Salud)

La labor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la esfera de la violencia contra la mujer comenzó con la investigación “Ruta crítica”, que documentó y permitió comprender a fondo por primera vez lo que ocurría a las mujeres cuando rompían el silencio y buscaban ayuda activamente en los servicios estatales, las iglesias y las escuelas de su comunidad, e incluso con los vecinos y los familiares. La investigación “Ruta crítica” se realizó en 16 comunidades de los 10 países incluidos en los dos proyectos de la OPS destinados a abordar la violencia contra las mujeres y las niñas. Estos países fueron: Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú. Las comunidades en que se realizó la investigación reflejan la diversidad de entornos rurales y urbanos de América Latina, así como la de sus grupos étnicos. La OPS y sus contrapartes de los ministerios de salud seleccionaron las comunidades sobre la base de su tamaño, la disponibilidad de servicios básicos y la existencia de ONG u organizaciones de mujeres. Los participantes de cada comunidad incluyeron entre 15 y 27 mujeres de 15 años o más que eran objeto de actos de violencia en ese momento y que habían contactado con un proveedor de servicios en los 24 meses anteriores. Se entrevistó un mínimo de 17 proveedores de los distintos tipos de centro de servicios en cada comunidad. El análisis de los datos se basó en la interpretación de un cuestionario estructurado. Se grabaron y transcribieron las entrevistas para un análisis detallado. Los investigadores trabajaron en estrecha colaboración con equipos comunitarios para aumentar sus competencias y conocimientos a fin de reunir, analizar y utilizar los resultados. La “Ruta crítica” utiliza una metodología interactiva cualitativa con un protocolo normalizado traducido y adaptado en función de los distintos grupos étnicos. La información se reúne mediante entrevistas pormenorizadas a las mujeres y entrevistas semiestructuradas a los proveedores de servicios en las esferas de la salud, el cumplimiento de la ley, el sistema judicial, la educación, la religión y las ONG, así como mediante grupos de discusión con miembros de la comunidad. Para una explicación del protocolo de investigación utilizado en la “Ruta Crítica”, así como herramientas de investigación, incluidas las **entrevistas a informantes clave** con representantes del sector, la **guía para realizar entrevistas a las supervivientes** y las **directrices para grupos de discusión**, véase la publicación en [inglés](#) y [español](#).

Luego de la investigación “Ruta crítica”, se estableció un protocolo para realizar evaluaciones rápidas. Realizar una investigación “Ruta crítica” simplificada puede ser un método útil cuando es necesario generar información básica pero no se dispone de tiempo, recursos o personal suficientes para llevar a cabo una investigación más exhaustiva como la descrita más arriba. En una investigación “Ruta crítica” simplificada se entrevista a las supervivientes de la violencia y a los proveedores que brindan servicios, como organizaciones de la salud, jurídicas, policiales y no gubernamentales, para evaluar la experiencia de las supervivientes, mejorar la calidad y permitirles superar obstáculos en determinados puntos del proceso que va de los sistemas de salud a la remisión. Para una descripción del “protocolo para una evaluación rápida” y ejemplos de las herramientas adaptadas, véase el manual en [inglés](#) y [español](#).

Fuente: extracto de Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C. y García-Moreno, C., 2003. [La violencia contra las mujeres: responde el sector salud](#). Washington, DC: OPS, págs. 9 a 11.

Otros recursos de investigación:

- ***Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*** (OMS, 2001). Disponible en [español](#), [francés](#), e [inglés](#).
- ***Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas*** (OMS, 2003). Disponible en [armenio](#), [bosnio](#), [croata](#), [español](#), [inglés](#), [japonés](#), [rumano](#), [ruso](#) y [serbio](#).
- ***Researching Violence against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*** (Investigando la violencia contra las mujeres. Una guía práctica para la investigación y la acción), capítulo 2: *Ethical Considerations for Researching Violence Against Women* (Consideraciones éticas para la investigación de la violencia contra la mujer) (Path, 2005). Disponible en [inglés](#).
- ***WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies*** (Recomendaciones de ética y seguridad de la OMS para la investigación, la documentación y el monitoreo de la violencia sexual en situaciones de emergencia) (OMS, 2007). Disponible en [francés](#) e [inglés](#).

Herramientas de referencia para realizar análisis de la situación:

- ***How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault: A Guide*** (Guía para realizar un análisis de la situación de los servicios de salud para las supervivientes de la agresión sexual) (Iniciativa de investigaciones sobre violencia sexual, 2006). Disponible en [inglés](#).
- ***Needs Assessment Checklist for Clinical Management of Survivors of Sexual Violence*** (Lista de verificación de las necesidades para el tratamiento clínico de las supervivientes de la violencia sexual) (OPS, 2010). Disponible en [inglés](#) y [francés](#).
- ***Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*** (Billings/Fondo

de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2001). La guía brinda orientación pormenorizada para planificar y realizar la evaluación y el tratamiento de los casos de violencia de género en los servicios de salud reproductiva en zonas de bajos recursos. Disponible en [español](#), [francés](#) e [inglés](#).

- ***Diagnóstico rápido de la situación en 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*** (Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental, 2004). Véanse las págs. 18 a 21. Disponible en [español](#) e [inglés](#).
- ***Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica*** (Claramunt, M. y Cortés, M./OPS, 2003). Véase el anexo 3, “Contenido de informes nacionales”, págs. 61 y 62; cuadro 8, “Existencia de profesionales por tipo de institución Honduras,” pág. 25; cuadro 14, “Número de instancias por país,” pág. 33; cuadro 17, “Número de instancias por 100.000 habitantes Belice”, pág. 34. Disponible en [español](#).
- ***Twubakane Gender-Based Violence/ Preventing Mother to Child Transmission Readiness Assessment*** (La violencia basada en el género en Twubakane. Evaluación del grado de preparación para la prevención de la transmisión de madre a hijo) (IntraHealth International, 2008). Disponible en [francés](#) e [inglés](#).
- ***Sexual and Reproductive Health for HIV-Positive Women and Adolescent Girls*** (Salud sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes infectadas por el VIH) (Engenderhealth y Comunidad Internacional de Mujeres con VIH/SIDA, 2006). Esta herramienta de salud reproductiva también puede adaptarse para abordar la violencia contra la mujer; véanse las págs. 201 a 208, 213 y 214. Disponible en [inglés](#).
- ***¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y supervivientes de violencia sexual*** (Troncoso, E., D. Billings, O. Ortiz y C. S. Suárez/ Ipas y UNFPA, 2006). Disponible en [español](#).
- Consulte otros recursos de evaluación de servicios en la sección [Determine las necesidades de un servicio mediante una evaluación](#).

B. Crear un comité multisectorial de interesados para la acción coordinada a nivel nacional y local.

- Deben convocarse grupos de coordinación multisectorial a nivel nacional, subnacional y local para facilitar la armonización de la acción sobre la violencia contra las mujeres y las niñas. Como mínimo, entre los participantes debe haber funcionarios gubernamentales de sectores pertinentes, proveedores de atención de la salud y de otros sectores clave y representantes de grupos de mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el ámbito de la violencia contra la mujer. Los participantes deben ocupar cargos cuya categoría les permita adoptar decisiones relacionadas con la coordinación en nombre de sus organismos.
- Frecuentemente los asociados para la coordinación consideran que el intercambio de información es el principal objetivo de la coordinación. Si bien este intercambio es un aspecto importante de la coordinación, no es el único. La coordinación trata de la puesta en marcha de planes de acción interinstitucionales y [multisectoriales](#) para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas, es decir, pasar de la teoría a la práctica. El objetivo de la coordinación es brindar servicios accesibles, rápidos, confidenciales y adecuados a las supervivientes de conformidad con un conjunto básico de [principios rectores](#) y establecer mecanismos para prevenir la violencia.
- Las personas que trabajan en el sector de la salud querrán utilizar el mecanismo de coordinación para prestar apoyo a las actividades en la esfera de la salud relacionadas con la formulación de políticas y programas. Algunas de las actividades específicas de coordinación relacionadas con el sector de la salud pueden incluir:
 - Facilitar la [evaluación](#) de las medidas de prevención y las respuestas del sector de la salud.
 - Establecer y vigilar los [sistemas de información](#) de datos sobre la salud en relación con la violencia contra las mujeres y las niñas.
 - Facilitar la [financiación](#) de los programas y la gestión de los servicios de salud.
 - [Promover](#) una mejor programación.
 - Prestar apoyo a la formulación y aplicación de [políticas](#), [protocolos](#) y otros instrumentos relacionados con la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres y las niñas.
 - [Coordinar redes](#) y coaliciones en el sector de la salud y con otros sectores para la remisión y el apoyo.
 - [Vigilar](#) la prestación de servicios en función de su disponibilidad y calidad.
- Para promover la coordinación en todos los niveles, deben designarse personas encargadas de la coordinación y definirse sus responsabilidades.

Deben establecerse funciones y procedimientos claros para cada sector que todos los organismos y sectores respeten. A fin de garantizar la sostenibilidad y alentar la rendición de cuentas y las acciones de los gobiernos, en la mayoría de los entornos es preferible que los gobiernos faciliten y supervisen la coordinación. Generalmente, el ministerio o la institución encargada de supervisar el programa nacional sobre la violencia contra la mujer dirigen los mecanismos de coordinación. Lo ideal es que un mandato defina el liderazgo de todo mecanismo de coordinación y que un plan de acción guíe las actividades del grupo de coordinación.

- Además, deben establecerse estructuras y protocolos para vincular los mecanismos nacionales de coordinación con los mecanismos subnacionales y locales, dado que muchas veces estos órganos de coordinación tienen responsabilidades distintas pero que se refuerzan mutuamente. Los mecanismos nacionales de coordinación pueden funcionar en un contexto más amplio (incluidos la promoción a nivel nacional, la recolección y gestión de datos, y las políticas y los protocolos nacionales), mientras que los mecanismos de coordinación subnacionales y locales pueden ocuparse del asesoramiento operacional y la vigilancia de la prestación de servicios. Deben establecerse métodos para el intercambio periódico de información entre los grupos de coordinación de los distintos niveles por conducto de los canales de comunicación establecidos.

Ejemplo: El Programa de asociación contra la violencia doméstica de Australia

Esta iniciativa modelo es el resultado de la colaboración entre el Gobierno de Australia y los estados y territorios, así como el sector empresarial, las ONG y la comunidad. Los principales proyectos incluyen campañas de educación comunitaria; normas nacionales de competencia para los que trabajan en el ámbito de la violencia doméstica; talleres de prevención para personas jóvenes; un centro de intercambio de información y mejores prácticas; y programas para autores de actos de violencia doméstica. Varias actividades celebradas a nivel nacional han permitido divulgar a nivel local, regional y nacional los nuevos conocimientos adquiridos en las investigaciones, las políticas y los programas en materia de violencia doméstica. La labor actual incluye la respuesta a los efectos de la violencia doméstica en los niños; el fortalecimiento de los programas para autores de actos de violencia doméstica; y la educación comunitaria para diferentes destinatarios, entre otros comunidades indígenas y comunidades culturalmente y lingüísticamente diversas (extraído de Secretaría del Commonwealth, 2003. *Integrating Approaches to Eliminating Gender-based Violence* (Integración de enfoques para eliminar la violencia de género), pág. 25).

Véase una descripción del Proyecto de asociación (disponible en [inglés](#)) y de otras iniciativas nacionales para abordar la violencia doméstica en Australia.

Caso de estudio: Proyecto de Atención Integral a Víctimas Sobrevivientes de Violencia Sexual (Ipas y Marie Stopes, Bolivia)

En Bolivia, un marco legal relativamente sólido y un amplio espectro de servicios (médicos, legales y psicosociales) que prestan las ONG, instituciones privadas y el gobierno proporcionan una base fuerte para mejorar los servicios coordinados para las sobrevivientes de agresión sexual. Varias organizaciones, incluido el UNFPA, apoyaron la realización de un mapeo y un análisis de situación para entender mejor las fortalezas y las debilidades de los modelos de prestación de servicios existentes. Los hallazgos destacaron las áreas de necesidad e identificaron los puntos de entrada para desarrollar un modelo de respuesta integral. En este contexto, Ipas Bolivia y Marie Stopes se embarcaron en un proyecto desde el 2005 al 2008 para implementar un modelo basado en un enfoque integral, con el objetivo de reducir la violencia sexual y sus consecuencias, y empoderar a las sobrevivientes para ejercer sus derechos y exigir acceso a servicios sanitarios y legales de calidad.

Los principios del modelo incluyen:

- Una red de servicios para víctimas de violencia sexual, para la articulación intersectorial principalmente de los aparatos de justicia, servicios de apoyo social, instituciones educativas y organismos de asistencia técnica (ONG).
- Un equipo interdisciplinario que pueda prestar atención integral.
- Redes sociales e institucionales fortalecidas para la prevención.
- Atención de calidad y humanizada basada en una respuesta integral de todos los actores sociales. .

La incidencia política del proyecto tuvo como resultado la constitución legal del Comité Nacional de Lucha contra la Violencia Sexual, integrado por más de 30 instituciones gubernamentales, ONG y sociedad civil cuyo propósito principal es formular y fortalecer las políticas nacionales pertinentes. La coordinación del Comité está a cargo del Viceministerio de Justicia y Derechos Fundamentales, Ministerio de Salud, Viceministerio de Género, Policía, Ipas y Plan Internacional. El trabajo del Comité tuvo como resultado la Declaración de Atención Integral de la Violencia Sexual, la cual consolida el compromiso estatal con este enfoque tanto a nivel nacional como subnacional.

Para llevar el compromiso a la práctica, se establecieron mesas de trabajo donde las principales partes interesadas se reunieron para discutir, reflexionar y diseñar estrategias coordinadas para asegurar la prestación de servicios integrales.

Este proceso fue complementado por una estrategia de comunicación a gran escala, “la violencia sexual es un problema que afecta a todos y a todas” emitida en español, quechua y aymara, y adaptada a diferentes audiencias y contextos. Los/las periodistas y los medios también fueron un grupo objetivo importante para la capacitación y sensibilización.

Por información adicional, vea el caso de estudio de Bolivia completo en [español](#).

Por más información sobre buenas prácticas y lecciones aprendidas en la prestación de atención integral a sobrevivientes de violencia sexual, vea el estudio de caso de Bolivia, Brasil, Costa Rica y México en [español](#).

Caso de Estudio: Mesa Nacional Multisectorial para la Atención Integral de la Violencia Familiar en el Perú

En el Perú, los ministerios nacionales, la sociedad civil y los organismos internacionales se asociaron para elaborar un modelo nacional para la prevención y el tratamiento de la violencia familiar y de género. A partir del establecimiento de la Mesa Nacional Multisectorial para la Atención Integral de la Violencia Familiar, han logrado aplicar un enfoque coordinado y sostenible para abordar estas cuestiones. Además, la coordinación de las contribuciones y los conocimientos de los miembros se ha traducido en programas y políticas de mejor calidad y eficiencia para luchar contra la violencia de género. Así pues, la Mesa ha facilitado programas de capacitación para los proveedores del sector de la salud y otros sectores y ha establecido una base de datos nacional de información, investigaciones y estudios de vigilancia. El modelo de la Mesa Nacional se ha duplicado en 18 estados y en muchas de sus respectivas comunidades. Durante este proceso, los distintos sectores han logrado superar obstáculos de larga data y trabajar juntos para brindar apoyo y cuidado a las personas afectadas por la violencia. Las Mesas descentralizadas han sensibilizado a sus comunidades acerca de la existencia de la violencia y han ofrecido incentivos para superar este problema. El intercambio periódico de la experiencia adquirida y las mejores prácticas entre las comunidades y ministerios ha fortalecido las iniciativas. Desde 1997 varias comunidades han establecido grupos de autoayuda para mujeres afectadas por la violencia. Mediante los esfuerzos coordinados de sus Mesas, las instituciones miembros facilitaron la capacitación de los coordinadores de estos grupos en Lima, Cuzco y Piura, lo que resultó en el establecimiento de más de 40 grupos de hombres,

mujeres y mixtos con unos 500 participantes por año, de los cuales la mayoría son mujeres. Durante todo este proceso, la OPS desempeñó un papel de liderazgo en relación con la creación de consenso y el establecimiento de grupos de trabajo de las Mesas y grupos comunitarios de autoayuda.

Puede consultar más información sobre las Mesas y las iniciativas multisectoriales para abordar la violencia doméstica en [español](#).

Véase además el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer (2009-2015) del Perú. Disponible en [español](#).

Fuente: extraído de Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C. y García-Moreno, C., 2003. [La violencia contra las mujeres: responde el sector salud](#). Washington, DC: OPS, pág.34.

Herramienta de referencia:

- [Mujeres contra la violencia en Europa \(2006\) Bridging Gaps—From Good Intention to Good Cooperation](#). (Cerrando Brechas. De las buenas intenciones a la buena cooperación). Este manual es un recurso para proveedores de servicios de todos los sectores que abordan la violencia contra la mujer. Brinda asesoramiento y ofrece recomendaciones sobre la cooperación interinstitucional para proteger a las supervivientes de la violencia doméstica. El manual está dividido en 15 capítulos que abordan los antecedentes de la violencia contra la mujer, la prestación de servicios multisectoriales y la cooperación entre múltiples organismos, normas generales y específicas de prácticas del sector, la prevención de la violencia y la planificación de la seguridad, la participación de las supervivientes en los programas, acciones y modelos para la cooperación interinstitucional. Disponible en [inglés](#), 116 páginas.

Otros recursos:

- [Recomendación General del Consejo de Europa, 2002. Rec. 5, párrafo 27 y Benefits of Coordination](#) (Beneficios de la coordinación) en el sitio web de Advocates for Human Right's Stop VAW.
- ***Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings (Directrices para coordinar las intervenciones contra la violencia de género en situaciones humanitarias)*** (Ward, J./GBV AOR, 2010). Disponible en [inglés](#).

- [Community of Practice in Building Referral Systems for Women Victims of Violence](#) (Comunidad de prácticas para crear sistemas de orientación para mujeres que han sido víctimas de violencia) (Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS), 2010).

C. Garantizar que existan leyes pertinentes.

- Para que el sector de la salud elabore y ponga en práctica servicios integrales, deben existir leyes pertinentes. Algunas de estas leyes se centrarán en el problema de la violencia contra la mujer en general. Otras se centrarán más específicamente en los servicios de salud para las supervivientes. Las personas que desean mejorar los programas del sector de la salud deben evaluar las leyes en esferas clave relacionadas con la calidad de la atención y los derechos de las supervivientes y, de ser necesario, trabajar para modificarlas (Bott, Morrison, y Ellsberg, 2005a)
- El módulo sobre [legislación](#) describe en detalle el proceso para redactar leyes relacionadas con la violencia contra las mujeres y las niñas. Las cuestiones específicamente relacionadas con el sector de la salud se extrajeron de ese módulo y se describen a continuación.

1. Examinar las leyes relacionadas con el sector de la salud y la violencia contra las mujeres y las niñas.

- En general, cualquiera sea el tipo de violencia, la legislación en materia de salud debe incluir una declaración de los derechos de las supervivientes que promueva la asistencia a las supervivientes y su seguridad, mantenga la confidencialidad y evite que vuelvan a convertirse en víctimas. La legislación debería designar uno o varios organismos responsables de los servicios a las víctimas y describir claramente sus responsabilidades. Debería determinar claramente los servicios que se prestan según los diferentes tipos de violencia y la obligación de los proveedores de ofrecer servicios integrales. Además, debería establecer mecanismos de coordinación, ejecución y financiación para garantizar que se establezcan, vigilen y evalúen estos servicios.
- Componentes clave de la **violencia doméstica**:
 - La legislación debería establecer el **acceso a servicios de salud** en casos de lesiones inmediatas y cuidado de largo plazo, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, [anticonceptivos de emergencia](#), profilaxis del VIH y aborto seguro (si es legal) en casos de violación.

Ejemplo: La [Ley Maria da Penha Núm 11.340](#) (2006) del Brasil establece lo siguiente: *La asistencia a la mujer en situación de violencia doméstica y familiar abarcará el acceso a los beneficios derivados del desarrollo científico y tecnológico, incluyendo los servicios de contracepción de emergencia, la profilaxis de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles (EST) y del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otros procedimientos médicos necesarios y pertinentes en los casos de violencia sexual. Capítulo 2, artículo 9, párrafo 3.*

- La legislación debería establecer **protocolos y capacitación** para los proveedores de atención de la salud, que podrían ser los primeros en responder en casos de violencia doméstica. La documentación detallada de las lesiones de la superviviente le ayudará a obtener reparación en el sistema judicial.

Ejemplo: La Ley sobre la violencia contra las mujeres y sus hijos (disponible en [inglés](#)) (2004) de Filipinas obliga a los proveedores de servicios médicos, terapeutas y consejeros que saben o sospechan que se han cometido actos de abuso, a registrar las observaciones de la víctima y las circunstancias de la visita, documentar adecuadamente todas las lesiones físicas, emocionales y psicológicas, suministrar un certificado médico gratuito del examen y conservar la historia clínica de la víctima. Además, deben informar a la víctima inmediata y adecuadamente de sus derechos y vías de recurso de acuerdo con la legislación filipina y los servicios disponibles. Artículo 31.

- La legislación debería **prohibir la divulgación de información** sobre casos específicos de violencia doméstica a los organismos gubernamentales sin el pleno consentimiento fundamentado de la denunciante o superviviente que hubiera sido asesorada por un abogado, a menos que la información no incluya datos que identifiquen a la víctima (es decir, que se presente la información de modo que no pueda determinarse la identidad de la víctima).

Ejemplo: La Ley sobre la violencia contra las mujeres y sus hijos (disponible en [inglés](#)) (2004) de Filipinas establece lo siguiente: *Confidencialidad: todos los registros sobre casos de violencia contra las mujeres y sus hijos, incluidos los de las aldeas (barangay), son confidenciales y todos los funcionarios y empleados públicos y todas las clínicas públicas y privadas, así como todos los hospitales, deben respetar el derecho de privacidad de la víctima. Quien publique, o contribuya a publicar, en cualquier formato, el nombre, la dirección, el número de teléfono, la escuela, la dirección laboral, el nombre del empleador o cualquier otra información que permita identificar a la víctima o a un miembro de su familia inmediata sin el consentimiento de la víctima podrá ser enjuiciado por desacato al tribunal. Artículo 44.*

- La legislación debería incluir disposiciones que exijan la **colaboración y comunicación entre organismos** al abordar la violencia doméstica. Los promotores de ONG que prestan asistencia directa a las víctimas de la violencia deberían asumir un papel de liderazgo en este tipo de actividades de colaboración.

Ejemplos: Muchos países tienen disposiciones que establecen la cooperación entre organismos estatales:

- Un objetivo de la Ley sobre medidas contra la violencia en las relaciones familiares (disponible en [inglés](#)) de Albania (2006) es: *establecer una red coordinada de autoridades responsables de proteger, prestar apoyo y rehabilitar a las víctimas, mitigar las consecuencias y prevenir la violencia doméstica.* Artículo 2.

- La Ley sobre la violencia contra las mujeres y sus hijos (disponible en [inglés](#)) (2004) de Filipinas incluye las siguientes disposiciones sobre la colaboración comunitaria:

Artículo 39. El Consejo Interinstitucional sobre la violencia contra la mujer y sus hijos. De conformidad con la política mencionada supra, por la presente se establece el Consejo Interinstitucional sobre la violencia contra la mujer y sus hijos [en adelante el Consejo], que estará integrado por los siguientes organismos: el Ministerio de Bienestar Social y Desarrollo, la Comisión Nacional sobre la función de la mujer filipina, la Comisión de Administración Pública, el Consejo para el Bienestar de los Niños, el Ministerio de Justicia, el Ministerio del Interior y Administración Local, la Policía Nacional de Filipinas, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y Empleo y la Oficina Nacional de Investigaciones.

Estos organismos son los encargados de formular programas y proyectos para eliminar la violencia contra la mujer con arreglo a sus mandatos y de elaborar programas de fomento de la capacidad de sus empleados para que sean más sensibles a las necesidades de sus clientes. El Consejo también funcionará como organismo de vigilancia de las iniciativas para eliminar la violencia contra la mujer...

Artículo 42. Capacitación de las personas que responden a los casos de violencia contra las mujeres y sus hijos. Debe impartirse educación y capacitación a todos los organismos que responden a la violencia contra las mujeres y sus hijos para que estén informados sobre la naturaleza, el alcance y las causas de la violencia contra las mujeres y sus hijos; los derechos jurídicos y las vías de recursos de las víctimas de la violencia contra las mujeres y sus hijos; los servicios y centros para las víctimas o las supervivientes; las obligaciones jurídicas de los agentes de policía de realizar detenciones y ofrecer

protección y asistencia; y las técnicas para actuar en incidentes de violencia contra las mujeres y sus hijos que reduzcan al mínimo la probabilidad de que el agente sufra lesiones, y para promover la seguridad de la víctima o superviviente....

- La [Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de España](#) (2004) afirma que: *las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. ... Estos servicios actuarán coordinadamente y en colaboración con los Cuerpos de Seguridad, los Jueces de Violencia sobre la Mujer, los servicios sanitarios y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica a las víctimas, del ámbito geográfico correspondiente.* Art. 19. La Ley española también establece la financiación y evaluación de estos procedimientos de coordinación.

- Elementos clave de la **violencia sexual**:

- La legislación debería estipular que las supervivientes tengan el **derecho a no ser objeto de discriminación** en ninguna etapa del proceso, por motivo de su raza, género, orientación sexual u cualquier otra característica. Véase el punto 3.1.3 del [Manual de las Naciones Unidas](#).
- La legislación debería establecer una **gama integral de servicios de salud** que aborden las consecuencias físicas y mentales de la agresión sexual. Estos servicios deberían incluir un centro de atención para las víctimas de violación por cada 200.000 habitantes, programas para las supervivientes de agresión sexual, programas para las supervivientes testigos, programas para las supervivientes de edad avanzada, líneas telefónicas de emergencia para supervivientes de agresión sexual y programas relacionados con el abuso y el incesto. Véanse los puntos 3.6.1 y 3.6.2 del [Manual de las Naciones Unidas](#). La legislación debería incluir un plan para brindar esta información a las supervivientes. Véase Minnesota (Estados Unidos), Ley núm. 611A.02 y la Ley sobre Asistencia y Protección a las Víctimas de Violación (disponible en [inglés](#)) (1998) de Filipinas. La legislación debería disponer que el acceso a estos servicios no necesariamente esté limitado a un momento determinado ni condicionado de ninguna forma. Véase Organización Mundial de la Salud; [Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence](#) (Directrices para la atención médico-legal a las víctimas de violencia sexual) (2003). Disponible en inglés.

Ejemplo: la Ley sobre la prevención y eliminación de la violencia contra las

mujeres y la violencia de género (disponible en [inglés](#)) (2008) de San Marino exige al Estado prestar servicios sociales especializados de fácil acceso a las víctimas de la violencia sexual dotados de personal especialmente capacitado. Capítulo 1, artículo 4.

Experiencia adquirida: En muchos países la legislación exige denunciar los casos de agresión sexual ante la policía. Esto se denomina **notificación obligatoria** y es muy común en los casos de agresión sexual de niños. En algunos países está previsto que se informe a la policía antes de acceder a los servicios de salud; así pues, en el sector de la salud se ha inculcado la práctica de que las víctimas o las supervivientes realicen una declaración a la policía antes de recibir atención médica. Aunque es evidente que los trabajadores del sector de la salud deben cumplir las leyes de su país, no es conveniente que las políticas del sector de la salud privilegien las necesidades jurídicas por sobre las necesidades de salud. Los servicios de salud deberían prestarse antes de que se denuncien los casos a la policía y las políticas jurídicas y de salud deberían aclarar este punto (Jewkes, 2006). Además, la notificación obligatoria desalienta a los proveedores de servicios de salud a que formulen preguntas relacionadas con la violencia, por temor a ser parte en una causa judicial (Velzeboer, 2003).

- La legislación **debería** garantizar que un organismo gubernamental local de la zona en que ocurrió la agresión sexual sufrague el **costo del examen forense** para recolectar y conservar las pruebas de la conducta sexual delictiva. Véase la [Ley de delitos sexuales de Lesotho](#) (2003), parte VI, 21 1).
- Debería descentralizarse la recolección de pruebas forenses y ampliarse a un mayor número y tipo de proveedores, como enfermeros, parteras y médicos, la capacidad de realizar exámenes de ADN y de otro tipo y de redactar informes (Kilonzo, 2008a). La experiencia ha demostrado que los [enfermeros que realizan exámenes forenses](#) han reducido el tiempo de espera y de evaluación de los exámenes médicos forenses; aumentado el número de kits para la recolección de pruebas de agresión sexual completados; generado kits para la recolección de pruebas de agresión sexual más precisos y completos; mejorado la cadena de pruebas o de custodia; ayudado a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a recolectar información e imputar cargos o interponer demandas; y mejorado la probabilidad de enjuiciamiento y condena (extraído de Du Mont, J. y White, D., 2007. [The Uses and Impact of Medico-legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review](#) (Uso e impacto de la evidencia médico-legal en casos de agresión sexual: una revisión global), Ginebra (Suiza), OMS, pág. 37). Otros agentes pertinentes (por

ejemplo, los fiscales) deben hacer el seguimiento de estas medidas, asegurando que se procesen y utilicen las pruebas.

Experiencia adquirida: En muchos países **solo los médicos especialmente certificados pueden recolectar pruebas forenses**, como los oficiales médicos de distrito o los médicos forenses. El número de médicos certificados, así como su disponibilidad, representa un obstáculo para las mujeres que desean acceder a estos servicios. Muchas veces las mujeres deben esperar durante largos períodos y seguir vías complejas para recibir la atención que necesitan. En algunos entornos, generalmente se utilizan los exámenes forenses (de forma poco fiable) para establecer si una niña o mujer perdió su virginidad y cuándo; estas pruebas pueden ser utilizadas en su contra en un juicio (Human Rights Watch, 1999; Brown, 2001). Muchos países están trabajando para ampliar y mejorar los servicios, entre otras cosas mediante la profesionalización y capacitación de más personal de atención de la salud.

- La legislación debería estipular la provisión de **pruebas gratuitas e incondicionales** para detectar enfermedades de transmisión sexual, [anticoncepción de emergencia](#), pruebas de embarazo, servicios de aborto y [profilaxis posterior a la exposición](#). Esta última es un tratamiento antirretroviral de corto plazo para reducir la probabilidad de infección por el VIH luego de una posible exposición como consecuencia del trabajo o las relaciones sexuales. Extraído de OMS. Véase: Stefiszyn, [A Brief Overview of Recent Developments in Sexual Offences Legislation in Southern Africa](#) (Breve sinopsis de la evolución reciente de la legislación sobre delitos sexuales en África meridional), documento técnico elaborado para la reunión de expertos sobre las buenas prácticas en la legislación relativa a la violencia contra la mujer, mayo de 2008.

Ejemplo: la Ley núm. 32 de enmienda de la legislación penal (delitos sexuales y asuntos conexos) de **Sudáfrica** dispone que cuando una superviviente denuncia la agresión sexual a la policía o al personal médico, se le debe informar de las ITS y la importancia de obtener profilaxis posterior a la exposición dentro de las 72 horas de la agresión. Cap. 5, 28 3).

Ejemplo: En 2010 la Suprema Corte de Justicia de **México** confirmó la Norma Oficial Mexicana ([NOM-046-SSA2-2005](#)) Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, que exige a todos los estados que distribuyan anticonceptivos de emergencia y ofrezcan acceso seguro a los servicios de aborto para las víctimas de la violación.

- La legislación debería establecer una **respuesta comunitaria**

coordinada para las supervivientes de la agresión sexual. Véase [Coordinated Crisis Intervention](#) (Intervención coordinada en casos de crisis), StopVAW, the Advocates for Human Rights.

- La legislación debería establecer [equipos o programas de respuesta coordinada a la agresión sexual](#) para que las supervivientes dispongan de una amplia gama de servicios y atención necesarios (jurídicos, médicos y sociales) y para aumentar las probabilidades de que se enjuicie eficazmente al agresor. Estos programas o equipos deberían incluir un perito forense, un abogado especializado en agresión sexual, un fiscal y un oficial de policía. Todos los agentes que responden a los casos de agresión sexual deberían respetar los protocolos específicos que detallan sus responsabilidades al tratar y prestar servicios a las supervivientes de la agresión sexual. Véase ...
- La legislación debería establecer **financiación específica** para garantizar el nombramiento de proveedores de servicios para casos de agresión sexual, su registro como proveedores de servicios y su capacitación especializada. Véase *Good practices in legislation on harmful practices against women* (Buenas prácticas en materia de legislación sobre prácticas dañinas contra la mujer) (2010) 3.4.2 y 3.4.3.
- La legislación debería incluir todas las disposiciones necesarias para la **aplicación plena** de las leyes sobre agresión sexual, incluida la elaboración de los protocolos, reglamentaciones y formularios normalizados necesarios para aplicar la ley. La legislación debería exigir que estos protocolos, reglamentaciones y formularios se elaboraran en un número limitado de meses después de la entrada en vigor de la legislación, y esta debería establecer un plazo fijo entre la adopción de una ley sobre agresión sexual y la fecha de entrada en vigor. Véase [Manual de las Naciones Unidas](#), 3.2.6 y 3.2.7.
- La legislación debería contemplar el establecimiento de una institución específica para **vigilar la aplicación** de las leyes sobre agresión sexual y para reunir datos sobre agresiones sexuales periódicamente. Véase [Manual de las Naciones Unidas](#), 3.3.1 y 3.3.2.

Ejemplo: la Ley (núm. 3) de delitos sexuales (2006) de [Kenya](#) incluye la siguiente disposición: *El Ministro deberá a) formular un marco normativo nacional para guiar la aplicación y administración de esta Ley a fin de garantizar que todos los delitos sexuales se tramiten de forma adecuada y uniforme, incluido el tratamiento y la atención de las víctimas de delitos sexuales; b) examinar el marco normativo por lo menos una vez cada cinco años; y c) enmendar el marco normativo cuando sea necesario. Artículo 46*

Otros recursos:

- Véanse [Herramientas para formular leyes sobre violencia doméstica](#) y [Herramientas para redactar leyes sobre agresión sexual](#) en el módulo [Elaborar legislación sobre la violencia contra las mujeres y las niñas](#). Este módulo también contiene información sobre la legislación relacionada con el acoso sexual, la trata de personas con fines sexuales, las prácticas dañinas, el matrimonio forzado y de niños, la mutilación o ablación genital femenina, los delitos de honor, el maltrato de las viudas y la violencia relacionada con la dote.

2. Realizar actividades de promoción para perfeccionar las leyes

- Muchas veces se considera que promoción es sinónimo de comunicación para cambios de conducta; información, educación y comunicaciones (IEC) y/o movilización comunitaria. A pesar de que estas actividades tienen por objeto promover el cambio y en ese marco se transmiten mensajes destinados a un público determinado, la promoción se diferencia de estos enfoques dado que su principal objetivo es modificar las políticas. El proceso de promoción finaliza cuando un encargado de adoptar decisiones pone en práctica una medida normativa prescrita. En tanto que sensibilizar al público general es parte importante de este proceso, no es el objetivo principal.
- La voz colectiva suele ser mucho más fuerte que una sola voz, y hacer declaraciones colectivas evita las represalias contra una única persona u organización, especialmente cuando una cuestión es controvertida o compleja. Por este motivo, es preferible que un grupo coordinado de interesados clave organizados, por ejemplo en una coalición, lleve a cabo las actividades de promoción. Los agentes del sector de la salud deberían trabajar en el marco de un mecanismo de coordinación para elaborar y ejecutar actividades de promoción.
- A continuación se incluye una breve descripción de un proceso de promoción (extraído de Ward, 2010 y adaptado de Centro para Actividades de Desarrollo y Población, 2000).

Recolección de datos		Seguimiento y evaluación
	PASO 1: Los asociados comienzan a trabajar con la CUESTIÓN sobre la que desean promover un cambio normativo. La cuestión está definida, es	

	clara, y los asociados la perciben como importante.	
	PASO 2: Los asociados articulan un OBJETIVO de promoción (de mediano o largo plazo) y OBJETIVOS (de corto plazo, específicos y medibles) basados en la cuestión que desean promover.	
	PASO 3: Los asociados determinan el PÚBLICO: los encargados de adoptar decisiones que tienen el poder para lograr el cambio normativo.	
	PASO 4: Seleccionar asociados con conocimientos de promoción (tal vez estableciendo un subgrupo de coordinación), elaborar un MENSAJE de promoción persuasivo y adaptarlo a los intereses del público.	
	PASO 5: Los asociados determinan los CANALES DE COMUNICACIÓN adecuados para enviar el mensaje de promoción al público destinatario. Esto puede incluir una conferencia de prensa, un conjunto de material de información, un debate público, una conferencia para encargados de formular políticas, etc.	
	PASO 6: Los asociados amplían su base de APOYO entre los miembros de la sociedad civil y otros aliados.	
	PASO 7: Los asociados RECAUDAN FONDOS y movilizan otros recursos para la campaña de promoción.	
	PASO 8: Los asociados EJECUTAN su estrategia de promoción según un plan de acción.	
La recolección de datos es una actividad permanente en todo proceso de promoción y puede incluir la investigación de la posición de los destinatarios del ámbito de las políticas en relación con la cuestión que se desea promover.		
Durante todo el proceso de promoción se deberían llevar a cabo actividades de seguimiento y evaluación. Antes de poner en marcha la campaña de promoción, es importante que los participantes determinen cómo harán el seguimiento de su plan de ejecución. Además, los miembros del grupo deberían decidir la forma en que evaluarán o medirán los resultados. ¿Es realista esperar que sus actividades logren cambios normativos, de programas o financiación? ¿Cómo sabrán si la situación ha cambiado?		

Estudio de casos: Iniciativa de salud y violencia basada en el género de Sudáfrica (disponible en [inglés](#))

Las coaliciones del sector de la salud pueden desempeñar un importante papel en las **actividades de promoción para la reforma de las políticas públicas e institucionales**. Por ejemplo, la Iniciativa de salud y violencia basada en el género de Sudáfrica consta de 15 organizaciones y particulares asociados en Sudáfrica. Llevan a cabo investigaciones, fomentan la capacidad de investigación, divulgan las conclusiones de los estudios y utilizan las investigaciones para promover cambios normativos. La Iniciativa trabaja en estrecha colaboración con las Direcciones de Género y de Salud de la Mujer del Departamento Nacional de Salud. Los efectos de estas redes son difíciles de medir, pero algunas evaluaciones informales indican que la Iniciativa ha alcanzado resultados importantes. Por ejemplo, logró que los planes de estudios de dos facultades de medicina hicieran mayor hincapié en la violencia de género, ayudó a preparar un módulo de una semana de duración sobre violación destinado a estudiantes de medicina y contribuyó a la formulación de nuevas políticas nacionales sobre violencia de género y salud. Su labor es un ejemplo de cómo los investigadores pueden colaborar con el gobierno para traducir los resultados de los estudios en políticas (Consejo de Investigaciones Médicas, 2003; Guedes, 2004).

Extraído de Bott, S., Morrison, A., Ellsberg, M., 2005a. [Preventing and Responding to Gender-based Violence in Middle and Low-income Countries: A Global Review and Analysis](#). (Prevención y respuesta a la violencia de género en países de ingresos medios y bajos. Examen y análisis global). World Bank Policy Research Working Paper. núm. 3618, pág. 28.

Para información más pormenorizada sobre las actividades de promoción relacionadas con la reforma legislativa, véase [Promover nuevas leyes o la reformulación de leyes existentes](#) en el módulo sobre Legislación.

Otros recursos:

- ***Women Leadership Program Initiative for Equity Tanzania*** (Iniciativa para la Igualdad del Programa de Liderazgo de las Mujeres de Tanzania, 2003). Este recurso brinda a los profesionales e instructores un panorama amplio de la capacitación en materia de liderazgo para abordar la violencia de género. Promueve la capacidad de los agentes para fomentar el cambio comunitario abordando temas como los conceptos relacionados con el género, el vínculo entre la violencia de género o la violencia contra la mujer y los derechos humanos, la comunicación para la promoción contra la violencia de género y la elaboración de planes de acción para el establecimiento de redes. Como referencia para la capacitación, se incluyen los objetivos, el programa, los

resultados y la metodología de facilitación, así como una evaluación. Disponible en [inglés](#); 52 páginas.

- ***Gender, Reproductive Health and Advocacy*** (Género, salud reproductiva y promoción) (Centro para Actividades de Desarrollo y Población, 2000). Serie de manuales de capacitación (sesiones 9 a 14). Disponible en [inglés](#).

3. Garantizar la aplicación de las leyes

- Si no se aplica la legislación, ni las mejores leyes pueden prevenir la violencia o proteger a las supervivientes. A nivel mundial, la violación es uno de los delitos que menos se sancionan. En promedio, solo el 10% de las denuncias de violencia resultan en una condena y, en muchos contextos, es probable que este porcentaje sea aún más bajo (Amnistía Internacional, 2004, citado en USAID y UNICEF, 2006; Johnson y otros, 2008; Vetten y otros, 2008; y Lovett y Kelly, 2009).

Especialmente en algunos países en desarrollo, la violación por el marido no está tipificada como delito. Incluso si existen leyes contra la violencia en la pareja, muchas veces no se reconocen, entrañan condenas leves, de las cuales solo suele aplicarse la mínima, o son vulneradas por el derecho consuetudinario, según el cual generalmente los maridos pueden utilizar cierto grado de violencia para disciplinar a sus esposas (Center for Reproductive Law and Policy, 2001, citado en USAID y UNICEF, 2006).

- Las limitaciones presupuestarias, el bajo compromiso político, el limitado apoyo popular a los derechos de la mujer y la falta de capacitación de los abogados y jueces para aplicar las leyes, políticas y protocolos pertinentes también socavan la puesta en práctica de la legislación de protección. Además, muchas mujeres tienen poco acceso a información sobre sus derechos y la forma de utilizar el sistema judicial cuando estos se violan (USAID y UNICEF, 2006).
- Por lo tanto, el sector de la salud tiene la responsabilidad de garantizar que se apliquen adecuadamente las leyes relacionadas con los derechos de las supervivientes a los servicios y las obligaciones de los proveedores de atención de la salud. Facilitar la aplicación supone impartir capacitación a los proveedores de atención de la salud sobre sus obligaciones según las leyes pertinentes, garantizar que las comunidades conozcan sus derechos y la disponibilidad y gama de servicios, y vigilar la prestación de servicios y la calidad de la atención. Para más información sobre la [aplicación de las leyes](#) véase el módulo sobre la elaboración de leyes relacionadas con la violencia contra las mujeres y las niñas.

D. Formular políticas o planes de acción nacionales y subnacionales sobre un enfoque integral de la violencia contra la mujer en el sector de la salud.

- Las políticas (o planes de acción) nacionales son necesarias como base y marco de orientación para la prestación de servicios. Pueden brindar información importante sobre cómo deberían aplicarse las leyes pertinentes.
- Al nivel más básico las políticas nacionales deberían reconocer la violencia contra la mujer como una cuestión de salud pública y establecer principios para brindar atención a las supervivientes sobre la base de una perspectiva de género y de derechos humanos. Deberían tener en cuenta las necesidades de las poblaciones especiales, incluidas las niñas, y las cuestiones relacionadas con la diversidad, como el idioma, el grupo étnico y la cultura (Ellsberg y Arcas, 2001).
- Además, las políticas nacionales deberían detallar un plan de aplicación, que puede incluir [la manera de aumentar progresivamente los servicios y recursos](#) y la forma en que se financiarán (Claramunt y Cortés, 2003).
- En algunos casos, **los servicios y programas del sector de la salud que abordan la violencia contra las mujeres y las niñas pueden integrarse en una política nacional más amplia relativa a la violencia contra la mujer** que coloca al sector de la salud dentro de un [marco multisectorial](#) que subraya la cooperación, la división del trabajo y las redes de remisión entre todos los sectores clave que intervienen en la prevención de la violencia y la respuesta a ella. Los componentes de las políticas nacionales que afectan al sector de la salud pueden incluir una gama de servicios de apoyo para las víctimas o supervivientes, la divulgación educativa para la prevención y para informar a las mujeres de sus derechos y los recursos disponibles, y el fomento de la capacidad del personal y los funcionarios. Las políticas nacionales multisectoriales también deberían incluir servicios del sector judicial y de la seguridad destinados a enjuiciar, sancionar y rehabilitar a los autores. Generalmente, si existe una política nacional multisectorial sobre la violencia contra la mujer, el sector de la salud debería elaborar planes de acción, protocolos o directrices específicos del sector que aborden las principales formas de este tipo de violencia y el cuidado de la salud de las supervivientes.
- **Las políticas nacionales también pueden centrarse en la forma de integrar la violencia contra la mujer en diferentes tipos de servicios de salud, especialmente los que más utilizan las mujeres (por ejemplo, los [servicios de salud reproductiva](#)).** Es importante examinar los marcos de salud complementarios, dado que muchas mujeres víctimas de la violencia raramente solicitan ayuda de un servicio independiente. Es más probable que lo hagan en los servicios de salud de los [hospitales, las clínicas y otros centros de atención primaria y secundaria de la salud](#) y los que brinden atención sanitaria a sus hijos; por lo tanto, es importante garantizar que los

distintos marcos de salud tengan en cuenta la violencia contra las mujeres y las niñas (Colombini, Mayhew y Watts, 2008).

- **Las políticas nacionales deberían servir de modelo para otras políticas formuladas a nivel subnacional (regional, de distrito, etc.).** Las políticas subnacionales son útiles para contextualizar la política nacional. También pueden formularse en lugar de una política nacional cuando esta no existe.
- Las políticas nacionales pueden formularse desde cero o adaptarse de las de otros países (véanse los ejemplos incluidos más abajo y la [base de datos del Secretario General sobre la violencia contra la mujer](#) para conocer las políticas y los protocolos de diferentes países, así como [Developing National Policies to Prevent Violence and Injuries: a Guideline for Policy-Makers and Planners](#) (Formulación de políticas nacionales para prevenir la violencia y las lesiones: Directrices para encargados de la formulación de políticas y planificadores) de la OMS. En todos los casos, los datos nacionales existentes y los resultados del análisis de la situación deberían servir de base para formular las políticas, y un comité de interesados debería participar activamente en todos los procesos de análisis, redacción, reforma y vigilancia.
- Todas las políticas y/o planes de acción deberían incluir una lista de indicadores para medir los avances de la ejecución. Los planes de acción pueden utilizar la lista exhaustiva de [indicadores](#) de salud clave en [Violence against Women and Girls: A Compendium of Monitoring and Evaluations Indicators](#). (La violencia contra las mujeres y las niñas: Recopilación de indicadores para la vigilancia y las evaluaciones).

TEMA	EJEMPLOS de políticas nacionales de salud que abordan la violencia contra la mujer
Política nacional relativa a la violencia doméstica	<p>En 2010, el Gobierno del Reino Unido publicó Improving Services for Women and Child Victims of Violence: the Department of Health Action Plan (Mejorar los servicios para mujeres y niños víctimas de la violencia. Plan de acción del Ministerio de Salud), que articula el papel del Ministerio de Salud respecto de las pruebas y la información, la concienciación, la capacitación de su personal y la mejora de la calidad de los servicios.</p> <p>En 2008, el Gobierno de Australia estableció un Consejo Nacional integrado por 11 miembros para brindar asesoramiento sobre la elaboración de un Plan nacional basado en datos empíricos para reducir la violencia contra las mujeres y sus hijos. En 2009, el Consejo elaboró Time for Action: the National Council's Plan for Australia to Reduce Violence against Women and their Children 2009-2021 (Momento de actuar. Plan de acción del Consejo Nacional para reducir la violencia contra las mujeres y sus hijos en Australia 2009-2021). El Plan de acción nacional tiene previsto reunir las iniciativas de todos los sistemas de</p>

	<p>servicios en aras de los objetivos comunes de prevenir la violencia, administrar justicia para las víctimas y mejorar los servicios.</p> <p>En 2007, el Gobierno de Turquía puso en marcha el Combating Domestic Violence Against Women National Action Plan (2007-2010) (Plan de acción nacional para combatir la violencia contra la mujer), de tres años de duración. El Plan se centra en la incorporación de la violencia contra la mujer en diferentes tipos de servicios de salud mediante la participación amplia del Ministerio de Salud en la etapa de ejecución.</p>
<p>Política nacional relativa a la violencia sexual</p>	<p>El Cross-government Action Plan on Sexual Violence and Abuse (Plan de acción de todo el sector público sobre la violencia y el abuso sexuales) del Reino Unido expresa el compromiso del Gobierno de mejorar el acceso a la justicia penal, incrementar la disponibilidad de una amplia gama de servicios y prevenir la violencia y el abuso sexuales. Incluye las funciones y responsabilidades de todos los organismos participantes, incluidos la policía, el Ministerio Público de la Corona, los tribunales, el Servicio Nacional de tratamiento del delincuente, las autoridades locales, las organizaciones voluntarias y comunitarias, los centros de remisión para casos de agresión sexual, las fundaciones para la atención primaria o las juntas locales de salud y los proveedores y profesionales externos de servicios forenses.</p>
<p>Otras políticas nacionales que contienen elementos relacionados con la violencia</p>	<p>El Plan de desarrollo sectorial 2010-2020: Hacia la salud universal, de Bolivia, incluye prioridades presupuestales para abordar la violencia de pareja y sexual.</p> <p>El Plan Integrado del Enfrentamiento a la Feminización de la Epidemia de SIDA y otras EST de 2007 del Brasil asigna prioridad a la reducción de la violencia sexual y doméstica contra la mujer como uno de sus cinco objetivos.</p> <p>The National Reproductive Health Strategy (2006-2015) (La Estrategia Nacional de Salud Reproductiva), de nueve años de duración, del Gobierno de Etiopía aborda la violencia sexual y doméstica así como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz. Por ejemplo, uno de los objetivos de la estrategia es garantizar que se imparta capacitación a todos los nuevos miembros de la policía sobre la protección de los derechos de las mujeres, especialmente los relacionados con la violencia de género, incluidos la mutilación o ablación genital femenina y el matrimonio precoz.</p> <p>La política y el plan nacional de género sobre el VIH y SIDA del Consejo Nacional para el SIDA, de Papua Nueva Guinea, aborda la violencia de género como un factor importante de la propagación del VIH. El plan dispone objetivos y estrategias para abordar la violencia contra las mujeres.</p> <p>La gestión de la violencia sexual es uno de los principales elementos de la National Reproductive Health Policy (Política Nacional de Salud Reproductiva) del Gobierno de Rwanda (Schechtman, 2008). Otras esferas prioritarias son la maternidad sin riesgo y la salud infantil, la planificación de la familia, la</p>

	<p>prevención y el tratamiento de ITS incluido el VIH, la salud reproductiva de los adolescentes y los cambios sociales para aumentar el poder de adopción de decisiones de la mujer.</p> <p>El Gobierno de Timor-Leste aborda la violencia sexual y de género de forma integral en su National Reproductive Health Strategy (2004-2015) (Estrategia Nacional de Salud Reproductiva), de once años de duración. Algunas de las prioridades estratégicas son garantizar que la prevención y administración de la violencia de género forme parte de los servicios integrados de salud reproductiva y elaborar comunicación para cambios de conducta sobre cuestiones relacionadas con la violencia sexual, las relaciones sexuales obligadas, la adopción de decisiones equitativas y las cuestiones de género sobre cuestiones sexuales en el seno de la familia.</p> <p>Las National Policy Guidelines for Victim Empowerment (Directrices normativas nacionales para el empoderamiento de las víctimas) del Gobierno de Sudáfrica incluyen la violencia sexual y doméstica. Estas Directrices brindan un marco para una sólida colaboración interdepartamental e intersectorial y para la incorporación de acuerdos institucionales eficaces que faciliten un enfoque múltiple destinado a gestionar el empoderamiento de la víctima. Cabe destacar la naturaleza intersectorial del programa. Además, las Directrices sirven de guía para la formulación de políticas para el empoderamiento de las víctimas específicas de cada sector, el fomento de la capacidad y la ejecución de programas para el empoderamiento de las víctimas por todos los asociados pertinentes. El HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa (Plan estratégico sobre el VIH y el SIDA y las ITS de Sudáfrica) 2007-2011 también aborda la violencia de género como factor que aumenta el riesgo de infección por el VIH.</p>
Políticas subnacionales	<p>El Departamento de Salud de la provincia de El Cabo Occidental de Sudáfrica ha elaborado su propia política subnacional para abordar la violencia sexual: Survivors of Rape And Sexual Assault: Policy And Standardised Management Guidelines (Supervivientes de la violación y la agresión sexual. Directrices normativas y para la gestión normalizada).</p> <p>En el Canadá, la provincia de Ontario ha elaborado su propia política subnacional para abordar la violencia doméstica: A Domestic Violence Action Plan for Ontario (Plan de acción sobre la violencia doméstica de Ontario).</p>

E. Garantizar que haya protocolos o directrices en apoyo de la ejecución normalizada de las políticas nacionales y subnacionales.

- En general, los protocolos y las directrices establecen los servicios que deben prestarse, quién debe prestarlos y cómo debe hacerlo, y el mecanismo para vigilarlos (Velzeboer, 2003). Normalizan la calidad de la atención y suministran procedimientos claros para que el personal aborde la violencia

contra las mujeres y las niñas con más confianza y eficacia de acuerdo con sus obligaciones. Los protocolos son un paso importante de la institucionalización de los programas relacionados con la violencia y la sensibilización del personal (Velzeboer, 2003).

- Al igual que en toda especialidad médica, los protocolos son necesarios para normalizar la atención a las supervivientes sobre la base de datos empíricas. Las normas y los protocolos también brindan herramientas para vigilar la calidad de la atención (Ellsberg y Arcas, 2001).
- Generalmente se establecen protocolos y directrices como herramientas de referencia para los proveedores de servicios a fin de asistirles en la prestación de tipos de atención específicos a las supervivientes. Pueden elaborarse a nivel nacional, subnacional o institucional.
- Puede ser útil contar con una “Comisión de normas”, establecida por el ministerio o departamento nacional de salud responsable de instituir las normas, formular protocolos y directrices normalizados y vigilar el alcance y la calidad de la capacitación y la puesta en práctica de los protocolos y las directrices (Jewkes, 2006).
- Las respuestas a la **agresión sexual** requieren normas adicionales relacionadas con la integridad y dignidad corporal, entre otras cosas en los procedimientos médicos y forenses, así como con las necesidades específicas relativas a la salud mental (Consejo de Europa, 2008a). Véanse los ejemplos incluidos en el cuadro siguiente.
- Los protocolos también deben abordar las necesidades de los diferentes grupos demográficos de supervivientes. Por ejemplo, las estadísticas indican que en muchos países las víctimas de un considerable número de violaciones son niños de menos de 14 años (Kim y otros, 2007a; Chang, 2004; Peterson, 2005). [Las adolescentes](#) pueden necesitar programas diferentes de los de las mujeres adultas que reciben atención prenatal. Los programas pediátricos generalmente solo abordan el maltrato de niños. [Las mujeres y niñas con discapacidad](#) y las mujeres de edad también necesitan saber que pueden acceder a servicios especializados (Beaulaurier, 2007). (Para más información, véase la sección sobre [consideraciones especiales al trabajar con poblaciones específicas](#).)
- Redactar políticas para el sector de la salud relacionadas con la violencia es solo el primer paso de un proceso más largo. Las políticas deben divulgarse lo más ampliamente posible mediante la capacitación de los trabajadores de la salud, así como la educación comunitaria de la sociedad en general. La sensibilización acerca de las políticas de salud es una importante forma de promover la rendición de cuentas por parte del sector de la salud (Ellsberg y Arcas, 2001). Un método útil para la difusión profesional es establecer un

proceso para la acreditación, el otorgamiento de licencias y la **certificación en materia de violencia contra las mujeres y las niñas para los profesionales de la salud.**

TEMA	EJEMPLOS DE DIRECTRICES NACIONALES
Gestión médica de la violación	<p>Global: Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence (Directrices para la atención médico-legal a las víctimas de la violencia sexual) (OMS, 2004).</p> <p>Brasil: Prevencao e Tratamento Dos Agravos Resultantes da Violencia Sexual Contra Mulheres E Adolescentes: Normas Técnicas (Prevención y tratamiento de daños resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes. Norma técnica) (Ministerio de Salud, 2005).</p> <p>Chile: Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual (Ministerio de Salud, 2004).</p> <p>Colombia: Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud (Convenio Secretaría Distrital de Salud, 2008)</p> <p>Costa Rica: Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Ciencias Forenses y Protocolo para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Departamento de Medicina Legal (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008)</p> <p>Kenya: National Guidelines: Medical Management of Rape/Sexual Violence (Directrices nacionales. Gestión médica de la violación y la violencia sexual) (Ministerio de Salud y Liverpool VCT, 2004).</p> <p>Estados Unidos: A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations (Protocolo nacional para exámenes médicos forenses en casos de agresión sexual) (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, 2004).</p>
Respuestas a la violencia doméstica	<p>Albania: The Albania Health Protocol on Domestic Violence (Protocolo sanitario de Albania sobre la violencia doméstica) (USAID, 2006).</p> <p>Costa Rica: Protocolo de Atención a Víctimas Mayores o Menores de Edad de Delitos Relacionados con la Violencia Doméstica Cometidos por Personas Mayores de Edad (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008)</p> <p>Guatemala: Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Programa Nacional de Salud Mental, 2008)</p> <p>Reino Unido: Responding to Domestic Violence: A Handbook for Health Professionals (Respuesta a la violencia doméstica: Manual para profesionales de la</p>

	<p>salud) (Ministerio de Salud, 2005). Disponible en inglés.</p> <p>Estados Unidos: The National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings (Directrices nacionales consensuadas para determinar y responder a la victimización de las supervivientes de violencia doméstica en entornos de atención de la salud) Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar, 2002, actualizado en 2004).</p>
Aborto	<p>Global: Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud (OMS, 2003).</p> <p>Global: La atención del aborto centrada en la mujer: manual del capacitador (Ipas, 2006)</p>
Profilaxis posterior a la exposición	<p>Global: <i>Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Joint WHO/ILO Guidelines on Post-exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection</i> (Profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por el VIH: Directrices conjuntas de la OMS y la OIT sobre la profilaxis posterior a la exposición para prevenir la infección por el VIH) (OMS y OIT, 2007). Disponible en inglés y francés.</p> <p>Sudáfrica: South Africa Treatment Guidelines for the use of AZT (Zidovudine) for the Prevention of HIV Transmission to Children who have been Sexually Abused (Directrices de tratamiento para el uso de AZT (zidovudina) para la prevención de la transmisión del VIH a niños víctimas de abuso sexual en Sudáfrica)</p>
Detección	<p>Global: Improving Screening of Women for Violence: Basic Guidelines for Healthcare Providers (Mejorar la detección de mujeres víctimas de violencia: Directrices básicas para proveedores de atención de la salud) (Stevens, 2005)</p> <p>República Dominicana: Detección y atención de la violencia basada en género. Protocolo (Profamilia, 2006)</p> <p>Sudáfrica: Screening for Domestic Violence: A Policy and Management Framework for the Health Sector (Detectar la violencia doméstica. Marco normativo y de gestión para el sector de la salud) (Martin y Jacobs, 2003)</p> <p>Durante el embarazo (global): What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions (Qué funciona: Guía normativa y programática respecto de las pruebas en las intervenciones relacionadas con la planificación de la familia, la maternidad segura y el VIH, el SIDA y las ITS) (Policy Project, 2003). Véanse las páginas 160 y 161.</p>
Niños y adolescentes	<p>Australia: Guidelines on the Management of Sexual Health Issues in Children and Young People (Directrices para la gestión de cuestiones relacionadas con la salud sexual de los niños y los jóvenes) (Departamento de Salud y de Familia, Gobierno del Territorio Septentrional, 2010)</p> <p>Costa Rica: Protocolo de atención legal a víctimas de delitos sexuales y violencia</p>

	<p><u>doméstica cometidos por personas menores de edad</u> (for under 14) (Ministerio Público de la República de Costa Rica, 2008)</p> <p>Sudáfrica: <u>The Integrated Case Management Guidelines: Child Abuse</u> (Directrices para la gestión integrada de casos: abuso infantil) (para menores de 14 años) (Consejo Metropolitano del Cabo, Ayuntamiento de la Ciudad del Cabo, 2003)</p> <p>Estados Unidos : Child Sexual Abuse : Intervention and Treatment Issues [add PDF from Justice]</p>
--	--

F. Crear un sistema nacional de vigilancia de la salud pública sobre la violencia contra las mujeres y las niñas.

- Es necesario contar con un sistema nacional de vigilancia de la salud pública para comprender las consecuencias de la violencia contra las mujeres y las niñas, determinar los costos asociados con la violencia y hacer el seguimiento del alcance, la cobertura y la calidad de la atención que reciben las supervivientes (Ellsberg y Arcas, 2001).
- Un sistema de vigilancia de la salud pública también puede contribuir a comprender la prevalencia e incidencia de la violencia contra las mujeres y las niñas, aunque es muy importante recordar que los sistemas de vigilancia basados en datos de prestación de servicios únicamente suministran información sobre las mujeres y las niñas que denuncian actos de violencia o solicitan ayuda al respecto. Muchas mujeres que son objeto de violencia o abuso no lo denuncian ni revelan a un centro de salud. Por consiguiente, los datos de prestación de servicios son más útiles para hacer el seguimiento de la demanda de servicios, la capacidad de respuesta de los proveedores de servicios y el número y alcance de los servicios prestados. La prevalencia se mide mejor mediante encuestas de población, como se describe en las secciones de [realización de investigaciones, reunión de datos y análisis](#) del módulo sobre [elementos básicos de programación](#).
- Idealmente, la vigilancia se basará en un sistema nacional de reunión, seguimiento e informes de los datos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas por un sistema de salud pública armonizado a nivel subnacional y local. La mejor forma de reunir datos es la electrónica, con almacenamiento en una ubicación centralizada.

¿QUÉ ES LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA?

- La vigilancia de la salud pública es “la reunión, el análisis y la interpretación permanentes y sistemáticos de los datos específicos de los resultados para su utilización en la planificación, vigilancia y evaluación de las prácticas de salud pública”. La vigilancia de la salud pública suele incluir la reunión y el análisis de datos, y la divulgación de datos a los encargados de la programación de la prevención y la respuesta. La vigilancia no solo es útil para determinar las necesidades de servicios de salud de una población determinada, sino también para comprender las necesidades de investigación y capacitación. Los funcionarios de salud pública suelen ser los responsables de supervisar todo tipo de sistema de vigilancia de la salud pública.
- La planificación de un sistema de vigilancia comienza con la comprensión clara del propósito de dicha vigilancia, por ejemplo el problema que se analiza, después de lo cual se determina la mejor forma de obtener, analizar y divulgar información sobre el problema. Los datos de salud pública pueden obtenerse de una variedad de fuentes distintas, como los registros de alta hospitalaria, la información de gestión médica y los registros policiales. No obstante, cabe destacar que si bien estos sistemas de datos pueden utilizarse para la vigilancia, no son sistemas de vigilancia por sí solos. La vigilancia es un proceso más amplio que exige el análisis, la interpretación y el uso de los datos.
- Es importante recordar que los sistemas de vigilancia funcionan permanentemente, exigen las aportaciones y la participación de muchas personas y organizaciones, y deben proveer información oportuna para que puedan adoptarse medidas.
- Los pasos generales para elaborar un sistema de vigilancia son los siguientes:
 1. Establecer objetivos;
 2. Elaborar definiciones de casos;
 3. Determinar el mecanismo de reunión de datos de las fuentes correspondientes (tipo de sistema);
 4. Determinar los instrumentos de reunión de datos;
 5. Probar los métodos sobre el terreno;
 6. Elaborar y poner a prueba un enfoque analítico;
 7. Desarrollar un mecanismo de divulgación;
 8. Asegurar el uso del análisis y la interpretación.

Fuente: extraído de **Teutsch S, Thacker S:** Planning a public health surveillance system (Planificación de un sistema de vigilancia de la salud pública). *Epidemiological Bulletin* 1995, 16(1), págs. 1 a 6)

- Para contribuir al sistema de vigilancia, todos los proveedores deberían usar [registros médicos y sistemas de información](#) normalizados sobre la violencia contra las mujeres y las niñas a fin de generar datos comparables, lo que significa que todos los organismos o instituciones deberían emplear

formularios de ingreso del paciente y de otra índole que utilizaran definiciones de casos determinadas a nivel nacional y que documentaran información de casos semejantes (Kilonzo, 2008a). Todos los organismos o instituciones también deben tener un método para centralizar los datos y presentar informes al respecto que no guarde relación con los nombres u otros datos que permitan identificar a las supervivientes, a fin de garantizar su seguridad y la confidencialidad (Ellsberg y Arcas, 2001). Los formularios y métodos de recolección de datos no deberían ser innecesariamente complicados y debería impartirse capacitación a los proveedores de servicios de salud.

- Los datos reunidos a nivel de clínica u hospital deberían remitirse al nivel municipal, y de allí al nivel de distrito y por último al nivel nacional (Ellsberg y Arcas, 2001). Si bien es esencial que se encomiende a una oficina o institución designada a nivel nacional la supervisión del sistema de vigilancia, los datos no deberían analizarse solo a nivel nacional; también deberían realizarse análisis en los niveles de clínica, hospital, municipio y distrito para mejorar los servicios, elaborar los presupuestos y establecer la base de la planificación.

Ejemplo: En Belice, Guatemala y Panamá se ha establecido un **sistema de registro único** para que utilicen los profesionales de todos los sectores que tienen contacto con las víctimas de la violencia, como los Ministerios de Salud, los encargados de aplicar la ley, el sistema judicial y las ONG. El sistema también se aplica en los informes de los médicos forenses. En Belice el Ministerio de Salud es responsable de la consolidación, el procesamiento y el análisis de la información proveniente de esos sectores y luego la transmite a otros ministerios pertinentes. En Panamá la información se envía al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el análisis.

La experiencia adquirida en este enfoque indica que los sistemas de información y vigilancia son una parte esencial del enfoque integrado sobre la violencia de género y no deberían funcionar aisladamente del desarrollo de los servicios. Para que el sistema de presentación de informes funcione, y antes de ponerlo en marcha, es importante elaborar normas y protocolos para la detección y la atención de las mujeres afectadas y capacitar a los proveedores en su uso correcto. El personal no capacitado podría causar daño a las mujeres formulando preguntas sobre la violencia de forma insensible y que les haga sentir culpables.

Además, **los sistemas de información solo son válidos si los datos se utilizan para mejorar los servicios.** No solo es un despilfarro de recursos, sino que no es ético reunir información o detectar activamente la violencia con el único propósito de reunir información, si no se ofrecen servicios a cambio.

Fuente: Extraído de Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C., y García-Moreno, C., 2003. [La violencia contra las mujeres: responde el sector salud](#). Washington, DC: OPS, págs. 55 a 57.

Ejemplo: El Departamento de Valle del Cauca (Colombia) elaboró un sistema de vigilancia con el apoyo de la Secretaría de Salud del Departamento utilizando recursos del plan básico de salud asignados al fortalecimiento del **sistema de presentación de informes municipales** y la respuesta a la violencia doméstica. Gracias al sistema de vigilancia activa, en ese municipio de 185.000 habitantes se incrementó el número de casos documentados de violencia contra mujeres y niñas de 192 en 2002 a 1.059 en 2004, es decir, se quintuplicó el número de casos denunciados en un período de tres años. También mejoró la fiabilidad y validez de los datos. Las estrategias aplicadas incluyeron las siguientes: la puesta en marcha de un sistema de presentación de informes y de análisis normalizado y digitalizado en conjunto con actividades de promoción entre los responsables comunitarios de la adopción de decisiones; el fortalecimiento de las redes interinstitucionales de atención; la celebración de consultas para la elaboración de diagramas de movimiento internos; la concienciación y capacitación de equipos de redes encargados de proveer atención de la salud en casos de violencia doméstica y el apoyo a las iniciativas de mejora de la prevención de la salud pública.

El sistema sirvió para mejorar los servicios dirigidos a las supervivientes. El proyecto se puso en marcha por etapas, incorporando centros de salud gradualmente durante tres años. El sistema utilizó referencias geográficas y trazó un mapa de los sitios en que se registraron casos de violencia contra mujeres y niñas, elaboró una estrategia de prevención para la detección temprana de la violencia contra las mujeres y las niñas; desarrolló gráficos para la adopción de decisiones en cada institución; y creó un protocolo y un diagrama de movimiento comunes para la remisión de supervivientes dentro de la red de prevención y tratamiento interinstitucional. La reunión de datos normalizada mediante un programa informático común se convirtió en un sistema de vigilancia epidemiológica al incluir todos los casos en una población definida y procedimientos activos de reunión, consolidación y verificación de datos.

Oficinas de salud locales Recibir, ingresar y analizar la información	Información proveniente de bienestar del niño, policía familiar, medicina forense, fiscalía, policía, salud pública, educación, etc.
Usuarios del observatorio	Usos del sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Alcaldía, oficinas departamentales, sistema judicial, protección del niño, educación • Consejos de política social • Comisiones de vigilancia epidemiológica • Servicios de salud • Instituciones de planificación de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y complementar la información • Detectar recurrencias, personas en situación de riesgo, seguimiento • Informes (¿quién? ¿dónde? ¿qué? ¿agresores? medidas) • Mapas que ayudan a centrarse en el problema
Fuente: Extraído y adaptado de Espinosa, R., Gutiérrez, M.I., Mena-Muñoz, J.H., y Córdoba, P., 2008. Domestic Violence Surveillance System: A Model (Sistema de vigilancia de la violencia doméstica: Un modelo), págs. S13 a S16.	

[add these tools]

Recursos ilustrativos:

- **Domestic Violence Surveillance System: A Model** (Sistema de vigilancia de la violencia doméstica: Un modelo) (Espinosa, R., Gutiérrez, M., Mena-Muñoz, J. y Córdoba, P. 2008). *Salud Pública de México* 50 (Issue Supplement 1): S12 a S18. Disponible en [inglés](#).
- **Data Collection System for Domestic Violence** (Sistema de reunión de datos sobre la violencia doméstica) (Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas, 2002). Disponible en [inglés](#).
- **Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements** (Vigilancia de la violencia sexual: Definiciones uniformes y elementos de datos recomendados) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2002). Disponible en [inglés](#).

- **Administrative Data Collection on Domestic Violence in Council of Europe Member States** (Recogida de datos administrativos sobre violencia doméstica en los Estados miembros del Consejo de Europa) (Consejo de Europa. 2008). Disponible en [inglés](#).
- **Gender-based Violence Information Management System Project Tools** (Herramientas del proyecto de sistema de gestión de la información sobre violencia de género). Este sistema es una iniciativa multifacética aplicada en situaciones de emergencia humanitaria que tiene por objeto que los agentes humanitarios reúnan, almacenen y analicen los datos notificados de incidentes de violencia de género en condiciones de seguridad. El sistema incluye un manual que describe las medidas básicas que deben adoptar los organismos y las entidades interinstitucionales de coordinación en materia de violencia de género para aplicar el sistema; una base de datos en Excel (el “registro de incidentes”) para la recopilación de los datos y el análisis de las tendencias; y un equipo mundial de expertos en violencia de género y bases de datos del UNFPA, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Comité Internacional de Rescate que brinda asistencia técnica sobre el terreno y remota. Para más información sobre las herramientas, véase la [nota de information](#) o el [sitio web](#).
- Para herramientas generales sobre recolección de datos en materia de violencia contra las mujeres y las niñas, véase [realización de investigaciones, reunión de datos y análisis](#) del módulo sobre [elementos básicos de programación](#).

G. Asegurar financiación suficiente para que el sector de la salud aborde la violencia contra las mujeres y las niñas.

- El gobierno debería financiar los servicios para las supervivientes de la violencia y prestarlos gratuitamente. Los gobiernos nacionales y locales deberían financiar a las organizaciones que se ocupan de la respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas y la violencia contra los niños (Schechtman, 2008).
- La financiación gubernamental no debería ser de naturaleza especial, sino suficiente, previsible y de largo plazo. Debería abarcar la prestación de apoyo y servicios a las víctimas y las supervivientes en relación con las consecuencias de corto y largo plazo.
- Las asignaciones adecuadas en los presupuestos sectoriales o nacionales dependen del compromiso político respecto del problema (Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2003).

- El seguimiento de la forma en que los agentes gubernamentales y no gubernamentales asignan y gastan los recursos (“corrientes de recursos”) hasta el último gasto puede ayudar a evaluar los efectos de la financiación de respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas. Las corrientes de recursos también sirven para determinar la proporción de los recursos asignados inicialmente que llegan a los distintos niveles, detectar problemas e identificar los sitios en los que los fondos no llegan a los beneficiarios o se utilizan para otros fines distintos de los previstos (U4 Anti-Corruption Resource Centre, s.f.; Dehn, Reinikka y Svensson, 2003; Schechtman, 2008).
- Algunos mecanismos de financiación pueden contribuir a aumentar los ingresos para sufragar los costos de los servicios de atención de la salud, como impuestos, seguros de salud social, cargos por uso, seguros de salud privados (con fines de lucro) y fondos comunitarios (UNFPA y UNIFEM, 2006).
- Se han elaborado algunos métodos innovadores para financiar los servicios para las supervivientes. En los Estados Unidos dos estados recaban fondos mediante las multas que pagan los agresores sexuales convictos (Jewkes, 2006).
- Las iniciativas de presupuestos sensibles al género que promueven el UNIFEM y otros asociados de las Naciones Unidas pueden suministrar información necesaria para crear entornos normativos propicios, fomentar la capacidad y fortalecer los mecanismos de vigilancia en apoyo de la rendición de cuentas a las mujeres. Un presupuesto sensible al género es “la planificación, programación y presupuestación gubernamental que contribuye al adelanto de la igualdad de género y la realización de los derechos de la mujer. Supone la identificación y concepción de las intervenciones necesarias para abordar las brechas de género en las políticas, los planes y los presupuestos gubernamentales sectoriales y locales. Un presupuesto sensible al género también tiene por objeto analizar los efectos diferenciados por género de las políticas de recaudación de impuestos y la asignación de recursos internos y la asistencia oficial para el desarrollo”. El portal sobre [presupuestos sensibles al género](#) auspiciado por ONU-Mujeres ofrece a gobiernos, ONG, parlamentos y académicos recursos para comprender y aplicar este tipo de presupuestación.

Ejemplo: Tanto en las clasificaciones funcionales como programáticas, a veces se encuentra que las categorías no se desagregan de una manera que permita identificar los montos asignados a lo que se quiere averiguar. En particular, el tema de interés puede estar agrupado con otros servicios. La Comisión para la Igualdad, Género y Desarrollo Social del Senado del Paraguay encontró este problema cuando procuró averiguar cuánto asignaba a la salud sexual y reproductiva el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Al plantear el problema, logró persuadir al Ministerio de que introdujera una partida por separado para las asignaciones de compra de anticonceptivos. La Comisión encontró que el 100% de los gastos en anticonceptivos eran fondos de donantes. El Municipio de Asunción se inspiró en lo que se lograba a nivel nacional y pidió la ayuda del UNFPA para trabajar con presupuestos sensibles al género a nivel municipal. Esta iniciativa produjo la eliminación de cobros a usuarias por cuidado prenatal y postnatal en las policlínicas municipales para adolescentes embarazadas menores de 20 años. El Municipio también aumentó en un 300% la asignación para los gastos en métodos de planificación de la familia.

Fuente: extraído de UNFPA y UNIFEM, 2006. *Los presupuestos sensibles al género y los derechos reproductivos de la mujer: un paquete de recursos*. Recuadro 18, pág. 57. Disponible en [español](#), [francés](#) e [inglés](#).

- La medición de los costos económicos de la violencia contra las mujeres y las niñas puede suministrar una base empírica que contribuya a la presupuestación anual a nivel nacional y subnacional:
 - i) Las cifras financieras precisas pueden ayudar a determinar qué se necesita y de qué se dispone;
 - ii) Los encargados de la adopción de decisiones comprometidos y dedicados pueden fortalecer sus argumentos con datos sólidos sobre las consecuencias económicas de la violencia contra las mujeres y las niñas y demostrar qué podría lograrse con más dinero;
 - iii) La evaluación de los costos y los recursos puede facilitar el establecimiento de prioridades (Potts, 1999).
- Los primeros intentos de estimar los costos económicos de la violencia contra las mujeres y las niñas comenzaron a fines de la década de 1980, en que se realizaron estudios que estimaron el costo de la violencia doméstica contra la mujer. Desde entonces los estudios y las metodologías se han vuelto más complejos y ambiciosos y se han emprendido en muchos países (Gancheva y Davidson, 2006). No obstante, las estimaciones de los costos varían considerablemente, pues dependen de “los datos y la metodología

utilizada, la inclusión o exclusión de diferentes categorías y el valor monetario asignado a la vida y el sufrimiento humanos”. Para más información, véase el [sitio web](#) del Banco Mundial.

- A continuación se describen cuatro de las metodologías de cálculo de costos más comunes.
 - **Metodología contable:** consiste en el cálculo de los costos de categorías específicas (véase el cuadro siguiente). El costo total de la violencia contra las mujeres y las niñas sería la suma de todas las categorías de costo (Bott, Morrison y Ellsberg, 2005a). Las características de esta metodología son el cálculo y la diferenciación entre costos directos e indirectos (véase el gráfico siguiente).
 - **Técnica de elaboración de modelos:** con esta metodología se combinan los costos y resultados de diferentes fuentes. En general, esto significa que se simula la vida de un paciente o una población entera, incluidos “los distintos estados de salud que atravesarán a lo largo del tiempo como resultado de una intervención o su ausencia” (Kuntz y Weinstein 2001, citado en Norman, Spencer y Feder, s.f.).
 - **Análisis de la eficiencia en función de los costos:** estudios que se ocupan de medir el costo de poner en práctica intervenciones de prevención respecto del costo de tratar los resultados de la violencia.
 - **Aproximaciones:** este método consiste en utilizar las conclusiones de los cálculos de costo realizados en otros países o provincias.

Categoría de costo	Descripción	Tipo de costo	Componentes
Costos directos	Son los que surgen directamente de los actos de violencia y exigen pagos reales por personas o instituciones.	Médicos	Paciente hospitalario interno Paciente hospitalario externo Transporte/ambulancia Médico Medicamentos/pruebas de laboratorio

			Asesoramiento
		No médicos	Policiales y de reclusión Servicios jurídicos Hogares de guarda Seguridad privada
Costos indirectos	Son más difíciles de cuantificar y en general no se tienen en cuenta en los presupuestos. Guardan relación con recursos y oportunidades perdidos a causa de la violencia.	Tangibles	Pérdida de productividad (ingresos y tiempo) Inversiones en capital social perdidas Seguro de vida Protección indirecta Macroeconómicos
		Intangibles	Calidad de vida relacionada con la salud (dolor y sufrimiento, psicológico) Otros aspectos de la calidad de vida (oportunidades laborales, acceso a la educación y los servicios públicos, y participación en la vida comunitaria reducidos)

Fuente: extraído y adaptado de OMS y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2008. *Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence* (Manual para estimar los costos económicos de la violencia interpersonal y autoinfligida), cuadro 1, pág. 62; y Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2003, *How to make the law work? Budgetary Implication of Domestic Violence Policies in Latin America* (¿Cómo lograr que la ley funcione? Consecuencias presupuestarias de las políticas sobre la violencia doméstica en América Latina), pág. 12. Disponibles en [inglés](#).

En la ex República Yugoslava de Macedonia se analizó la respuesta institucional de atención de la salud relativa a la violencia contra la mujer para determinar qué costos debían tenerse en cuenta (Gancheva, Y. y Davidson, D.I. (Eds.), 2006. [The costs of domestic violence against women in FYR Macedonia. A costing exercise for 2006](#)) (Costos de la violencia doméstica contra la mujer en la ex República Yugoslava de Macedonia. Ejercicio de determinación de costos de 2006).

[recreate these]

Abuso físico

	Se requiere intervención médica de urgencia	Centro de urgencia/cirugía/ginecología (según el tipo y el lugar de las lesiones corporales): <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico - Intervención médica de urgencia - Hospitalización 		Se requiere intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización y tratamiento posquirúrgico - Tratamiento en el hogar - Exámenes de control por el cirujano o ginecólogo - Exámenes por el médico clínico - Rehabilitación física (en el hospital o un policlínico según la gravedad de las lesiones)
					<ul style="list-style-type: none"> - Examen por un psiquiatra - Rehabilitación psicológica
				No se requiere intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento hospitalario conservador - Exámenes de control en los departamentos de cirugía y ginecología - Rehabilitación física (en el hospital o un policlínico según

					la gravedad de las lesiones)
Violencia doméstica física					
	No se requiere intervención médica de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> - Examen médico - Diagnóstico - Terapia - Exámenes de control - Rehabilitación 	Médico clínico Ginecólogo o Especialista en medicina interna Otorrinolaringólogo Cardiólogo Odontólogo o Psiquiatra		

Violencia psicológica y sexual

Violencia doméstica psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Examen médico - Diagnóstico - Terapia - Exámenes de control - Rehabilitación 		<ul style="list-style-type: none"> - Médico clínico - Psiquiatra - Especialista en medicina interna (para trastornos psicosomáticos) 		
					<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización o tratamiento posquirúrgico en el hogar - Exámenes de control por el ginecólogo

				<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitación
			Se requiere intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> – Examen por un psiquiatra – Rehabilitación psicológica (en el hospital o un policlínico según la gravedad del trastorno)
Violencia doméstica sexual	<ul style="list-style-type: none"> – Médico clínico – Ginecólogo 	<ul style="list-style-type: none"> – Examen médico/ginecológico o – Diagnóstico 	No se requiere intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia – Exámenes de control por el ginecólogo
	–			<ul style="list-style-type: none"> – Terapia – Exámenes de control por el ginecólogo

Ejemplo: En su trabajo *The Economic Costs of Violence against Women* (Los costos económicos de la violencia contra la mujer), de 1998, la economista Ermi Amor Figueroa Yap intentó determinar y cuantificar el costo económico de la violencia contra la mujer, en lo que fue el primer análisis exploratorio en Filipinas. Yap utilizó siete variables clasificadas en los tres grupos principales que sufragaban los costos: el gobierno, la víctima y la comunidad. Estas variables son: 1) los presupuestos/gastos gubernamentales en actividades relativas al tratamiento; 2) la prevención y vigilancia de los casos de violencia contra la mujer; 3) los gastos directos de la víctima/superviviente en atención médica, transporte y dietas; 4) los gastos de las personas en medidas judiciales contra el agresor, como tasas de justicia y honorarios de abogados; 5) lucro cesante de la víctima (pérdida de ingresos); 6) pérdida de productividad del mercado por ausentismo en el trabajo; y 7) costos de oportunidad de la comunidad, como pérdida de productividad, reducción de los ingresos, aumento de los costos de vigilancia, y costos sociales como la ruptura de relaciones familiares o comunitarias y la inestabilidad social.

Yap estimó que el costo económico de la violencia doméstica para el Gobierno de Filipinas ascendía a 1,7 millones de dólares por año. Esta estimación no incluyó los gastos del desempeño de las funciones relacionadas directamente con la violencia contra la mujer. El Ministerio de Salud no lleva el registro de los gastos médicos del sistema de salud pública para el tratamiento de casos de violencia contra la mujer.

Fuente: extraído de Mission, Gina. s.f. *The Economic Cost of Violence against Filipino Women* (El costo económico de la violencia contra las mujeres filipinas). Incluye un resumen de las investigaciones realizadas por la economista Ermi Amor Figueroa Yap. Disponible en [inglés](#).

Recursos ilustrativos:

- ***How to make the law work? Budgetary Implication of Domestic Violence Policies in Latin America*** (¿Cómo lograr que la ley funcione? Consecuencias presupuestarias de las políticas sobre la violencia doméstica en América Latina) (Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 2003). Disponible en [inglés](#).
- ***Health Systems Assessment Approach: A How-to Manual*** (Enfoque de la evaluación de los sistemas de salud: Manual práctico) (Islam, M. 2007). Véase el capítulo 7: Health Financing Module (Módulo de financiación de la salud). Disponible en [inglés](#).
- ***Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and self-directed violence*** (Manual para estimar los costos económicos de la violencia interpersonal y autoinfligida) (OMS y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2008). Disponible en [inglés](#).
- ***Financial resources management for the Health Sector*** (Gestión de los recursos financieros para el sector de la salud) (U4 Anti-Corruption Resource Centre). Disponible en [inglés](#).
- ***Survey Tools for Assessing Performance in Service Delivery*** (Herramientas de investigación para evaluar el desempeño en la provisión de servicios) (Dehn, J., Reinikka, R. y Svensson, J., 2003). Disponible en [inglés](#).
- ***Los Presupuestos Sensibles al Género y Derechos Reproductivos de las Mujeres: Un paquete de recursos*** (UNFPA y UNIFEM, 2006). Disponible en [español](#), [francés](#) e [inglés](#).
- ***Paying for Reproductive Health Care: What Is Needed, and What Is Available?*** (El pago de la atención de la salud reproductiva: ¿Qué se necesita y de qué se dispone?) (Potts, M., Walsh, J., McAninch, J., Mizoguchi, N. y Wade, T.J., 1999). *Family Planning Perspectives* (25) Supplement: S10-S16. Disponible en [inglés](#).
- ***Cost-Effective Analysis: What You Always Wanted to Know But Were Afraid to Ask*** (Análisis eficiente en función de los costos: todo lo que siempre quiso saber pero no se atrevió a preguntar) (Norman, R., Spencer, A. y Feder, G.) *Family Violence Prevention & Health Practice*. Disponible en [inglés](#).

V. Cómo elaborar y ejecutar programas de salud a nivel de centro de servicios para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas.

- La realización de análisis y el establecimiento de un comité de interesados para la [coordinación](#), la [reforma de la legislación](#) y la [redacción de políticas y protocolos](#) son solo los primeros pasos de la creación de un enfoque integral de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sector de la salud. Nada de ellos obtendrá los efectos deseados a menos que se utilicen para mejorar los servicios de respuesta en toda la red de proveedores y centros de salud y para elaborar estrategias de prevención. También es necesario trabajar con los administradores y otro personal de categoría superior para abordar la cuestión y garantizar la aceptación por la organización a nivel superior y estratégico en el contexto de la atención de la salud ([OMS](#), 2010a).
- Al decidir cómo elaborar y aplicar los servicios para las supervivientes al nivel de centro de servicios, es importante examinar los [modelos teóricos](#) para la programación, que incluyen los siguientes:
 - El [enfoque ecológico](#): comprender los factores de riesgo y protección a nivel de las personas, las relaciones, la comunidad y la sociedad.
 - El [enfoque multisectorial](#): relacionar la programación de la salud con otros sectores fundamentales que participan en la prevención y la respuesta.
 - El [enfoque sistémico](#): garantizar que el fomento de la capacidad de los centros de salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas tenga lugar en todo el sistema y no se limite solo a la capacitación de determinados proveedores clave. El enfoque sistémico incluye abordar las cuestiones de las políticas, los protocolos, la infraestructura, los insumos, la capacidad del personal de prestar apoyo médico y psicosocial de calidad, la capacitación del personal y otras oportunidades de desarrollo profesional, la documentación de casos y los sistemas de datos, el funcionamiento del sistema de remisiones, las evaluaciones de la seguridad y los peligros, entre otros aspectos pertinentes a los contextos y programas concretos (véase Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999; Velzeboer y otros, 2003; Bott y otros, 2004).
 - El [enfoque integrado](#): procura mejorar la prestación de servicios incorporando la programación sobre violencia en los programas de salud existentes.
- Las estrategias para la elaboración de programas deberían tener en cuenta cuestiones como:
 - La capacidad de los recursos humanos, la gestión y las competencias del personal de un centro de servicios determinado;

- La infraestructura, el equipo y los insumos de un centro de servicios determinado;
 - La disponibilidad de servicios fuera del centro y la capacidad de coordinación de la red pertinente;
 - Los marcos legislativo o normativo y la financiación.
- Es importante tener en cuenta que algunas experiencias indican que **si no se presta atención integral en un lugar concreto, las supervivientes podrían tener limitaciones para acceder a la atención necesaria**, pues el tiempo de viaje, los costos y el transporte son un obstáculo, en particular para las mujeres de zonas rurales (Claramunt, 2003).
 - Sin embargo, otras experiencias indican que **la calidad de los servicios tal vez sea el factor más importante en la decisión de las mujeres acerca de dónde atenderse** (para más información, véase [calidad de la atención](#) en los [principios rectores](#)).
 - **En todos los lugares en que se prestan servicios, los centros de salud deberían seguir los pasos básicos que se describen a continuación para asegurar que la programación esté bien concebida y que personal competente y sensible preste la atención.**

A. Fomentar la capacidad institucional para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas en los hospitales, las clínicas de salud y otros centros de atención primaria y secundaria de la salud.

1. Determinar las necesidades de los centros mediante una evaluación.

Mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia de género tiene consecuencias en muchos aspectos del funcionamiento de las clínicas. Por ejemplo, garantizar la atención adecuada de las mujeres que son objeto de violencia podría requerir lugares de consulta privados, [políticas y protocolos](#) escritos sobre el manejo de casos de violencia, una tasa de ingreso de pacientes que permita prestar atención adecuada, el acceso a [anticoncepción de emergencia](#) y un [directorío de remisiones](#) en la comunidad. Una forma de evaluar los recursos disponibles en una clínica es que un observador independiente la visite y evalúe la situación *in situ*. Otra forma es que un grupo del personal complete una lista de verificación o un cuestionario que incluya los recursos que son importantes para prestar atención de calidad a las supervivientes de la violencia.

Entre los métodos que pueden utilizarse figuran los siguientes:

- **Observaciones clínicas**
- Las **entrevistas confidenciales** al personal clínico son una excelente fuente de información sobre la infraestructura, los protocolos y la capacidad del centro de atención de la salud. No obstante, exigen tiempo y garantías de confidencialidad, y los miembros del personal tal vez no quieran participar en evaluaciones críticas del centro que les emplea.
- Los **cuestionarios/listas de verificación de la gestión** constituyen un mecanismo fácil de usar y que utiliza pocos recursos. Las listas de verificación de la gestión pueden emplearse para vigilar qué medidas ha adoptado una institución para asegurar una respuesta adecuada para las mujeres que han experimentado violencia de género.
- Examen de los [protocolos y políticas](#)

Listas de evaluación y verificación de los principales elementos esenciales para la atención de la salud de calidad de las mujeres víctimas o supervivientes de la violencia de género

Todas las organizaciones de salud tienen la obligación ética de evaluar la calidad de la atención que proveen a todas las mujeres, ya sea mediante evaluaciones plenas o actividades de vigilancia de rutina permanentes. Una evaluación también podría examinar los elementos esenciales necesarios para proteger la seguridad de la mujer y prestar atención de calidad en vista del alcance de la violencia de género, como se ilustra a continuación:

- 1. Valores y compromiso de la institución:** ¿Ha afirmado la institución su compromiso con la eliminación de violencia contra la mujer adoptando un enfoque sistémico? ¿Está el personal directivo superior sensibilizado acerca de la violencia de género como un problema de salud pública y de derechos humanos, y ha manifestado su respaldo a los esfuerzos por mejorar la respuesta del servicio de salud a la violencia?
- 2. Alianzas y redes de remisión:** ¿Ha establecido la institución una red de remisiones de servicios en la comunidad, entre otros, a grupos de mujeres? ¿Está esta información al alcance de todos los proveedores de salud?
- 3. Privacidad y confidencialidad:** ¿Tiene la institución un espacio separado, privado y seguro para que las mujeres se reúnan con los proveedores de atención de la salud? ¿Hay protocolos para salvaguardar la privacidad, confidencialidad y seguridad de las mujeres, incluida la confidencialidad de los registros? ¿Comprenden los protocolos los proveedores y todas las demás personas que tienen contacto con las mujeres o tienen acceso a sus registros?
- 4. Comprender y cumplir la legislación local y nacional:** ¿Conocen todos los proveedores las leyes locales y nacionales sobre la violencia de género, en particular qué constituye un delito, cómo conservar las pruebas forenses, qué derechos tienen las mujeres para interponer cargos judiciales contra el agresor y protegerse de la violencia en el futuro, y qué medidas deben tomar las mujeres para separarse de un cónyuge violento? ¿Comprenden los proveedores de atención de la salud sus obligaciones en virtud de la legislación, incluidas las relativas a las obligaciones jurídicas de información (por ejemplo, en casos de abuso sexual), y las reglamentaciones que rigen quién tiene acceso a los registros médicos (por ejemplo, si los progenitores tienen derecho de acceder a los registros médicos de los hijos adolescentes)? ¿Facilita y respalda la institución el cumplimiento pleno de las obligaciones?
- 5. Sensibilización y capacitación permanente de los proveedores:** ¿Suministra la institución capacitación permanente al personal en materia de violencia de género, normas y prácticas perjudiciales, obligaciones jurídicas y gestión médica adecuada de los casos, o colabora con organizaciones que lo hacen?
- 6. Protocolos para atender los casos de violencia de género:** ¿Tiene la institución protocolos claros fácilmente accesibles para la detección, atención y remisión de casos de violencia de género? ¿Se elaboraron esos protocolos de forma participativa, incorporando las observaciones del personal de todos los niveles, además de las usuarias? ¿Conoce todo el personal los protocolos y sabe aplicarlos?
- 7. Profilaxis posterior a la exposición. Anticoncepción de emergencia y otros insumos:** ¿Tiene la institución disponibilidad de insumos y está el personal adecuadamente capacitado para su distribución y uso?
- 8. Material informativo y educativo:** ¿Está la información sobre la violencia contra la mujer visible y disponible, entre otras cosas sobre los derechos de la mujer y los servicios locales a los que las mujeres pueden recurrir?
- 9. Registros médicos y sistemas de información:** ¿Hay sistemas para documentar la información sobre la violencia contra la mujer y para cotejar datos normalizados y estadísticas del servicio sobre el número de víctimas de la violencia? ¿Se guardan los registros en condiciones de seguridad?
- 10. Vigilancia y evaluación:** ¿Integra la institución mecanismos para la vigilancia y evaluación permanente de su trabajo, incluidas las observaciones del personal y de las mujeres que solicitan los servicios? ¿Hay oportunidades periódicas para que los proveedores y los administradores intercambien este tipo de observaciones? ¿Hay un mecanismo para que las usuarias presenten sus observaciones sobre la atención?

Fuente: Adaptado de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *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*. Nueva York, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental (IPPF/RHO). Disponible en [español](#) e [inglés](#).

Estudio de casos: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, Estados Unidos)

La Agency for Healthcare Research and Quality ha prestado apoyo, por conducto de asociaciones, a investigaciones rigurosas destinadas a mejorar la respuesta de la atención de la salud en casos de violencia doméstica en los Estados Unidos. Estas han contribuido a:

- Determinar las lagunas de investigación y subrayar la necesidad de contar con una base documental más sólida en las esferas de la identificación, la detección y la provisión de servicios a las supervivientes.
- Ayudar a los trabajadores de la salud a detectar a las mujeres que han sido objeto de abuso en el hogar.
- Elaborar herramientas que puedan ayudar a los trabajadores de la salud a asesorar y prestar servicios a las supervivientes.
- Elaborar herramientas para el examen y [evaluación](#) de los programas de violencia doméstica.

AHRQ elaboró las herramientas de evaluación (DELPHI) sobre una base consensuada para utilizar en contextos hospitalarios. Estas incluyen:

1. [Políticas y procedimientos hospitalarios](#)
2. [Entorno físico de los hospitales](#)
3. [Entorno cultural de los hospitales](#)
4. [Capacitación de proveedores](#)
5. [Detección y evaluación de la seguridad](#)
6. [Documentación](#)
7. [Servicios de intervención](#)
8. [Actividades de evaluación](#)
9. [Colaboración](#)

Para más información sobre AHRQ, puede consultar el [sitio web](#).

Herramientas ilustrativas:

- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault** (Cómo realizar un análisis de la situación de los servicios de salud para supervivientes de agresión sexual) (Iniciativa de Salud y Violencia Basada en el Género de Sudáfrica y Medical Research Council de Sudáfrica). La guía suministra herramientas y describe los pasos para llevar a cabo un análisis de situación de la calidad de los servicios de salud para

víctimas/supervivientes de agresión sexual. Incluye una *lista de verificación de los centros* para reunir información sobre la infraestructura de las instalaciones en que se trata a las supervivientes y en que se hacen las pruebas de medicina forense, incluidos los medicamentos, el equipo y las pruebas disponibles en el centro de servicios. También incluye un *cuestionario normalizado para los proveedores de servicios de salud* concebido para usarse en entrevistas personales con los proveedores que administran la atención de las supervivientes. Cabe observar que la herramienta no aborda las cuestiones del estigma y la discriminación, el tiempo de espera de los pacientes antes de ser atendidos ni lo que sucede después de que el proveedor finaliza el examen. Disponible en [inglés](#).

- **Observación clínica / Guía de entrevistas** (Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental). Esta herramienta de evaluación sirve para reunir información sobre los recursos humanos, físicos y escritos disponibles en una clínica. La primera mitad de la guía consiste de una entrevista a un grupo reducido de miembros del personal (por ejemplo, el director de la clínica, un médico y un asesor). La sección incluye mayormente preguntas cerradas sobre los servicios, entre otras cosas sobre los recursos humanos de la clínica; los protocolos escritos relativos a la detección, la atención y la remisión de casos de violencia de género; y otros recursos como la provisión o no de anticonceptivos de emergencia. La segunda parte de la guía trata de la observación de la infraestructura física y el funcionamiento de la clínica, como la privacidad de las zonas de consulta y la disponibilidad de material de información sobre la violencia sexual. Disponible en [español](#) e [inglés](#).
- **Módulo de Autoevaluación sobre la Integración de Servicios de ITS/VIH/SIDA** (Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental). Este módulo de autoevaluación contiene un cuestionario concebido para determinar si una organización tiene la capacidad necesaria, incluidos sistemas de gestión, para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. El cuestionario permite al personal de los distintos niveles evaluar el grado en que una organización ha abordado las múltiples cuestiones relativas a la violencia de género, incluida la violencia sexual. Disponible en [español](#) e [inglés](#).
- **Management of Rape Victims Questionnaire** (Cuestionario para la atención de víctimas de violación) (Azikiwe, Wright, Cheng y D'Angelo, Estados Unidos). Este cuestionario autoadministrado se concibió para que directores de programas de departamentos de urgencias hospitalarias para adultos y niños informen sobre la atención prestada por sus departamentos a las supervivientes de violación. Las 22 preguntas reúnen información sobre la cantidad de casos de violación de los departamentos, la detección de enfermedades de transmisión sexual, las políticas sobre anticonceptivos de

emergencia, los medicamentos ofrecidos o recetados como anticonceptivos de emergencia, las políticas de profilaxis del VIH posterior a la exposición en casos no relacionados con el trabajo y el seguimiento de los pacientes. Puede adquirirse en [inglés](#) en Elsevier.

- **Using Mystery Clients: A Guide to Using Mystery Clients for Evaluation Input** (El uso de clientes misteriosos: una guía para usar clientes misteriosos para aportes de evaluación) (Pathfinder International, 2006). La guía proporciona información sobre el concepto de los clientes misteriosos y detalla el proceso de ejecución y presentación de informes sobre entrevistas con estos clientes en los centros de salud. Disponible en [inglés](#).

- **Standardized Interview Questionnaires and Facilities Checklist** (Cuestionarios normalizados para entrevistas y lista de verificación para centros de salud) (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams y Martin, Sudáfrica). Este cuestionario para entrevistas personales se concibió a fin de reunir información sobre prestadores de atención de la salud que trabajan con supervivientes de violación. El cuestionario contiene cinco secciones de recolección de información sobre características demográficas de los proveedores; los tipos de servicio disponibles para las supervivientes de violación; la disponibilidad de protocolos de atención de supervivientes de violación en la institución; el grado de capacitación de los profesionales para la atención de supervivientes de violación; y las actitudes de los profesionales respecto de la violación y las mujeres violadas. Las respuestas a determinadas preguntas se utilizan para elaborar intervenciones a escala a fin de medir la calidad de la atención clínica. Además, la herramienta de evaluación incluye una lista de verificación que los trabajadores sobre el terreno deben completar en todos los centros de atención de la salud informando de la presencia o ausencia de equipo y medicamentos y de la calidad estructural de las instalaciones. Los cuestionarios de entrevistas y la lista de verificación están disponibles en [inglés](#).

- **Quality of Care Composite Score** (Puntuación compuesta de la calidad de la atención) (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams y Martin, Sudáfrica). Se trata de una medición autoadministrada a nivel del profesional para evaluar la atención clínica provista por los médicos y enfermeros que trabajan con víctimas de violación en función de indicadores de estrategias de prevención de ITS y del embarazo, asesoramiento y la calidad de los exámenes forenses. Consta de 11 puntos que van del tratamiento de las ITS a la ropa interior u otras prendas que se envían para someterlas a pruebas forenses. Disponible en [inglés](#).

- ***¡Ver y Atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*** (Troncoso, E., D. Billings, O. Ortiz y C. Suárez/UNFPA e Ipas, 2006, América Latina). Esta guía contiene una herramienta que puede utilizarse

para realizar una evaluación a nivel del centro de salud de los servicios o las remisiones que podrían o deberían ofrecerse a las supervivientes; los protocolos y procesos; la capacidad de conservación y reunión de datos; y el diagnóstico del VIH y la profilaxis posterior a la exposición al virus para distintos grupos de edad. Disponible en [español](#).

- ***Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*** (Billings/UNFPA, 2001). La guía incluye información sobre la realización de un análisis de la situación en la página 51. Disponible en [español](#), [francés](#), e [inglés](#).
- ***Evaluating Domestic Violence Programs*** (Evaluación de programas sobre la violencia doméstica) (AHRQ, Estados Unidos). Este instrumento facilita la evaluación formal del desempeño del programa sobre la violencia doméstica de un hospital. Un grupo de expertos lo elaboró centrándose en el examen de la estructura y la medición de los procesos. La herramienta de evaluación mide nueve categorías, que se explican mediante instrucciones en línea: políticas y procedimientos hospitalarios; entorno físico de los hospitales; entorno cultural de los hospitales; capacitación de proveedores; evaluación de la seguridad y la detección; documentación; servicios de intervención; actividades de evaluación y colaboración con otros proveedores de servicios. El material, incluida la [herramienta de evaluación del centro de servicios](#), está disponible en [inglés](#).
- ***Twubakane Project Inventory to Assess Facility Readiness to Manage Gender-based Violence*** (Inventario del proyecto Twubakane para evaluar el grado de preparación de los centros de servicios para gestionar la violencia de género) (IntraHealth, 2008). Disponible en [francés](#) e [inglés](#).

2. Desarrollar políticas, protocolos escritos y estrategias en apoyo de la integración de la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas en todo el centro de servicios.

- Si bien todas los centros de servicios querrán redactar sus propios protocolos y políticas de atención en función de la naturaleza y el alcance de los servicios, en la medida de lo posible deberían basarse en las [políticas y los protocolos](#) vigentes a nivel nacional y subnacional, para garantizar que los proveedores de salud de una gran diversidad de organismos e instituciones trabajen de conformidad con los mismos principios y directrices generales que promueven la seguridad, la salud y el bienestar de la mujer.
- Al redactar políticas y protocolos, los centros de servicios deberían tener en cuenta algunas de las lecciones extraídas sobre **buenas prácticas**:

- Contar con la participación de personal sensibilizado y capacitado en la elaboración de políticas y protocolos para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios.
- Distribuir las políticas y los protocolos a todo el personal, no solo a los que proveen servicios directos y, cuando sea útil, exhibir resúmenes de las políticas y los protocolos (por ejemplo, los relativos a la [confidencialidad](#)) en la clínica para educar a los usuarios sobre las normas y los procedimientos de atención.
- Asegurarse de vigilar la aplicación y utilidad de las políticas a lo largo del tiempo, entre otras cosas, recabando observaciones del personal y examinando los registros médicos, para determinar cuándo y de qué forma deberían revisarse las políticas y los protocolos (Bott y otros, 2004).
- Todos los centros de servicios determinarán qué políticas y protocolos deberían elaborarse en ese entorno particular, pero en general deberían abordar las cuestiones siguientes:

Tipo de política o protocolo	¿Por qué es importante este tipo de política o protocolo? ¿Qué debe contener?	Ejemplos
Acoso sexual	<p>Toda organización de atención de la salud debe contar con una política por escrito que prohíba el acoso sexual por parte de los integrantes del personal hacia otros integrantes del personal o hacia las usuarias. La política debe establecer los tipos de actos 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 de género si no garantizan previamente el respeto por los derechos de su propio personal y de las usuarias. Por ende, es parte esencial de esa labor contar con una política sobre acoso sexual que establezca</p>	<p>Véase la Oficina de la Asesora Especial en Cuestiones de Género y Adelanto de la Mujer para ejemplos de las políticas de acoso sexual de los organismos de las Naciones Unidas.</p> <p>Véase un panorama de los procedimientos y políticas de acoso sexual en el sector médico de los Estados Unidos.</p>

	claramente los procedimientos que se seguirán en caso de violaciones de la misma.	
Privacidad y confidencialidad de las usuarias	Toda 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. Estas políticas deben abordar cuestiones como los lugares y las circunstancias en que el personal puede hablar sobre información privada de la usuaria, ya sea con otros integrantes del personal o con las usuarias mismas. Asimismo, se deben enumerar las circunstancias en que los proveedores están facultados para compartir información privada de la usuaria con otras personas, incluidos los familiares. También se debe abordar el tema de la confidencialidad de los registros médicos y explicar si los proveedores deben obtener el consentimiento de los progenitores de hijas adolescentes para brindarles determinados servicios, y si las adolescentes pueden mantener la confidencialidad de su información privada y médica ante sus progenitores.	Véase Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers (2003) (Garantizar la privacidad y confidencialidad en los servicios de salud reproductiva: Módulo de capacitación y guía para proveedores de servicios), PATH y Global Health Council.
Tratamiento de casos de violencia contra la mujer, incluidos el abuso sexual y la violación	Sería adecuado que las organizaciones de salud elaboraran protocolos sobre la atención a las mujeres que hayan sido objeto de violencia de género, incluida la violación. Esos protocolos pueden ayudar a 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	Véase Minimal Elements of a Domestic Violence Protocol & Implementation of a Domestic Violence Protocol (Elementos esenciales de un protocolo sobre violencia doméstica y su aplicación) del Family Violence Prevention Fund. Véase el protocolo modelo para orientar la realización del interrogatorio clínico y de agresión sexual (en inglés), el examen forense y general, y los exámenes

	<p>anticoncepción de emergencia y los exámenes de ITS. 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 como el abuso sexual, la anticoncepción de emergencia y las ITS y el VIH.</p>	<p>de laboratorio, que incluyen seis formularios del Programa de Enfermera Examinadora de Agresión Sexual de los Estados Unidos.</p> <p>Véanse las Diagnostic and Treatment Guidelines (Directrices de diagnóstico y tratamiento) de la American Medical Association for Domestic Violence.</p>
<p>Manejo de situaciones de riesgo y crisis</p>	<p>Las organizaciones de atención de la 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 gran peligro, entre ellas las usuarias que corren elevado riesgo de suicidio u homicidio, de sufrir lesiones o de un grave desorden emocional. El protocolo para situaciones de peligro y crisis debe incluir temas como la forma de identificar los factores de riesgo, garantizar que la mujer reciba por lo menos la asistencia básica necesaria y establecer qué integrantes del personal pueden brindar asesoramiento emocional y planificación de la seguridad.</p>	<p>Model Protocol On Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities (Protocolo modelo sobre la planificación de la seguridad de las víctimas de violencia doméstica con discapacidad), de la Washington State Coalition against Domestic Violence.</p> <p>Véase la Employee Domestic Violence Policy and Procedure: Guidelines for Increasing Safety and Providing Support (Política y procedimiento sobre violencia doméstica para empleados: Directrices para aumentar la seguridad y prestar apoyo) del Family Violence Prevention Fund.</p> <p>Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings (Instrumentos de evaluación de la violencia</p>

		<p>en la pareja y victimización en caso de violencia sexual para usar en contextos de atención de la salud) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.</p> <p>SASA! Health Care Provider Training Manual (Manual de capacitación para proveedores de atención de la salud ¡SASA!). Véase la sección sobre planificación de la seguridad (en inglés), pág. 33.</p>
--	--	--

Adaptado de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *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*. Nueva York, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental (IPPF/RHO), pág. 86. Disponible en [español](#) e [inglés](#).

Ejemplo: Aunque no hay una base documental suficiente, en un estudio realizado en Sudáfrica se observó que era más probable que los profesionales que ofrecían atención de mejor calidad (como pruebas de detección del VIH y asesoramiento, tratamiento de ITS, pruebas forenses, remisiones a servicios de asesoramiento y consultas sobre el aborto) consideraran la violación como un problema médico grave. Además también era más probable que esos profesionales hubieran trabajado anteriormente en una clínica que tenía un protocolo para el tratamiento de la violación y, en general, tuvieran experiencia en el tratamiento de supervivientes de violación (Christofides y otros, 2005, citado en Martin, 2007 y en Consejo de Población, 2008b).

3. Sensibilizar y capacitar al personal y asegurarle apoyo permanente.

- El fomento de las competencias del personal es la piedra angular de la capacidad de todo centro de servicios para abordar ética y eficazmente la violencia contra las mujeres y las niñas. A menudo, especialmente en contextos de recursos limitados, el personal no recibe capacitación y apoyo suficientes; si es que reciben algún tipo de capacitación suele ser de única vez, con poco seguimiento o ninguno.

- En general, los centros deberían considerar la posibilidad de ejecutar las siguientes actividades fundamentales para fomentar la capacidad del personal:
 - Primero debe **sensibilizarse** sobre las cuestiones relativas a la violencia contra las mujeres y la discriminación por motivos de género a **todo el personal**, desde los administradores del centro hasta los proveedores de servicios y el personal de apoyo. Los datos indican que, al igual que los demás miembros de la sociedad, los profesionales de la salud pueden tener opiniones que podrían ser perjudiciales para el bienestar de las supervivientes, como culpar a la víctima. El personal también necesita tener una comprensión básica de la naturaleza y el alcance de la violencia contra las mujeres y las niñas, la dinámica del abuso, los factores de riesgo y las consecuencias.
 - El **personal especializado**, incluidos todos los profesionales médicos que prestan servicios directos a las supervivientes, deberían recibir **capacitación** complementaria y permanente sobre los elementos fundamentales relativos a la admisión, el examen y el mantenimiento de registros, entre otras cosas.
 - El **personal especializado** también debería recibir **apoyo** permanente para gestionar los problemas del trabajo con las supervivientes, entre otras cosas por medio de supervisión, capacitación en el servicio y exámenes de casos.

Ejemplo: Iniciativa de hospitales favorables a las mujeres en Bangladesh. Desde 2002 se ha puesto en marcha esta Iniciativa en 30 servicios de hospitales del país. Como parte de un proyecto más amplio destinado a disminuir las tasas de mortalidad materna, se determinó que la gestión de la violencia contra la mujer era una de las prioridades del proyecto. Cabe destacar que se hizo hincapié en la ampliación de las competencias técnicas y las actitudes y conductas del personal hospitalario para brindar a las víctimas atención respetuosa, equitativa, oportuna, suficiente y apropiada. Se basó en la idea de que si podía asegurarse este tipo de atención a las mujeres, era más probable que utilizaran los servicios de tratamiento médico y que se documentaran adecuadamente sus lesiones. También se reconoció que “los aspectos médico-legales de la violencia sexual debían desarrollarse más ampliamente y que el personal... que realizaba los exámenes... debía estar formado concretamente en el tema”. Para ello, se concibió un seminario de capacitación de seis días centrado en “analizar las actitudes, los valores y los supuestos relativos a la violencia contra la mujer... [y otro] sobre la agresión sexual y la gestión clínica y forense de las mujeres afectadas”.

Fuente: extraído de Du Mont, J. y White, D., 2007. [*The Uses and Impact of Medico-legal Evidence in Sexual Assault Cases: A Global Review*](#) (Los usos y

efectos de las pruebas médico-legales en casos de agresión sexual: examen mundial). Ginebra (Suiza): OMS, pág. 44, citando a Afsana, 2006; Haque, Y.A., 2001; Haque, Y.A. y Clarke, M., 2002.

3a. Primer paso: Realizar evaluaciones del personal.

- Antes de poner en práctica actividades de sensibilización y capacitación, es útil realizar evaluaciones sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal para determinar el nivel, el alcance y el tipo de sensibilización y capacitación que deberán emprenderse para las distintas categorías de personal (repcionistas, enfermeros, médicos, especialistas). Además, esta información puede utilizarse para documentar parámetros de referencia a fin de que los programas de salud puedan medir los cambios en los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los proveedores a lo largo del tiempo. Esta evaluación debería incluir:
 - Las percepciones, actitudes y creencias personales relacionadas con la violencia contra las mujeres y las niñas;
 - Los conocimientos sobre cuestiones de género y derechos humanos;
 - La comprensión del marco jurídico, las políticas nacionales y los protocolos;
 - Los conocimientos técnicos (médicos y no médicos) sobre la respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas.
- A continuación se describen métodos para reunir información sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los proveedores, incluidas encuestas y la reunión de datos cualitativos por medio de grupos de debate u otros métodos con la participación de los proveedores. Los datos cualitativos pueden brindar una comprensión profunda de las perspectivas de los proveedores. Los datos cuantitativos facilitan la medición del cambio a lo largo del tiempo.

Método de evaluación de los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal	Utilidad comparativa	Ejemplos de herramientas
Encuestas	Las encuestas brindan información sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Si los proveedores han hablado sobre la 	Al realizar encuestas, conviene utilizar o adaptar instrumentos y preguntas existentes y validados, entre otros: Escala de Equidad de Género para Hombres GEM (Horizons y Promundo). La escala mide las

	<p>violencia con las usuarias, cuántas veces y cuándo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuáles son en su opinión los obstáculos para la detección; • Qué hacen los proveedores cuando descubren que una usuaria ha sido objeto de violencia; • Las actitudes discriminatorias o estigmatizadoras de los proveedores; • Las actitudes hacia las mujeres que han experimentado violencia; • Los conocimientos sobre las consecuencias de la violencia de género; y • Qué tipo de capacitación han recibido los proveedores en el pasado. 	<p>actitudes hacia las normas equitativas de género para suministrar información sobre las normas prevalentes en una comunidad y la eficacia de los programas que procuran influenciarlas. Puede adaptarse al uso con proveedores de atención de la salud. Disponible en español, inglés y portugués.</p> <p>Personal Assessment for Advocates Working with Victims of Sexual Violence (Evaluación personal para promotores que trabajan con víctimas de violencia sexual) (The National Resource Sharing Project y Centro Nacional de Recursos contra la Violencia Sexual (NSVRC), 2010). Esta herramienta se elaboró para ayudar a las personas que trabajan con víctimas de la violencia sexual a identificar puntos fuertes y estrategias para mejorar sus prácticas. La evaluación está disponible en inglés.</p> <p>The Attitudes Towards Rape Victims Scale (Escala de actitudes hacia las víctimas de violación) (Proyecto de educación y prevención de la violación de Arizona). Estas escalas son instrumentos autoadministrados concebidos para evaluar las actitudes de las personas hacia las víctimas de violación y no hacia la violación en general. Disponible en inglés.</p> <p>La Sexual Violence Research Initiative recopiló un conjunto integral de herramientas y métodos de evaluación de programas para examinar la prestación de servicios, los conocimientos, las actitudes, las prácticas y las conductas en proyectos y servicios sobre violencia sexual. El propósito de poner estos materiales a disposición de proveedores de servicios, administradores, investigadores, responsables de las políticas y activistas, entre otros, fue incorporar más fácilmente la evaluación en los planes de proyectos y programas. Los instrumentos de evaluación se basan en artículos publicados en periódicos revisados por homólogos que informan de las conclusiones de evaluaciones de servicios de atención de la salud e intervenciones para mujeres víctimas/supervivientes de violencia sexual escritos en español o inglés publicados entre enero de 1990</p>
--	--	---

		y junio de 2005. Los instrumentos están disponibles en la sección sobre evaluación del sitio web de la iniciativa.
Entrevistas semiestructuradas	Estas entrevistas brindan una idea de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los proveedores y la posibilidad de profundizar el análisis de cualquier problema, obstáculo o preocupación detectados que puedan afectar la prestación de atención.	<p>Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para proveedores de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental (IPPF/RHO): Esta entrevista personal está destinada a la gestión de los proveedores de atención de la salud de la mujer. Se centra en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia en la vida de sus pacientes. Contiene unas 80 preguntas (la mayoría cerradas) que abarcan una serie de temas, entre otros si los proveedores han hablado sobre la violencia con las usuarias, cuántas veces y cuándo; cuáles son en su opinión los obstáculos para la detección; qué hacen los proveedores cuando descubren que una usuaria ha sido objeto de violencia; las actitudes hacia las mujeres que han experimentado violencia; los conocimientos sobre las consecuencias de la violencia de género; y qué tipo de capacitación han recibido los proveedores en el pasado. Disponible en español e inglés.</p> <p>Forensic and Medical Care Following Sexual Assault Service Education Programme Evaluation Questionnaire (Cuestionario de evaluación del programa de educación sobre atención médica y forense después de la agresión sexual): Este cuestionario está concebido para evaluar los conocimientos y la percepción del personal médico sobre su capacidad para tratar a pacientes que han sido objeto de agresión sexual. Entre otras, incluye preguntas sobre cómo calificaría su propia capacidad para reunir pruebas forenses. Puede autoadministrarse o usarse como guía en una entrevista.</p>
Métodos participativos cualitativos	Los métodos cualitativos brindan una idea de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los proveedores y de las prácticas y normas institucionales, así	<p>Hay diversos métodos cualitativos, como grupos de debate, relatos abiertos, elaboración de registros, dramatizaciones y diagramas de Venn.</p> <p>Twubakane GBV/PMTCT Readiness Assessment Toolkit: Focus Group Guides (La violencia basada en el género. Evaluación del grado de preparación para la prevención de la transmisión de madre a hijo del programa</p>

	como de la dinámica de grupo y la secuencia de trabajo.	Twubakane: Guías para grupos de debate). Las guías para las usuarias, los proveedores de servicios y la comunidad están disponibles en francés e inglés. Para ideas y ejemplos de lo que puede utilizarse, véase la sección sobre métodos cualitativos en el módulo sobre vigilancia y evaluación .
--	---	--

3b. Segundo paso: Sensibilizar y capacitar al personal.

Tras examinar los resultados de las evaluaciones sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal, los centros de servicios pueden determinar la mejor forma de realizar las actividades de sensibilización y capacitación. Algunos métodos son:

- Celebrar talleres intensivos de capacitación para el personal con la ayuda de instituciones o expertos externos;
- Enviar a personal seleccionado a cursos o talleres que se realicen en otras organizaciones o universidades;
- Contratar nuevo personal con experiencia en la esfera de la violencia contra las mujeres y las niñas;
- Celebrar convenios de capacitación y apoyo permanente con particulares o instituciones con experiencia en esferas como la psicología y el derecho;
- Distribuir sistemáticamente materiales educativos y a los proveedores;
- Incorporar el tema de la violencia de género en otras actividades de capacitación para profesionales de la salud.

Extraído de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *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*. Nueva York, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental, pág. 79. Disponible en [español](#) e [inglés](#).

- Al sensibilizar y capacitar a los miembros del personal, es importante tener en cuenta que probablemente algunos hayan sido objeto de actos de violencia y/o autores de estos actos. Los facilitadores deben estar capacitados para anticipar y abordar las cuestiones personales que podrían surgir durante las actividades. Como mínimo, debería brindarse apoyo emocional a los participantes que lo soliciten durante el tratamiento o después.

- Los cuadros siguientes presentan algunos de los temas y objetivos fundamentales de las actividades de sensibilización y capacitación, y herramientas y otros recursos pertinentes.

SENSIBILIZACIÓN DE TODO EL PERSONAL		
Tema	Objetivos educativos fundamentales	Posibles herramientas
Los derechos humanos y las leyes internacionales y nacionales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprender los derechos humanos básicos relativos a la salud y la violencia contra las mujeres y las niñas, y aprender a aplicar una perspectiva de derechos humanos en la provisión de servicios de salud. ○ Conocer las leyes nacionales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas para que los proveedores de atención de la salud comprendan sus obligaciones y puedan informar a las mujeres y las niñas de sus derechos. 	<p>A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials (2010) (Enfoque de programación basado en los derechos humanos: información práctica y material de capacitación). Este manual, producido en conjunto por el UNFPA y la Harvard School of Public Health, provee orientación paso a paso sobre cómo aplicar un enfoque de programación basado en los derechos humanos que tenga en cuenta las cuestiones culturales y de género en las tres esferas de trabajo básicas del UNFPA: la población y el desarrollo, la salud reproductiva y el género. Además, explica cómo aplicar un enfoque de este tipo en el contexto de una emergencia humanitaria. También puede descargarse un conjunto conexo de materiales de capacitación. Disponible en inglés.</p> <p>Women's Human Rights: A Manual for Education & Action on Domestic Violence and Sexual Assault (2003). (Derechos humanos de la mujer: Manual de educación y acción sobre la violencia doméstica y la agresión sexual). Este conjunto de materiales de capacitación de Women's Rights Network es un manual de formación para defensores de los derechos humanos y tiene por objeto crear conciencia acerca de la violencia doméstica y la agresión sexual como abusos de los derechos humanos; afianzar las competencias de liderazgo de los activistas que luchan contra la violencia; y movilizar a los activistas para que apliquen estrategias de derechos humanos a la violencia contra</p>

		<p>la mujer en los Estados Unidos. El material de capacitación incluye una combinación de conferencias, vídeos y ejercicios interactivos en grupo, y la planificación reflexiva y activa de las estrategias de derechos humanos para abordar la violencia contra la mujer en las comunidades. Disponible en inglés.</p> <p>Véase también el módulo sobre legislación completo en español, francés e inglés.</p>
<p>El género y el contexto social y cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender las cuestiones de género básicas, entre otras cosas, cómo las desigualdades de género en las relaciones de pareja y en las comunidades tornan a las mujeres y las niñas vulnerables a la violencia. ○ Comprender los factores culturales de la vulnerabilidad a la violencia en el contexto en que trabajan los proveedores de servicios de salud. Algunos ejemplos de factores a nivel individual son el abuso del alcohol, las relaciones sexuales intergeneracionales y el uso indebido de drogas; y a nivel de la comunidad, la pobreza extrema y las normas patriarcales (Hainsworth y Zilhão, 2009). <p><i>Nota:</i> La información sobre capacitación debería basarse en las investigaciones existentes sobre las actitudes hacia la violencia contra las mujeres y las niñas o, de ser necesario, en grupos de debate con miembros</p>	<p><i>Oxfam Gender Training Manual (1994)</i> (Manual de capacitación sobre género de Oxfam) es un recurso de capacitación integral que guía al lector a través del proceso de formación mediante material conexo, entre otras cosas, introducciones, expectativas, intercambio de experiencias, búsqueda de consenso, sensibilización y autoconciencia en cuestiones de género (para mujeres y hombres), las funciones de género, la mujer en el mundo, género y desarrollo, evaluación y planificación que tenga en cuenta el género, el género y las cuestiones mundiales, el trabajo con hombres y mujeres, comunicación de las cuestiones de género, estrategias para el cambio y evaluación. Puede leerse en línea en Google Books o adquirirse en el sitio de Oxfam.</p> <p>Gender, HIV and Human Rights: A Training Manual (2000) (Género, VIH y derechos humanos: Manual de capacitación). Este manual del UNIFEM es un recurso valioso dirigido a trabajadores comunitarios que se ocupan del SIDA. Contiene una introducción; la sección I sobre los desafíos de la epidemia del VIH/SIDA en el contexto de las cuestiones de género y de derechos humanos; la sección II sobre preocupaciones de género en relación con el VIH y el desarrollo; la sección III sobre un enfoque de derechos</p>

	<p>de la comunidad para comprender las normas de la comunidad.</p>	<p>humanos del VIH/SIDA; la sección IV sobre las lecciones extraídas de los talleres; y la sección V, un apéndice de cuestionarios y sitios web útiles.</p> <p>Género o sexo: ¿a quién le importa? (2001). El conjunto de recursos publicado por Ipas y Health and Development Networks incluye un manual, fichas de planes de estudio y transparencias y material impreso, y presenta una introducción al tema del género y la salud sexual y reproductiva. Si bien se centra en los jóvenes, las herramientas participativas pueden utilizarse con distintas audiencias. Disponible en español e inglés.</p> <p>Inner Spaces Outer Faces Initiative Toolkit: Tools for Learning and Action on Gender and Sexuality (2007) (Guía práctica de la iniciativa Espacios internos, rostros externos: recursos de aprendizaje y acción en materia de género y sexualidad). Este recurso, de Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE) y el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, está dirigido a personal de programas de desarrollo y salud. Es una recopilación de materiales para actividades de capacitación, reflexión y seguimiento a fin de que los funcionarios de programas detecten, exploren y cuestionen las construcciones sociales de género y sexualidad en sus propias vidas y en la de sus parejas, en las intervenciones de los programas y en sus organizaciones. Disponible en inglés.</p>
<p>Competencias básicas de comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Saber cómo brindar apoyo y abstenerse de culpar a la víctima. El personal de los servicios de salud debería aprender a identificar y rechazar las actitudes estigmatizadoras en relación con las experiencias de violencia de las mujeres y 	<p>Communication Skills in Working with Survivors of Gender-Based Violence (2004) (Técnicas de comunicación para trabajar con supervivientes de la violencia basada en el género). Este manual, elaborado por Family Health International (FHI), el Reproductive Health Response in Conflict Consortium (Consortio RHRC) y el Comité Internacional de Rescate, está</p>

	<p>rechazar todas las normas que aceptan la violencia como merecida o incluso deseada, como “las mujeres disfrutaban el castigo” (Kim y Motsei, 2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aprender los mensajes clave basados en los principios de derechos humanos que transmitirán a las usuarias, es decir el derecho a una vida libre de violencia, por lo cual la violencia nunca está justificada y nunca es “culpa de ellas”, el derecho a negarse a tener relaciones sexuales, etc. ○ Adquirir las competencias para hacer frente a cuestiones sumamente emocionales con empatía y comprensión. Aprender a aceptar las reacciones emocionales de las mujeres y las niñas ante la violencia y tranquilizar a las supervivientes diciéndoles que esas emociones son normales y están justificadas. 	<p>dirigido a proveedores de servicios para supervivientes de violencia de género. El manual incluye un plan de estudios detallado para instructores de un curso de cinco días destinado a mejorar las técnicas de comunicación de los instructores, y materiales, programas y folletos que los participantes pueden utilizar para impartir capacitación en el futuro. Contiene información básica sobre la violencia de género, estrategias de participación para trabajar con supervivientes de este tipo de violencia, las responsabilidades de los proveedores de servicios, las remisiones en la comunidad, métodos de apoyo a los proveedores de servicios y el proceso de evaluación. Disponible en inglés.</p> <p>Caring for Survivors Training Manual (2010) (Manual de capacitación para la atención de supervivientes). Este manual, elaborado por el UNICEF, consta de dos partes. La primera parte de esta serie de módulos de capacitación se centra en la forma en que los agentes multisectoriales pueden prestar apoyo a las supervivientes de forma ética. El manual se basa en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en inglés.</p>
<p>Responsabilidades básicas del personal del sector de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconocer la importancia del sector de la salud en la prestación de atención a las supervivientes. ○ Comprender los efectos en la salud de los distintos tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ○ Comprender las funciones de las distintas categorías de profesionales de la atención de la salud. ○ Comprender los modelos básicos para abordar la 	<p>Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals: Module on Gender-Based Violence (2005) (Incorporación de la pobreza y las cuestiones de género en los programas de salud: manual de referencia para profesionales de la salud - Módulo sobre la violencia basada en el género). Este conjunto de materiales de capacitación de la OMS tiene por objeto crear conciencia y aumentar los conocimientos y las aptitudes de los profesionales de la salud respecto de la violencia de género. El módulo suministra información general sobre la violencia de género y la función de los profesionales y el sistema de atención</p>

	<p>violencia contra la mujer en el sector de la salud.</p>	<p>de la salud en cuanto a prevenir y abordar la violencia de género. El módulo también incluye ejemplos de buenas prácticas a nivel de centros de salud, de la comunidad y de las políticas; notas de facilitación y distintas herramientas, recursos y referencias. Disponible en inglés.</p> <p>Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers (2003) (Asegurar la privacidad y confidencialidad en los servicios de salud reproductiva: Manual de capacitación y guía para proveedores de servicios), PATH y Global Health Council. El manual contiene herramientas, recursos y directrices sobre el papel de los trabajadores de la atención de la salud al abordar la violencia, orientación para que los trabajadores y administradores de la salud ejecuten programas, y herramientas de evaluación, vigilancia y detección. Disponible en inglés.</p>
--	--	--

CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA PARA DETERMINADO PERSONAL		
Tema	Objetivos educacionales fundamentales	Herramientas ilustrativas

<p>Gestión médica de la agresión sexual</p>	<p>Los proveedores de atención de la salud deberían aprender a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministrar apoyo y atención confidenciales, privados, libres de prejuicios y empoderadores; • Registrar la historia clínica y documentarla adecuadamente; • Detectar lesiones importantes y tratarlas de manera apropiada; • Evaluar el riesgo de embarazo y proveer anticonceptivos posteriores a las relaciones sexuales, o prestar ayuda en la adopción de decisiones sobre la continuación o terminación del embarazo, si procede y es legal; • Proveer profilaxis para la prevención y el tratamiento de ITS; • Proveer asesoramiento sobre pruebas de detección anteriores y posteriores al VIH y realizar la prueba de detección del VIH, si se ofrece profilaxis posterior a la exposición; • Proveer detalles acerca de la legislación sobre violación, qué sucede si se hace una denuncia ante la policía y las distintas funciones de la policía, los fiscales, los abogados defensores y los jueces, y lo que la víctima debe hacer en los tribunales; • Realizar la prueba de detección de la hepatitis B y administrar la vacuna correspondiente, si es parte de la política; • Suministrar información a las víctimas o supervivientes sobre todas las pruebas, los regímenes de tratamiento y los efectos secundarios; • Determinar las necesidades de salud mental inmediatas de la víctima y proveer apoyo adecuado, incluida información sobre el síndrome del trauma de violación; • Remitirla a una fuente de apoyo 	<p>Caring for Survivors Training Manual (2010) (Manual de capacitación para la atención de supervivientes). Este manual, elaborado por el UNICEF, consta de dos partes. La segunda parte de esta serie de módulos de capacitación aborda las intervenciones médicas en casos de agresión sexual y se basa en las Directrices de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en inglés.</p> <p>Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence (2003) (Directrices para la atención médico-legal a las víctimas de violencia sexual). Este conjunto de directrices de la OMS está dirigido a profesionales y encargados de la formulación de políticas del sector de la salud. Las directrices brindan a los profesionales conocimientos y aptitudes pertinentes para tratar a las víctimas de la violencia sexual; orientación para desarrollar servicios y normas para la atención de la salud y forenses; e incluyen un modelo de formulario de consulta. Pueden utilizarse como referencia, para planificar servicios o formular políticas de atención de la salud, o como material de capacitación, y adaptarse según las necesidades. Disponible en inglés.</p> <p>Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons (2004) (Gestión clínica de supervivientes de violación: elaboración de protocolos para uso con refugiados y desplazados internos). Este conjunto de materiales de capacitación elaborado por la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) está dirigido a proveedores de servicios de salud y sus capacitadores. El manual</p>
--	--	---

	<p>permanente.</p> <p><i>El personal pertinente también debería recibir capacitación concreta complementaria sobre exámenes médico-legales para:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un examen en casos de agresión sexual; • Reunir pruebas, utilizando para ello kits para delitos o improvisando cuando no los hay, y asegurar que se entreguen a la persona pertinente para mantener la cadena de pruebas; • Documentar exhaustivamente las conclusiones, incluida la finalización del registro o informe del caso; • Comunicarse competentemente con la víctima o superviviente para describir todas las acciones futuras y obtener su consentimiento antes de realizarlas; • Comprender los procedimientos de los tribunales y presentar las pruebas en forma competente. 	<p>describe las mejores prácticas de gestión clínica de supervivientes de violación (mujeres, hombres y niños) en situaciones de emergencia para guiar la elaboración de protocolos, la planificación de servicios de atención o la capacitación. Explica cómo realizar un examen médico exhaustivo, registrar las conclusiones y prestar asistencia médica a los supervivientes de abuso sexual. Disponible en árabe, francés e inglés.</p> <p>Clinical Care for Sexual Assault Survivors (2009) (Atención clínica para supervivientes de la agresión sexual). Este módulo de capacitación elaborado por el Comité Internacional de Rescate se basa en las normas internacionales y está destinado a mejorar la atención clínica de las supervivientes de agresión sexual en entornos de recursos limitados. Disponible en inglés.</p> <p>Woman-Centered Abortion Care: Reference Manual (2007) (Asistencia centrada en la mujer en casos de aborto: Manual de referencia). El manual, publicado por Ipas, está dirigido al personal de atención de la salud, incluidos médicos clínicos especializados en salud sexual y reproductiva, instructores, administradores, educadores, asistentes sociales, divulgadores y otros. El manual puede complementar la capacitación para la asistencia en casos de aborto o servir de recurso para estudiantes, y debería ser utilizado por médicos clínicos capacitados junto con el manual de Asistencia centrada en la mujer en casos de aborto: manual para el instructor. El manual se divide en dos secciones que brindan orientación sobre la calidad de la atención a mujeres que necesitan servicios de aborto e</p>
--	---	---

		<p>información técnica para los proveedores de salud o servicios de aborto. Disponible en inglés.</p> <p><i>Para más herramientas, véase la base de datos.</i></p>
--	--	---

<p>Detección y gestión de casos de violencia doméstica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una herramientas de detección adaptada al contexto cultural, preferiblemente mediante dramatizaciones y otros métodos participativos ○ Tratar las lesiones y los problemas de salud reproductiva ○ Saber cómo realizar evaluaciones de la seguridad ○ Prestar apoyo de urgencia según proceda y remitir a las víctimas a refugios u otros centros de atención 	<p>Family Violence Nursing Curriculum (2004) (Programa de estudio sobre violencia en la familia para enfermeros). Este programa de estudios, elaborado por el Centro de Minnesota contra la Violencia y el Abuso (Estados Unidos), provee a profesores de enfermería información decisiva para elaborar los programas de estudio destinados a crear las competencias para la prevención y evaluación de la violencia doméstica y la respuesta a esta en todas las etapas de la vida. Las secciones abarcan el alcance del problema, definiciones, la dinámica del problema, las repercusiones en la atención de la salud, la integración del tema en las evaluaciones de rutina, intervenciones, las cuestiones jurídicas y éticas, y la prevención. Disponible en inglés.</p> <p>Responding to Domestic Abuse: A Handbook for Health Professionals (2005) (Respuesta al abuso doméstico: Manual para profesionales de la salud). Este manual elaborado por el Departamento de Salud del Reino Unido brinda orientación práctica a profesionales de la salud sobre cómo trabajar con pacientes que podrían haber experimentado maltrato en la familia, o estar experimentándolo. Además de analizar el apoyo a las víctimas, el manual incluye la información básica que necesitan los profesionales de la salud para atender eficazmente a los niños que son o han sido víctimas de maltrato en la familia. Disponible en inglés.</p> <p>Family Violence Prevention Fund Technical Tools and Materials (Herramientas y materiales técnicos del Fondo para la Prevención de la Violencia Familia). Incluyen recomendaciones de prácticas clínicas para entornos de</p>
---	---	---

		<p>atención de la salud de adultos y niños; una caja de herramientas electrónicas para instituciones de salud que quieren elaborar programas integrales en materia de violencia doméstica; documentos sobre los principios de privacidad en la salud que protegen a las víctimas; estrategias de codificación y documentación; vídeos de capacitación sobre detección y respuestas; recursos y manuales de capacitación amplios; herramientas de remisión clínica; y material de educación para pacientes y el público general. Todos los materiales están disponibles en inglés.</p>
<p>Asesoramiento y apoyo psicosocial para supervivientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la violencia contra la mujer desde una perspectiva de género • Técnicas de intervención en casos de crisis • Métodos de grupos de apoyo • Trauma, respuesta y supervivencia • Significados actuales de bienestar e inclusión social • Confidencialidad • Competencias de comunicación y técnicas de intervención • Disponibilidad de recursos estatales y comunitarios • No discriminación y diversidad • Empoderamiento 	<p>Counseling Guidelines on Domestic Violence (2001) (Directrices para el asesoramiento sobre la violencia en el hogar). Esta guía, del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) y el Programa de Capacitación sobre el SIDA en África Meridional, está dirigida a consejeros profesionales y voluntarios y otros proveedores de servicios que tienen poca experiencia en materia de asesoramiento en el contexto del VIH. Las directrices, que forman parte de una serie de folletos sobre asesoramiento, están basadas en la experiencia de asesores en materia de violencia doméstica en África meridional. Tratan cuestiones como una reseña de la violencia doméstica, su relación con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, la naturaleza del asesoramiento eficaz en general, el asesoramiento a supervivientes de violencia doméstica y de las personas que viven con el VIH, y un resumen de las oportunidades y consecuencias de las medidas contra este tipo de violencia. Disponible en inglés.</p> <p>Les violences basées sur le genre: Manuel de formation à l'attention des écoutantes</p>

du réseau Anaruz (2006) (Tipos de violencia basada en el género: manual de capacitación para las destinatarias de la red Anaruz). Esta guía elaborada por la red Anaruz de Marruecos está destinada a asistentes sociales y personas que trabajan en centros de asesoramiento psicológico. Disponible en [francés](#).

Trainer's Manual for Rape Trauma Counselors in Kenya, Liverpool VCT (Manual para instructores de consejeros sobre trauma por violación en Kenya) (2006), elaborado por el Ministerio de Salud de Kenya, el UNFPA y Liverpool VCT para instructores que trabajan con consejeros y otros proveedores de atención de la salud que brindan servicios relacionados con el VIH. El manual imparte orientación para facilitar un programa de asesoramiento psicológico y está compuesto por tres módulos que incluyen actividades prácticas para fomentar las aptitudes y ejercicios de asesoramiento. El manual contiene un modelo de plan de capacitación, la finalidad y los objetivos del curso, una descripción general de los diferentes temas, métodos y herramientas de evaluación. Disponible en [inglés](#).

Asian Women, Domestic Violence and Mental Health

A Toolkit for Health Professionals (2009) (Mujeres asiáticas, violencia doméstica y salud mental: Conjunto de herramientas para profesionales de la salud). El Departamento de Salud del Reino Unido elaboró este conjunto de herramientas como guía para los trabajadores de atención de la salud en

		<p>la prestación de servicios de asesoramiento adecuados al contexto de la población de Asia meridional. Disponible en inglés.</p> <p>The Power to Change: How to set up and run support groups for victims and survivors of domestic violence (2008) (El poder de cambiar: Cómo establecer y dirigir grupos de apoyo a víctimas y supervivientes de la violencia doméstica). NANE, AMCV, Associazione Artemisia, la organización no gubernamental Women's Shelter y Women's Aid Federation of England, organizaciones que integran el Proyecto Daphne, prepararon el manual. Expone aspectos clave necesarios para establecer y dirigir grupos de apoyo para supervivientes de la violencia doméstica, incluidos tres posibles modelos que pueden utilizarse como base para dirigir dichos grupos. Disponible en estonio, húngaro, inglés, italiano, portugués y serbio.</p>
--	--	--

- Por manuales, guías y capacitación adicionales en varios idiomas, busque en la [base de datos de herramientas](#).

3c. Paso tres: Proporcione supervisión y apoyo continuo al personal especializado.

- El trabajo con sobrevivientes de violencia puede ser un reto para el personal de salud por muchas razones. Requiere que los profesionales de la salud empleen una variedad de habilidades clínicas para las cuales quizás no hayan recibido suficiente capacitación. Además, escuchar a las sobrevivientes con compasión y apoyarlas, a menudo requiere que el personal de salud salga de su “zona de confort” de compromiso con el paciente. Esto puede representar un reto particularmente difícil para las profesionales que han sufrido violencia en su vida personal. También significa que el personal de salud se enfrenta continuamente con historias de violencia lo cual, con el transcurso del tiempo, puede provocar un

impacto acumulativo, teniendo como consecuencia el “trauma vicario” o *burn out*.

- **Trauma vicario** es el término que describe una situación en la cual el profesional de salud manifiesta síntomas de trauma similares a los de la víctima, luego de escuchar sobre las situaciones de abuso vividas por esta. Las profesionales que sufren trauma vicario pueden presentar síntomas de respuesta exagerada de sobresalto, hipervigilancia, pesadillas, y pensamientos intrusivos a pesar de no haber sufrido un trauma en carne propia.
- Con el tiempo, el trauma vicario puede desencadenar en **burn out**, o fatiga emocional por trabajar con sobrevivientes. Los síntomas físicos de alerta del *burn out* pueden incluir dolores de cabeza, fatiga, disminución de la capacidad inmunológica, e irritabilidad. El profesional que sufra de *burn out* puede comenzar a perder interés en el bienestar de sus pacientes, ser incapaz de empatizar con o sentir compasión por ellas y puede incluso comenzar a sentir aversión hacia la paciente.
- Como resultado de estos retos, el personal de la salud que trabaja con mujeres y niñas víctimas de abuso debe tener acceso a una variedad de estrategias para reducir el estrés, incluido el trabajo en equipo, condiciones y estructuras de trabajo satisfactorias, capacitación continua, atención psicológica y vacaciones preventivas.
- El personal de la salud también debe tener acceso a **supervisión profesional** continua. La supervisión es una estrategia fundamental para asegurar que los profesionales de la salud estén trabajando en condiciones óptimas y que estén practicando la autorreflexión y comunicación para lidiar con los desafíos personales y profesionales de su trabajo. La supervisión profesional tiene los siguientes objetivos:
 - Brindar al personal de salud oportunidades para hablar sobre la interacción con las sobrevivientes para garantizar la calidad del servicio prestado a las pacientes.
 - Brindar al personal de salud la oportunidad de compartir sus experiencias, reflexionar sobre su trabajo, y solicitar ayuda.
 - Garantizar que el personal de salud mantenga una distancia profesional y no se sienta emocionalmente abrumado.
- Algunos métodos de supervisión profesional:

- **Supervisión Individual:** Este es un proceso por el cual un supervisor profesional examina los casos con la profesional de salud, mediante intercambio oral y revisión de las notas de las entrevistas. El supervisor tiene la responsabilidad de ayudar a la profesional a utilizar técnicas que satisfagan las necesidades de las sobrevivientes al mismo tiempo que ayudan al profesional a mantener la debida distancia. La supervisión individual también es útil para ayudar al supervisor a identificar cualquier problema que pueda tener la profesional que pueda afectar su capacidad para trabajar con sobrevivientes (por ej. Si ha estado expuesta a la violencia en forma personal) y recomendar la atención adecuada.
- **Sesiones clínicas:** Las sesiones clínicas son una oportunidad para que el profesional de salud presente a sus colegas, en un formato estructurado, cualquier reto específico que pueda haber tenido al trabajar con una sobreviviente en particular. El objetivo de las sesiones clínicas es recoger la opinión profesional de colegas, especialmente, aquellas con mucha experiencia o idoneidad específica.
- **Supervisión de pares:** La supervisión de pares implica más compromiso que las sesiones clínicas, y brinda a los profesionales la oportunidad de hablar entre sí sobre su trabajo, y compartir experiencias y desafíos. Se trata de una oportunidad para que profesionales pares intercambien estrategias para superar los desafíos. También ayuda a promover la unión entre profesionales de la salud.
- **Grupos de apoyo de pares:** Los grupos de apoyo de pares son el tipo de supervisión más informal. Están diseñados para brindar una instancia en la cual las profesionales de la salud puedan hablar entre sí sobre sus sentimientos hacia su trabajo, y apoyarse mutuamente. Estos grupos no incluyen a supervisores (quienes deben tener su propio grupo de apoyo). Los grupos de apoyo de pares se concentran más en las necesidades emocionales del personal que presta los servicios que en la gestión de casos. Es importante que las supervisoras fomenten los grupos de apoyo de pares asignando un horario determinado para que los colegas se reúnan informalmente durante las horas de trabajo. (Adaptado de IRC y FHI, 2000. [“Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual, Day 4](#) (Habilidades comunicacionales en el trabajo con sobrevivientes de violencia de género. Manual para 5 días de capacitación, Día 4)

Lecciones aprendidas: Cuando PLAFAM, la afiliada de IPPF/RHO en Venezuela, implementó el despistaje de rutina para identificar a las usuarias víctimas de violencia de género, se presentó un desafío inesperado: el desgaste emocional que sufren quienes prestan el servicio, cuya causa es el trato con la violencia de género a diario. Luego de una intensa capacitación y sensibilización

las profesionales estaban preparadas para escuchar con simpatía las historias de las usuarias y ofrecerles orientación y/o derivarlas, pero no estaban preparadas para los efectos que sufrirían por escuchar sobre violencia. PLAFAM rápidamente notó que, para reducir el estrés emocional y la posibilidad de *burn out*, los profesionales también necesitaban una válvula de escape y hablar sobre la situación que enfrentaban. La organización de **grupos de apoyo mensuales** para profesionales de la salud, no solo creó esta válvula de escape sino que también les brindó la oportunidad de discutir los temas profesionales problemáticos con los cuales se enfrentaban en su trabajo con víctimas de violencia de género.

Extraído de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*. NY, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia: Región del Hemisferio Occidental, p. 135. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Herramientas ilustrativas:

- ***Caring for Survivors Training Manual (Manual para la atención de sobrevivientes)***, Módulo 8 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 2010. Disponible en [inglés](#).
- ***Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual (Habilidades comunicacionales en el trabajo con sobrevivientes de violencia de género. Manual para 5 días de capacitación)***, Día 4 (Comité Internacional de Rescate y Family Health International, 2000). Disponible en [inglés](#).
- ***Helping Ourselves to Help Others: Self-care Guide for Those Who Work in the Field of Family Violence (Ayudarnos para ayudar a otros: guía de autocuidados para quienes trabajan en el área de la violencia familiar)*** (Claramunt/OPS/OMS, 1999). Disponible en [inglés](#).
- ***Insights into the Concept of Stress (Apreciaciones sobre el concepto de estrés)*** (Bryce, P./OPS, 2001). Este recurso, desarrollado por el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, de la Organización Panamericana de la Salud, proporciona al personal de respuesta a desastres los conocimientos y habilidades básicas sobre los principios de estrés y gestión del estrés postraumático. Como complemento del libro [Stress Management in Disasters](#) (SMID) (Gestión del estrés en desastres), los recursos ayudan al personal de respuesta en casos de emergencia a reconocer el estrés y manejar sus respuestas emocionales ante las situaciones traumáticas tales como los desastres. A pesar que el

libro ha sido desarrollado para el personal de respuesta a las emergencias y desastres, los principios pueden modificarse y aplicarse para la prevención y tratamiento del estrés traumático de otros sectores de la comunidad incluida la niñez y adolescencia. Disponible en [Inglés](#).

Recursos adicionales:

- **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** (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt/Federación Internacional de Planificación de la Familia: Región del Hemisferio Occidental, 2004). Disponible en [Inglés](#) y [español](#).
- El [National Online Resource Center on Violence Against Women](#) tiene varios recursos de apoyo para el personal que trabaja con sobrevivientes. Estos incluyen:
 - **Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-violence Workers (Manual sobre el trauma vicario: recomendaciones para el personal que trabaja para erradicar la violencia)**, Jan I. Richardson, *Centre for Research on Violence Against Women and Children, National Clearinghouse on Family Violence* (2001). Trata de reconocer las experiencias singulares del personal que trabaja para erradicar la violencia en Canadá, promoviendo el apoyo individual y organizativo, y la equidad. Este manual explora la respuesta al trauma vicario dentro de ciertas comunidades y grupos culturales.
 - **Organizational Prevention of Vicarious Trauma (Prevención organizativa del trauma vicario)**, Holly Bell, Shanti Kulkarni, y Lisa Dalton, *Families and Society: The Journal of Contemporary Human Services* (octubre-diciembre 2003). Este artículo trata la importancia del ambiente laboral en el desarrollo de los problemas del trauma vicario para el personal que trabaja en violencia sexual y doméstica.
 - **Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder and Secondary Trauma (Trauma, síndrome de estrés postraumático, y trauma secundario)** Barbara Whitmer, *Education Wife Assault* (2001). Este artículo define claramente el trauma, el síndrome de estrés postraumático (SEPT) y el trauma secundario, y cómo el trauma secundario afecta a quienes trabajan con usuarias traumatizadas.
 - **Vicarious Trauma: Bearing Witness to Another's Trauma (Trauma vicario: ser testigo del trauma ajeno)**, Terri S. Nelson, ofrece una explicación breve sobre qué es el trauma vicario y cuán importante es

que quienes promovemos/asesoramos lo tengamos presente, reconozcamos las primeras señales, y nos cuidemos.

4. Construya infraestructura

- La construcción de la infraestructura es básicamente asegurar que las instalaciones sanitarias tengan el equipamiento físico necesario para la gestión de casos de violencia hacia mujeres y niñas. Esto incluye:
 - **Consultorios privados disponibles las 24 horas.** Los profesionales deben contar con un lugar insonorizado donde puedan hablar con las sobrevivientes sin que otros miembros de la familia estén presentes y donde las otras usuarias no puedan escuchar. Los consultorios deben estar arreglados y decorados para que la usuaria se sienta cómoda y no deben tener ninguna señal que indique que son consultorios para la atención de casos relacionados con la violencia sexual.
 - En el local también debe haber **guardias entrenados u oficiales de policía** para garantizar la seguridad de las sobrevivientes y actuar como enlace para las mujeres que deseen hacer una denuncia formal.
 - **Baños en un área que no sea pública**, preferentemente con bañera/ducha para uso de las víctimas de ataques sexuales luego de ser examinadas. También se pueden suministrar artículos de cuidado personal tales como jabón y ropa limpia junto con otros artículos básicos y de confort.
 - **Disponibilidad de equipo especializado.** Hay una variedad de equipo especializado con el que se debe contar, especialmente para documentar las lesiones físicas y para llevar a cabo exámenes forenses de los ataques sexuales. Algunos de los artículos básicos son (Christofides et al., 2006):
 - Camilla
 - Lámpara móvil
 - Espéculo
 - Colposcopio
 - Guantes estériles
 - Contenedores para desechos cortopunzantes
 - Gabinete con llave/ Refrigerador para almacenar evidencia
 - Gabinete con llave para materiales médicos
 - Batas para las pacientes
 - Toallas higiénicas
 - Ropa de emergencia
 - Kits de violación
 - Prueba rápida de VIH
 - Kit de prueba de embarazo
 - Hisopos
 - Tubos para extracción sanguínea
 - Bolsas de papel
 - Sábanas

- Cámara fotográfica y película
- Microscopio
- **Disponibilidad de los medicamentos indicados.** Los medicamentos básicos deben estar disponibles sin costo y el personal clínico debe estar bien entrenado sobre cómo y cuándo administrarlos. Además de los analgésicos, tranquilizantes y antieméticos, se debe disponer de los siguientes:

Medicamento	Información relevante sobre la administración
Anticoncepción de emergencia (AE)	<p>La AE debe estar disponible para todas las sobrevivientes de violación en edad reproductiva, que no estén embarazadas ni usando regularmente alguna forma de anticoncepción confiable, y que presente desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios (Kilonzo & Taegtmeyer, 2005). No es necesaria una prueba de embarazo para administrar AE. Sin embargo, es conveniente hacer una prueba de embarazo para determinar la necesidad de su administración. Es importante asegurar a las usuarias que las pastillas de AE no causan daño a un feto si lo hubiere o al embarazo (OMS, 2004b). En entornos donde no se encuentran fármacos solo para AE, el personal clínico puede ofrecer combinaciones de pastillas anticonceptivas. La OMS aconseja que en los casos de violación “no hay restricciones para el uso de PAE” (OMS, 2004b). La AE puede ser administrada dentro de las 120 horas posteriores al coito sin protección, pero cuanto antes se administre mayor es su eficacia, por lo tanto la provisión es una prioridad, junto con el tratamiento profiláctico contra el VIH. (Kenya Ministerio de Salud, 2004). Se puede ofrecer un antiemético junto con la AE para reducir la posibilidad de sufrir vómitos. Los tratamientos AE más comunes consisten en levonorgestrel y pastillas anticonceptivas combinadas. La OMS (2005) También considera la inserción de un DIU de cobre dentro de los 5 días posteriores Sin embargo, esta puede no ser una opción en los entornos de pocos recursos, y puede provocar aún más trauma a la sobreviviente.</p> <p>➤ Folleto informativo sobre anticoncepción de emergencia (Organización Mundial de la Salud). Disponible en árabe, inglés, francés, mandarín (chino), ruso y español.</p>
Tratamiento profiláctico de infecciones de transmisión sexual (ITS)	Las sobrevivientes de abuso sexual son vulnerables a varias infecciones de transmisión sexual (ITS). Cuando sea apropiado, la OMS recomienda que las pacientes reciban las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, tricomoniasis, sífilis y hepatitis B, a pesar que esto puede variar de acuerdo con los entornos y

protocolos locales. La OMS no recomienda el tratamiento profiláctico de rutina a todas las pacientes, porque entiende que las sobrevivientes sufren diferentes grados de exposición a las infecciones y existe escasa evidencia sobre la eficacia de los tratamientos profilácticos en las sobrevivientes de abuso sexual (OMS, 2003b). Sin embargo, los protocolos de gestión médica en los ámbitos de alta incidencia de IST difieren sobre este punto. Los períodos de incubación de las diferentes ITS varían y se aconsejan las pruebas de seguimiento. El tratamiento puede aliviar un motivo de estrés, pero es la sobreviviente quien debe tomar la decisión de recibir el tratamiento profiláctico o esperar los resultados de las pruebas de ITS (WHO, 2005d). La profilaxis post exposición a las ITS debe comenzar lo más pronto posible, pero no al mismo tiempo que las primeras dosis de PPE y AE ya que la ingesta de tal cantidad de píldoras puede ser incómoda y reducir la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la profilaxis de ITS debe ser prescrita y administrada dentro de las 24 horas (Ministerio de Salud de Kenya, 2004). Se ha descubierto que muchas pacientes no completan su tratamiento PPE debido a los efectos secundarios (Martin et al., 2007). Los antieméticos pueden reducir las náuseas. Cuando no sea posible hacer la prueba de ITS, el Ministerio de Salud de Kenya recomienda que la profilaxis post exposición comience en una fase temprana del tratamiento (dentro de las 24 horas). Para reducir la carga de píldoras y estimular la adherencia, las dosis deben espaciarse y tomarse con las comidas y antieméticos para reducir las náuseas (Ministerio de Salud de Kenya, 2004; OMS, 2005d).

Las ITS que contraen más comúnmente las sobrevivientes de abuso incluyen clamidia, gonorrea, tricomoniasis y sífilis. Los protocolos nacionales pueden diferir en cuanto al régimen de medicamentos suministrado para cada ITS. Se recomiendan dosis diferentes para personas adultas (mujeres no embarazadas y hombres), mujeres embarazadas, y niñas y niños. Antes de prescribir un tratamiento profiláctico se debe hacer una prueba de embarazo a las mujeres para determinar su estado. La epidemiología, el diagnóstico y la transmisión de ITS en las niñas y los niños pueden diferir de las personas adultas (OMS, 2003b). En los ámbitos de alta prevalencia de STI se recomienda el tratamiento profiláctico de rutina, aunque las dosis son específicas para la niñez. La OMS observa que los cultivos de ITS pueden tardar hasta una semana en aparecer, y por lo tanto recomienda visitas de seguimiento para los casos de abuso sexual reciente.

➤ **Infecciones de transmisión sexual** [página web](#) (Organización Mundial de la Salud)

<p>Profilaxis post exposición (PPE) contra el VIH</p>	<p>La Profilaxis post exposición consiste en la administración de uno o más medicamentos antirretrovirales (ARV) a personas VIH negativas por un período de 28 días después de la exposición al virus VIH. Se cree que la administración de la PPE dentro de las 72 horas posteriores al coito, seguida por un tratamiento de medicamentos PPE reduce significativamente el riesgo de la seroconversión (Roland et al., 2001). A pesar que existe poca evidencia sobre la eficacia de la PPE entre las sobrevivientes de violencia sexual, en grupos de alto riesgo se ha probado que los medicamentos son efectivos después de mantener relaciones sexuales consensuadas (Ministerio de Salud de Kenya, 2004). La PPE se recomienda para hombres, mujeres, niños y niñas que han sufrido penetración oral, anal, o vaginal. Se recomiendan combinaciones de dosis fijas, si las hay disponibles, ya que reducen la cantidad de píldoras que se deben tomar, y por lo tanto aumenta la adhesión al tratamiento (Ministerio de Salud de Kenya, 2004).</p> <p>La OMS señala que la PPE es una práctica en constante cambio y que el personal de salud debe estar al tanto de las recomendaciones actuales y seguir los lineamientos locales. Se han realizado estudios que demuestran poca eficacia si la PPE comienza después de 72 horas desde la exposición (Ministerio de Salud de Kenya, 2004). En tales circunstancias, debe ponerse a disposición de las sobrevivientes todas las otras posibilidades de asistencia post violación, excepto la PPE. Debido al alto riesgo de transmisión del VIH en zonas de alta prevalencia, se recomienda que la PPE debe estar disponible en el primer punto de ingreso a un centro de salud (Kilonzo & Taegtmeyer, 2005). El estrecho margen de tiempo (72 horas) también acentúa la necesidad de un sistema de derivación eficaz si el primer punto de contacto no es un centro de salud. La falta de orientación y prueba voluntaria (OPV) en el primer momento cuando comparece la víctima puede generar un grave cuello de botella, y como las mayoría de las(los) pacientes se presentan en el hospital fuera de horario laboral, la OPV debe estar disponible las 24 horas del día (Kim et al., 2007). En las áreas rurales, son pocas las pacientes que pueden volver al hospital luego de la primera visita. Por tanto, siempre que sea posible, todas las pruebas diagnósticas y tratamientos deben suministrarse en la primera visita. A pacientes VIH negativos, se debería dispensar un tratamiento PPE completo de 28 días en la primera visita. La provisión de antieméticos y asesoramiento sobre la medicación son importantes para fomentar la adherencia (Kim et al., 2007a).</p> <p>Los tratamientos pediátricos pueden consistir en jarabes o tabletas, o una combinación de ambos (Min. de Salud de Kenya 2004; OMS). Los niños y niñas requieren dosis más bajas que las</p>
---	--

personas adultas, y para las tabletas se pueden utilizar franjas de peso para determinar las dosis pediátricas, un enfoque que ha “simplificado enormemente la administración adecuada y temprana del PPE pediátrico” (Speight et al., 2005). Por lo demás, las dosis se calculan de acuerdo al peso de la niña o del niño y/o el área de superficie. La dosis debe tomarse dos o tres veces al día, dependiendo del tratamiento y por lo tanto se requiere la guía y cooperación de un acompañante para asegurar la(el) paciente lo cumpla. Los efectos secundarios de ARV son mucho menos comunes en pacientes en la niñez que en edad adulta (Ellis et al., 2005). Para reducir la demora, los protocolos de PPE pediátrica establecen que la prueba del VIH no necesita preceder al suministro de PPE (protocolos de Malawi, Kenya y Sudáfrica). Las niñas y niños pueden no ser elegibles para la PPE si ya tienen una historia de ataque sexual o no muestran señales de abuso físico. Si el resultado de la prueba de VIH del niño o niña es positivo, deberá ser derivado(a) a atención médica continua. Si es negativo, la niña o niño recibirá un tratamiento de PPE de dos semanas de duración, seguido de una cita en la cual se evaluarán los efectos secundarios y se le indicarán otras dos semanas de PPE.

Las pruebas de VIH se recomiendan a las 6 semanas y a los 3 meses (protocolos de Malawi, Kenya y Sudáfrica). Se observan bajas tasas de cumplimiento tanto en entornos de altos como de bajos ingresos. Los estudios llevados a cabo en todo el mundo demuestran que muchas pacientes no vuelven al centro médico para las citas de (Martin et al., 2007). El Ministerio de Salud en Kenya (2004) aconseja que en cada visita se dispense la dosis de ARV para una semana, en lugar de para todo el período de 28 días, para fomentar el regreso de la víctima para el seguimiento clínico, orientación y apoyo, lograr la adherencia. Reconocen que se deben hacer excepciones cuando la sobreviviente vive lejos, o cuando la posibilidad de que no regrese es alta.

Un estudio en Sudáfrica sobre las preferencias de las mujeres en cuanto a los servicios de asistencia después de una violación concluyó que las pacientes prefieren claramente recibir todo el suministro de su profilaxis contra el VIH en la primera visita (Christofides et al., 2005). En el área rural donde se probó esta práctica se observaron tasas significativamente más altas de cumplimiento de la PPE que en las áreas de estudio urbanas donde se entregaron dosis semanales. Los resultados del estudio también indicaron que el cumplimiento está influenciado de forma positiva por el suministro de **antieméticos** (para contrarrestar el efecto secundario de las náuseas), la información, y – algo aún más importante – un servicio de seguimiento a domicilio y el suministro

de suplementos alimenticios. Se recomienda que la prueba diagnóstica del VIH y la orientación precedan a la administración de la PPE. Sin embargo, en circunstancias donde el plazo de 72 horas está por llegar a su fin, se acepta que la PPE preceda a la prueba del VIH, y se discontinuará en el caso que el resultado de la prueba sea positivo.

Para reducir la posibilidad de infligir trauma adicional, la prueba del VIH debe estar acompañada por una **orientación** adecuada. En los casos en que la(el) paciente no está psicológicamente preparada(o), se permite esperar hasta tres días (Ministerio de Salud de Kenya, 2004). Contrariamente a las inquietudes sobre el posible efecto disuasorio de la prueba del VIH, la necesidad de hacer dicha prueba antes de recibir la PPE no disuadió a las mujeres sudafricanas de buscar servicios de asistencia (Christofides et al., 2005). Se recomienda una **prueba de VIH de seguimiento** a las seis semanas y otra a los 3 meses a partir de la línea de base.

Enlaces:

- ***Post-exposure Prophylaxis (Profilaxis post exposición)*** [página web](#) (Organización Mundial de la Salud).
- ***Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Joint WHO/ILO Guidelines on Post-exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection (Profilaxis post exposición para prevenir la infección del VIH: directrices conjuntas de OMS/OIT sobre la profilaxis post exposición (PPE) para prevenir la infección del VIH.*** ([OMS](#) y OIT, 2007). Disponible en [inglés](#) y [francés](#).

Fuente: Extraído de: Consejo de población, 2008b. [Sexual and Gender Based Violence in Africa: A Literature Review](#), pp.17-19.

Lecciones aprendidas: Una revisión global de 30 estudios sobre los servicios basados en la asistencia médica, halló que la mitad de las mujeres que habían sufrido abuso sexual preferían obtener orientación y medicamentos (Martin et al., 2007). Un estudio de 155 mujeres que habían sido violadas y reclutadas a través de los centros de salud y 160 mujeres equiparables reclutadas de la comunidad, con una instalación urbana y una instalación rural en Sudáfrica, determinó que para la mayoría de las mujeres que habían sido violadas, la disponibilidad de profilaxis contra el VIH y la orientación con profesionales sensibles era lo más importante para elegir el servicio (Christofides et al., 2005).

Recursos adicionales:

- **Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence (Directrices para la asistencia médico-legal de las víctimas de violencia sexual)** (Organización Mundial de la Salud, 2003). Ver las listas de equipo e insumos en las pp. 23 y 25-27. Disponible en [inglés](#).
- **Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operations Guide (Guía de desarrollo y operaciones de SANE -programa de enfermeras examinadoras de agresiones sexuales)** (Ledray/Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1999). Ver instalaciones e insumos en las pp. 27-28, y un ejemplo de lista de insumos para el programa de equipo de respuesta a agresiones sexuales en las pp. 170-174. Disponible en [inglés](#).
- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault (Cómo llevar a cabo un análisis situacional de los servicios de salud para sobrevivientes de agresión sexual)** (Christofides et al. 2006). Ver Anexo A: Lista de control de las instalaciones. Disponible en [inglés](#).
- **Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Joint WHO/ILO Guidelines on Post-exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection (Profilaxis post exposición para prevenir la infección del VIH: directrices conjuntas de OMS/OIT para la profilaxis post exposición (PPE) para prevenir la infección del VIH)** (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2007). Disponible en [inglés](#).

- ***Occupational and Non-Occupational Post-exposure Prophylaxis for HIV Infection (HIV-PEP): Joint ILO/WHO Technical Meeting for the Development of Policy and Guidelines*** (Profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional para prevenir la infección del VIH: Reunión técnica conjunta OIT/OMS para el desarrollo de políticas y directrices), Ginebra 5-7, setiembre 2005 (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, 2005). Ver pp. 2-7. Disponible en [inglés](#).
- ***Rape and Sexual Assault (Violación y agresión sexual)*** (Welch, J. y Mason, F./BMJ, 2007). Disponible en [inglés](#).
- ***Rape: How Women, the Community, and the Health Sector Respond (Violación: cómo responden las mujeres, la comunidad y el sector salud)*** (*Sexual Violence Research Initiative*, 2007). Disponible en [inglés](#).
- ***Comprehensive Responses to Gender Based Violence in Low- resource Settings: Lessons Learned from Implementation (Respuestas amplias a la violencia de género en entornos de pocos recursos)*** (Keesbury J. y Askew I./ Consejo de Población, 2010). Disponible en [inglés](#).

5. Considere el despistaje de rutina

- El despistaje es “preguntar a las mujeres acerca de sus experiencias de violencia/abuso, presenten o no señales o síntomas de haberlo sufrido.” (Bott et al., 2004) Sin el despistaje, los servicios de salud responden principalmente cuando las sobrevivientes toman la iniciativa de contar su experiencia.
- Cuando se realiza adecuadamente, el despistaje genera un registro de los principales problemas de la sobreviviente, lo cual a su vez ayuda a determinar qué tipo de asistencia y apoyo necesita la profesional que hace el despistaje, y de otras personas en el centro o en la comunidad. El despistaje de rutina aumenta las posibilidades de que los profesionales puedan asegurar la asistencia adecuada para las sobrevivientes.
- Sin el despistaje de rutina, las profesionales generalmente identifican solo a una fracción de las mujeres que necesitan asistencia por abuso físico o sexual. El despistaje de rutina para la violencia se está convirtiendo en la modalidad de asistencia estándar de los servicios de salud en los Estados Unidos y en otros países industrializados (American Medical Association, 1992; Buel, 2001).
- Sin embargo, existe una preocupación generalizada sobre los riesgos del despistaje de rutina, en especial en los entornos de escasos recursos donde la capacitación

para que los profesionales realicen el despistaje, es limitada (García Moreno, 2002b) y/o hace falta apoyo para las profesionales que hacen el despistaje de rutina a las usuarias. El despistaje de rutina puede hacer daño a las mujeres en entornos en los cuales quienes lo realizan son insensibles a la violencia o de alguna otra forma no están equipados para responder adecuadamente, donde la privacidad y la confidencialidad no está garantizada y donde no existen el servicio de derivación apropiado. El despistaje de rutina mal implementado puede poner a las mujeres en una situación de riesgo de violencia adicional. (Bott et al., 2004).

- Cuando consideren la implementación del despistaje, los profesionales primero deben entender los cuatro enfoques básicos del despistaje:
 - El **despistaje universal** implica preguntar a las mujeres en toda primera visita si fueron víctimas de abuso. Este enfoque requiere que se cumpla con los [requisitos mínimos de cuidado seguro y de calidad](#).
 - La **integración selectiva** implica realizar despistaje de rutina en áreas de servicio específicas (por ej. salas de emergencia) o áreas que pueden mejorar los resultados de la salud en general (por ej. cuidado prenatal, clínicas de VIH y SIDA, planificación familiar, etc.) (Velzeboer, 2003). Esta puede ser una forma eficiente en relación al costo de identificar a las mujeres, pero solo si el personal está bien entrenado y motivado. También es crucial que toda entrevista con sobrevivientes sea coordinada para que la mujer no tenga que repetir la misma historia con riesgo a sufrir trauma nuevamente (Acosta, 2002).
 - El **despistaje de alto riesgo** implica realizar despistaje a grupos de mujeres que han sido identificadas en estado de riesgo de padecer violencia. Dependiendo del entorno, dichos grupos con frecuencia incluyen niñas en matrimonio precoz, empleadas domésticas, niñas en hogares sin madre ni padre, [trabajadoras sexuales](#), mujeres y niñas en situaciones de emergencia, mujeres con enfermedades mentales, [discapacidades](#) y [seropositivas](#).
 - El **despistaje selectivo** solo se realiza cuando hay señales o indicios que la mujer está padeciendo violencia.
- El despistaje universal puede no ser viable en la mayoría de los países en desarrollo debido a la escasez de recursos. Sin embargo, se recomienda la integración selectiva del despistaje en los servicios de salud reproductiva, salud mental, y de emergencia, así como el despistaje selectivo en otros servicios de salud, cuando las mujeres y niñas presentan señales de abuso (Morrison, Ellsberg y Bott, 2007). Los profesionales clínicos deben estar capacitados en las [consecuencias que tiene la violencia hacia las mujeres y niñas sobre su salud](#) y deben entender algunos de los posibles indicios del abuso en la salud.

- Independientemente de qué tipo de despistaje se implementa, las organizaciones que trabajan en salud tienen la [obligación ética](#) de no hacer daño. Deben estar en condiciones de asegurar las precauciones básicas para proteger la vida, la salud y el bienestar de las mujeres antes de implementar el despistaje de rutina. Las precauciones básicas incluyen:
 - Protección de la [privacidad y confidencialidad](#) de las mujeres.
 - Profesionales de la salud con conocimientos, actitudes y habilidades adecuadas para ofrecer lo siguiente:
 - Una respuesta compasiva, sin juzgar, que transmita claramente el mensaje que nadie merece sufrir violencia y que las mujeres tienen el derecho tener una vida libre de ella.
 - Asistencia médica adecuada para las lesiones y consecuencias en la salud, incluyendo [profilaxis para las ITS y el VIH](#) y [anticoncepción de emergencia](#) post violación.
 - Información sobre los derechos legales y cualquier recurso de servicio legal y social en la comunidad.
 - Evaluación de cuándo las mujeres pueden estar en peligro y proporcionar un [plan de seguridad](#) a las mujeres en peligro.
 - [Derivación](#) segura y confiable a servicios que no estén disponibles en ese centro de salud.
- Además, los centros de salud que ofrecen despistaje deben tener un protocolo escrito, un método para documentar la información recogida durante el despistaje, y un sistema de [monitoreo y evaluación](#) para determinar la aceptación de los servicios y la calidad de la asistencia relacionada con el despistaje.
- Cuando se diseña y se usa un protocolo de despistaje, las profesionales de salud deben tomar en cuenta las barreras que existen entre las mujeres y sus comunidades para hablar sobre su situación, tales como el tabú de hablar sobre la violencia, el sentimiento de vergüenza y/o culpa, preocupación acerca de la confidencialidad, etc. Las preguntas del protocolo deben estar debidamente adaptadas y probadas para asegurar que sean adecuadas. Un estudio en la República Dominicana demostró que una pregunta inicial general sobre el estado de la relación con la pareja funcionaba bien. Un estudio cualitativo en Kenya citaba los “límites borrosos entre el sexo forzado y el consensual” para exigir una formulación más exacta de las preguntas para obtener respuestas (Kilonzo et al., 2008).

Ejemplo: el despistaje consistente en Venezuela aumentó la identificación de mujeres que padecieron abuso

Un estudio realizado en Venezuela halló que la herramienta de despistaje que se exhibe más abajo, cuando fue usada sistemáticamente, ayudó a identificar que el 38% de las usuarias nuevas eran víctimas de violencia, comparado con sólo el 7% cuando las orientadoras usaban sólo el despistaje no sistemático. Este estudio fue realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental. (IPPF/RHO) en colaboración con su afiliada venezolana, la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM).

Box 1. Abridged screening form for victims of gender violence

Case number: _____ Date: _____ Name of counselor: _____

Introduction. You know, at PLAFAM we offer education and services about domestic violence, violence in the workplace, and violence in childhood. There are many types of violence that affect a great number of women, and many women living in violent situations have found it helpful to receive assistance for themselves and their children. We at PLAFAM are concerned about the well-being of our clients and we always ask these questions in a confidential manner.

1. Psychological/emotional violence in the family. Have you ever felt hurt emotionally or psychologically by your partner or another person important to you? (For example, constant insults, humiliation at home or in public, destruction of objects you felt close to, ridicule, rejection, manipulation, threats, isolation from friends or family members, and so forth.)

Yes No Who _____
When _____ How _____

2. Physical violence. Has your partner or another person important to you ever caused you physical harm? (For example, hitting, cutting, or burning you?)

Yes No Who _____
When _____ How _____

3. Sexual violence. Were you ever forced to have sexual contact or intercourse?

Yes No Who _____
When _____ How _____

4. Sexual violence in childhood. When you were a child, were you ever touched in a way that made you feel uncomfortable?

Yes No Who _____
When _____ How _____

Fuente: extraído de Guedes et al., 2002b. "Addressing Gender Violence in a Reproductive and Sexual Health Program in Venezuela en Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. p. 266)

Ejemplos adicionales de herramientas para el despistaje:

- ***Living Up to Their Name: Profamilia Takes on Gender-based Violence (Haciendo honor a su nombre: Profamilia se ocupa de la violencia de género)*** (Goldberg/Consejo de Población, 2006). Ver pág.13. Disponible en [inglés](#).

- **Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo** (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C./ Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental, 2004). Ver pp. 109-143. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

- ***Screening for Domestic Violence: A Policy and Management Framework for the Health Sector (Despistaje para detectar la violencia doméstica: Un marco de política y gestión para el sector salud)*** (Martin, L. y Jacobs, T. 2003). Ver la p.14. Disponible en [inglés](#).

- ***Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings (Instrumentos para la evaluación de la victimización por violencia perpetrada por la pareja o violencia sexual para uso en centros de salud)***. (Basile, Hertz, Back/Centres for Disease Control, 2007). Este recurso proporciona a las profesionales de salud un inventario actualizado de las herramientas de evaluación para detectar la victimización por violencia perpetrada por la pareja y/o violencia sexual. La guía fue revisada y completada con la contribución de expertos en estos tipos de violencia y en violaciones, y coordinadoras de programas de educación de los Estados Unidos, y se presenta en dos secciones sobre herramientas para casos de violencia en la pareja y violencia sexual respectivamente. Cada sección proporciona un cuadro que enumera las herramientas relevantes, los antecedentes de su desarrollo, los componentes, su aplicación y seguimientos, las propiedades psicométricas, e incluye la herramienta de evaluación. Disponible en [inglés](#) (con 2 herramientas en español).

- ***Screen to End Abuse (Despistaje para poner fin al abuso)*** incluye cinco viñetas clínicas (*Family Violence Prevention Fund*). Este video demuestra técnicas de despistaje y respuesta a la violencia doméstica en instancias de atención primaria. La película es de 32 minutos de duración y está disponible en VHS, CD y tiene la función de reproducción continua. Disponible en [inglés](#).

Recursos ilustrativos:



- **Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines** (World Health Organization, 2013). Disponible en [inglés](#) (pages 17-19).
- **Barriers in Screening Women for Domestic Violence: A Survey of Social Workers, Family Practitioners, and Obstetrician-Gynecologists (Obstáculos para el despistaje de mujeres para detectar violencia doméstica: Encuesta a trabajadores sociales, médicos generales, y ginecólogos-obstetras** (Tower, L. 2006). Disponible en [inglés](#).
- **Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities (Protocolo modelo de prácticas de despistaje para detectar víctimas de violencia doméstica con discapacidades)** (Hoog, C. 2003). Disponible en [inglés](#).
- **Improving Screening of Women for Violence: Basic Guidelines for Healthcare Providers (Perfeccionamiento del despistaje de mujeres para detectar violencia: Directrices básicas para profesionales de cuidados de salud)** (Stevens, 2005). Disponible en [Inglés](#).

6. Asegure servicios de emergencia y no emergencia

6a. Exámenes forenses las 24 horas

- Los protocolos de los centros de atención deben especificar qué servicios de medicina forense proporcionan. Los servicios clave para atender una agresión sexual incluyen: tratamiento de lesiones, **conservación de evidencia**, prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, y orientación psicológica (Welch y Mason, 2007).
- **Los servicios forenses deben tener un tiempo de espera mínimo**, se les debe dar prioridad, deben contar con profesionales capacitadas y acreditadas que tengan una cantidad mínima de exámenes para mantener su nivel de idoneidad en la recolección de evidencia, documentación de la agresión, y tratamiento de las necesidades emocionales de las sobrevivientes (Ledray, 1999). Siempre que sea posible, el **examen debe ser realizado por una mujer** ya que la mayoría de las sobrevivientes prefieren ser examinadas por una mujer (Welch y Mason, 2007).
- Las mujeres pueden decidir no seguir el procedimiento legal inmediatamente, por lo tanto, los exámenes forenses deben estar disponibles con la **opción de mantener la evidencia forense archivada** en un sobre cerrado por si la mujer decide hacer la denuncia más adelante.

- Los certificados médicos deben expedirse en forma gratuita. Los lineamientos de la OMS recomiendan que **los certificados médicos tengan hasta 20 años de** validez, para el caso que la mujer decida reclamar compensación o hacer una denuncia penal en una fecha posterior.
- Los exámenes forenses deben seguir los [principios orientadores](#) de prestar atención sanitaria a las sobrevivientes. En especial, las mujeres pueden temer ser víctimas de represalias si inician un proceso legal, por lo tanto la [confidencialidad](#) en torno a los exámenes forenses reviste suma importancia. En los Estados Unidos, para cumplir con este requisito, hay disponibles pruebas de violación anónimas en todo el país. La prueba de virginidad nunca debe ser parte del examen forense, ya que viola los derechos y la autonomía de la sobreviviente.
- Estudios realizados en los EE.UU. demostraron que si la sobreviviente **mira un video** que describe el examen forense de agresión sexual, se puede reducir el estrés que le produce el mismo en el momento en que se lleva a cabo. (Martin, 2007).
- **También se debe proporcionar información escrita a las sobrevivientes** para reforzar la información que reciben durante su examen médico. Algunas sobrevivientes pueden estar en estado de shock en el momento del tratamiento inicial y por lo tanto pueden no asimilar en su totalidad toda la información que el examinador forense comparte en forma oral. La información escrita puede incluir:
 - Qué implica un procedimiento de examen físico;
 - Los riesgos de una agresión sexual para la salud y la necesidad de realizar pruebas y seguir un tratamiento;
 - Riesgos de VIH;
 - Tipos de tratamientos y efectos secundarios;
 - Prevención del embarazo;
 - Impacto psicológico y estrategias para sobrellevarlo;
 - Apoyo adicional después de una agresión sexual: servicios comunitarios y/o líneas telefónicas de ayuda.

(Extraído/adaptado de: Jewkes, R., 2006. “*Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health Sector Response to Sexual Violence*”, inédito.)

Herramientas ilustrativas:

- ***Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence (Directrices para la asistencia médico-legal de las víctimas de violencia sexual)*** (Organización Mundial de la Salud, 2003); ver “*Forensic Specimens*” (pp. 57-63). Disponible en [inglés](#).
- ***The Sexual Assault Forensic Examiner Coordinator's Handbook (Manual para coordinadores de examinadores forenses de agresión sexual)*** (SAFE

por sus siglas en inglés) (Carman, R., 2010). Diseñados para coordinadores de SAFE, examinadores, y profesionales del departamento de emergencias, como personal de enfermería, trabajador social, y médico. Este manual de preguntas y respuestas utiliza estudios de caso y otras herramientas prácticas para proporcionar orientación concreta relativa a todos los aspectos operativos del programa SAFE. Disponible en [inglés](#).

- ***Sexual assault nurse examiner (SANE) development & operations guide (Guía de desarrollo & operaciones para personal de enfermería examinador de agresión sexual - SANE)*** (Ledray, L. 1999). Washington DC: *Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice*. Disponible en [inglés](#).
- ***Clinical care for Sexual Assault Survivors (Atención clínica para sobrevivientes de agresión sexual)*** (*International Rescue Committee*, 2009). Disponible en [inglés](#).

Recursos adicionales:

- ***Forensic Evidence for Sexual Assault: A South African Perspective (Pruebas forenses de agresión sexual: una perspectiva sudafricana)*** (Martin, L. 2001). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 78 (Suplemento 1), pp. S105-S110.
- ***Rape and Sexual Assault (Violación y agresión sexual)*** (Welch, J. y Mason. F., 2007). *BMJ*; 334, pp. Disponible en [inglés](#).

6b. Evaluación y planificación de la seguridad

- Una tarea fundamental de quienes prestan servicios de salud es evaluar la seguridad de una sobreviviente y ayudarla a mantenerse fuera de peligro. Algunas de las áreas de peligro principales para quienes padecen violencia pueden incluir:
 - Daño inminente en los próximos minutos, horas o días
 - Riesgo a corto y largo plazo de ser asesinada
 - Riesgo de daño autoinfligido, incluidos los pensamientos e impulsos suicidas
 - Graves consecuencias en la salud reproductiva, tales como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc.
 - Peligro para los niños y niñas que puedan estar involucrados.
- Más abajo se ofrece una lista con ejemplos de preguntas para evaluar el peligro. Sin embargo, es importante que las profesionales diseñen sus preguntas de evaluación del peligro de acuerdo a su contexto cultural, y que las prueben para determinar que sean apropiadas y posibles de usar. También es importante que los profesionales escuchen a las pacientes para determinar el nivel del peligro. La evaluación de las

mujeres de su propia situación de riesgo es tanto o más importante, que los resultados de una herramienta de evaluación del riesgo para predecir la futura exposición a la violencia.

Ejemplos de preguntas de evaluación del peligro de violencia en la pareja

1. ¿En el último año, aumentó la frecuencia de la violencia física?
2. ¿En el último año, aumentó la gravedad de la violencia física?
3. ¿Alguna vez su pareja intenta ahogarla?
4. ¿Hay algún arma de fuego en la casa?
5. ¿Alguna vez su pareja la obligó a tener sexo aunque usted no quería?
6. ¿Su pareja consume drogas? Es decir, estimulantes o anfetaminas, *speed*, polvo de ángel, cocaína, “drogas callejeras” o mezclas.
7. ¿La amenaza con matarla o usted cree que es capaz de matarla?
8. ¿Él se emborracha todos los días o casi todos los días? (En términos de cantidad de alcohol.)
9. ¿Él controla la mayoría o todas sus actividades diarias? Por ejemplo, le dice quienes pueden ser sus amigas, cuánto dinero puede llevar para hacer compras, o cuándo puede usar el auto.
10. ¿Alguna vez le pegó cuando estaba embarazada?
11. Si nunca estuvo embarazada de él, marque aquí ____)
12. ¿Él está constante y violentamente celoso de usted? (Por ejemplo, le dice cosas como: “Si no eres mía, no serás de nadie.”)
13. ¿Usted alguna vez intentó suicidarse o amenazó hacerlo?
14. ¿Alguna vez él amenazó suicidarse o lo intentó?
15. ¿Él es violento con sus hijos o hijas?
16. ¿Él es violento fuera de su casa?

Extraído de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. [*Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals*](#). NY, NY: Federación Internacional de Planificación de la Familia: Región del Hemisferio Occidental, p. 92, y adaptado de Campbell, 1998.

- Después de evaluar el nivel de peligro de cada mujer, las profesionales de salud pueden trabajar con las sobrevivientes para delinear planes de seguridad. Existen diferentes métodos para vigilar la seguridad. Algunos dan prioridad al control de la sobreviviente sobre la implementación de los planes de seguridad, y otras promueven un seguimiento más proactivo para asegurar la continuidad de la atención, seguridad y acceso al apoyo durante el período en el cual la seguridad puede estar en riesgo (Consejo de Europa; 2008a). En todos los casos, **quien preste atención médica debe respetar la capacidad de la sobreviviente de identificar los riesgos a su propia seguridad así como las posibles estrategias para mitigar esos riesgos.** Cuando exista riesgo para niños y niñas, el personal de salud debe adherirse a los protocolos institucionales o nacionales sobre su protección.

- Algunos puntos y estrategias importantes que el personal de salud y las sobrevivientes deben tener en cuenta al desarrollar un plan de seguridad incluyen:
 - Posibles rutas de escape y lugares donde la mujer puede ir en caso de emergencia (por ej. La casa de un familiar o una amiga, preferentemente en una dirección que el agresor no conozca) si necesita dejar su casa en algún momento en el futuro.
 - Saber/memorizar el(los) número(s) de teléfono de organizaciones que brindan ayuda, si las hay en esa zona.
 - Saber donde obtener anticonceptivos de emergencia y profilaxis post exposición para prevenir las ITS, incluido el VIH, en caso de violencia sexual.
 - Avisar a una o más vecinas de confianza que estén atenta a los indicios de violencia y que llamen a la policía o a otros miembros de la comunidad si advierten algo inusual.
 - Hablar con los hijos y las hijas acerca de qué hacer y a dónde ir a buscar ayuda en caso que suceda un incidente violento y ensayar juntos un plan de escape.
 - Decidir qué debe tener pronto una mujer en caso que sea necesario salir de su casa rápidamente (por ej. ropa, dinero, documentos, llaves).
 - Preparar un bolso con estos artículos y guardarlo en algún lado de la casa o dárselo a una amiga o familiar.
 - Pensar estrategias para reducir el riesgo una vez que comienza el conflicto. Por ejemplo, si no se puede evitar una discusión, tratar de que ocurra en una habitación con una salida de escape fácil.
 - Mantenerse alejada de habitaciones donde haya armas. (Adaptado de Bott et al., 2004, y Velzeboer et al., 2003)

- Puede resultar útil tener una lista de control a mano para revisar algunos de estos puntos de seguridad con quienes estén en situación de riesgo.

Lista para planificar la seguridad

Aquí se enumeran algunos artículos para tener ya prontos si planea escapar de una situación de violencia. Mantenga estos artículos en un lugar seguro hasta que esté pronta para partir, o para el caso que deba irse rápidamente. Si tiene hijos(as), llévelos(as) con usted. También lleve a sus mascotas (si es posible).

Documentos de identificación para usted y sus hijas(os)

- Partidas de nacimiento
- Tarjeta de seguridad social (o los números escritos en un papel si no puede encontrar las tarjetas)
- Licencia de conducir
- Identificación con foto o pasaportes
- Tarjeta de asistencia social
- Tarjeta de residencia permanente

Documentos personales importantes

- Certificado de matrimonio
- Sentencia de divorcio
- Sentencia de custodia
- Protección legal u orden de amparo
- Documentos del seguro médico y tarjetas sanitarias
- Historias médicas de todos los

- Contrato de arrendamiento o escritura de la casa
- Título del auto, registro e información del seguro

Fondos

- Efectivo
- Tarjetas de crédito
- Tarjetas de débito
- Chequeras y libretas de banco (con recibos de depósito)

Llaves

- Casa
- Auto
- Caja de seguridad del banco o casilla de correo

Un medio de comunicación

- Tarjeta telefónica
- Teléfono celular
- Agenda telefónica

Medicamentos

Por lo menos suministro para un mes de todos los medicamentos que Ud. y sus hijos/hijas están tomando. También copia de las recetas médicas

Una forma de subsistir

- Joyas o pequeños objetos que pueda vender si se queda sin dinero o deja de tener acceso su cuenta bancaria

Cosas que la ayuden a emocionalmente

- Fotos
- Recuerdos
- Libros o juguetes infantiles

miembros de la familia

- Certificados de escolaridad de los niños y niñas
- Documentos de inversiones/ números de registro y de cuentas
- Permisos de trabajo
- Documentos de inmigración

Fuente: *National Women's Health Information Center. 2008. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health.* Disponible en [pdf](#).

Ejemplo: En Nicaragua, la Red de Mujeres contra la Violencia ha desarrollado **tarjetas pequeñas para que los profesionales de salud entreguen a sus pacientes**. En esas tarjetas está impreso el siguiente mensaje: "Si está viviendo una situación de violencia, hay formas de salir de ella." Son pequeñas y por tanto fáciles de esconder y proporcionan información básica sobre planes de seguridad (Velzeboer, 2003). En los Estados Unidos, el Fondo para la prevención de la violencia familiar ha producido tarjetas de seguridad para ser distribuidas en los centros de salud e informar a las pacientes sobre cómo pueden mejorar su seguridad y su salud. Incluyen la Tarjeta de Seguridad de Salud Reproductiva y la Tarjeta de Seguridad de las Mujeres para las pacientes. Estas tarjetas están diseñadas para ayudar a las mujeres a reconocer el impacto que pueden tener sus relaciones íntimas en su salud reproductiva en general así como en la salud de sus hijos e hijas. Estas tarjetas también proporcionan información para la planificación de la seguridad y la derivación profesional y están disponibles en inglés y español Visite la [tienda](#) del Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar para acceder a estas tarjetas.

- Si las mujeres se encuentran en una situación de peligro inmediato y no pueden regresar a su casa, es importante encontrarles un lugar seguro. Puede ser útil crear espacios seguros dentro de los servicios de salud donde las mujeres puedan permanecer hasta que sean derivadas a un refugio/sitio seguro.

Ejemplo: En Aarohi, India, se han reservado dos camas en la unidad psiquiátrica del hospital para casos de emergencia cuando las mujeres no pueden volver a su casa y necesitan refugio temporario mientras se les busca otro. Esto es especialmente importante para las sobrevivientes, ya que puede ser difícil encontrar albergue en la noche. ([UNFPA](#), 2009)

Herramientas ilustrativas:

Para encontrar recursos adicionales sobre planificación de la seguridad, busque en la [sección herramientas](#).

- ***Violence Against Women Safety Planning List (Lista para planificar la seguridad en casos de violencia hacia la mujer)***. U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health (National Women's Health Center, 2008). Disponible en [inglés](#).
- ***Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings (Evaluación de victimización por violencia en la pareja y violencia sexual para uso en el ámbito de la atención de la salud)*** (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2007)

Este recurso, elaborado por KC. Basile, MF Hertz, y SE Back para Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, proporciona a profesionales y clínicos un inventario actualizado de herramientas de evaluación para identificar la victimización por violencia en la pareja (VP) y/o violencia sexual (VS). La guía fue revisada y concluida con las contribuciones de expertos en VP y SV y coordinadores de programas de educación y violación de los Estados Unidos. Se presenta en dos secciones sobre herramientas para casos de VP y VS respectivamente. Cada sección proporciona un listado de herramientas importantes, antecedentes sobre su desarrollo, componentes, aplicación y seguimiento, propiedades psicométricas y además incluye la propia herramienta de evaluación. Disponible en [inglés](#) (con 2 herramientas en español).

- **Safety Plan (Plan de seguridad)** (*North Carolina Coalition against Domestic Violence*). Disponible en [inglés](#).

- **Model Protocol On Safety Planning for Domestic Violence Victims with Disabilities (Protocolo modelo de planificación de la seguridad de víctimas con discapacidades)** (*Washington State Coalition Against Domestic Violence, 2003*). Disponible en [inglés](#).
- **Inventory of Spousal Violence Risk Assessment Tools (Inventario de las herramientas para la evaluación del riesgo de violencia conyugal)**, utilizadas en Canadá. Ministerio de Justicia. A la venta en [inglés](#).

- **Aid to Safety Assessment Planning (ASAP) (Asistencia para la planificación de la evaluación de la seguridad)**. Es un manual creado como resultado de una asociación entre la División de servicios para la víctima y prevención del delito, Ministerio de Seguridad Pública de y el Instituto de BC contra la violencia familiar. El objetivo de este manual es reducir el riesgo de violencia proporcionando una estrategia de gestión de la seguridad comprensiva y coordinada, que el personal de los servicios para la víctima pueda usar en cooperación con otras agencias de justicia importantes, para ayudar a las mujeres a tomar decisiones sobre la evaluación de la seguridad. Fue diseñada para examinar los factores de riesgo desde la perspectiva de la víctima y pone en relieve la necesidad que las agencias pertinentes y la víctima trabajen juntas y, cuando sea apropiado, compartan información sobre los factores de riesgo conocidos. El manual y el ejemplo de hoja de trabajo incorporan elementos de herramientas establecidas, tales como la evaluación del riesgo de agresión conyugal (SARA por sus siglas en inglés) y el breve formulario de agresión conyugal para la evaluación del riesgo (B-SAFER por sus siglas en inglés) para formular planes de seguridad apropiados. Para encargar una copia del manual ASAP por favor visite el [sitio web](#) del *Centre for Counselling and Community Safety, Justice Institute of British Columbia*.

- **Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER) (Breve formulario de agresión conyugal para la evaluación del riesgo)**. Este

formulario fue desarrollado en colaboración por el *British Columbia Institute Against Family Violence*, P. Randall Kropp, Ph.D., Stephen D. Hart, Ph.D., Henrik Belfrage, Ph.D., y el Ministerio de Justicia de Canadá. El desarrollo de la herramienta B-SAFER se basó en una serie de objetivos: para facilitar el trabajo de profesionales de la justicia penal en la evaluación del riesgo en los casos de violencia conyugal, guiar a los profesionales a obtener información relevante necesaria para evaluar el nivel de riesgo, asistir a las víctimas con la planificación de la seguridad y en última instancia trabajar para prevenir futuros daños y más incidentes de gravedad.

- ***Danger Assessment (Evaluación del Peligro)***. En New Brunswick, los servicios de atención a las víctimas utilizan la Evaluación del Peligro. En Nueva Escocia, el personal de casas de transición, servicios de atención a la víctima y servicios de protección a la infancia (pertenecientes al Ministerio de Servicios Comunitarios) está entrenado en el uso de la herramienta Evaluación del Peligro, desarrollada por Jacquelyn Campbell, Ph.D., Lic. Enf., F.A.A.N. de los Estados Unidos. El uso de esta herramienta es parte de un proceso de colaboración a través del Marco del Protocolo para la Coordinación de casos con Alto riesgo de Letalidad. Si algún profesional de servicios primarios califica el archivo de una mujer como de alto riesgo, se inicia el intercambio de información con las agencias pertinentes. La herramienta Evaluación del Peligro comprende dos partes: la primera porción de la herramienta evalúa la gravedad y frecuencia del abuso proporcionando a la mujer un calendario del año anterior. Se pide a la mujer que marque fechas en las cuales tuvieron lugar los episodios de abuso. Los incidentes se califican de menos a más graves. Los indicadores incluyen: bofetadas, empujones, puñetazos, puntapiés, hematomas, golpizas (es decir, quemaduras, fractura de huesos y pérdida de embarazo), amenazas de usar un arma y finalmente, uso de un arma provocando heridas. La segunda porción de la herramienta es un instrumento de 20 ítems con un sistema de puntaje ponderado que cuenta las respuestas sí/no a preguntas sobre factores de riesgo vinculados con el riesgo de homicidio perpetrado por la pareja. Para más información, por favor visite el [sitio web](#).

6c. Asistencia y apoyo emocional

- La orientación psicológica es una intervención crucial que puede tener importantes beneficios para las sobrevivientes – incluidos un mejor funcionamiento físico, niveles más bajos de depresión (Tiwari, 2005 citado en Ellsberg, 2006), mayor autoestima y seguridad en sí misma, e incluso menor exposición al abuso (Laverde, 1987, citado en Ramsey, 2005). La terapia cognitivo-conductual enfocada en el trauma puede ser especialmente útil para reducir los problemas de salud mental asociados con la violencia (OMS, 2009c). Sin embargo, es crucial que quienes brinden asistencia y apoyo emocional hayan recibido [capacitación](#) adecuada en temas relacionados al impacto psicológico que tienen los diferentes tipos de violencia hacia las mujeres y las niñas (Bott et al., 2004).

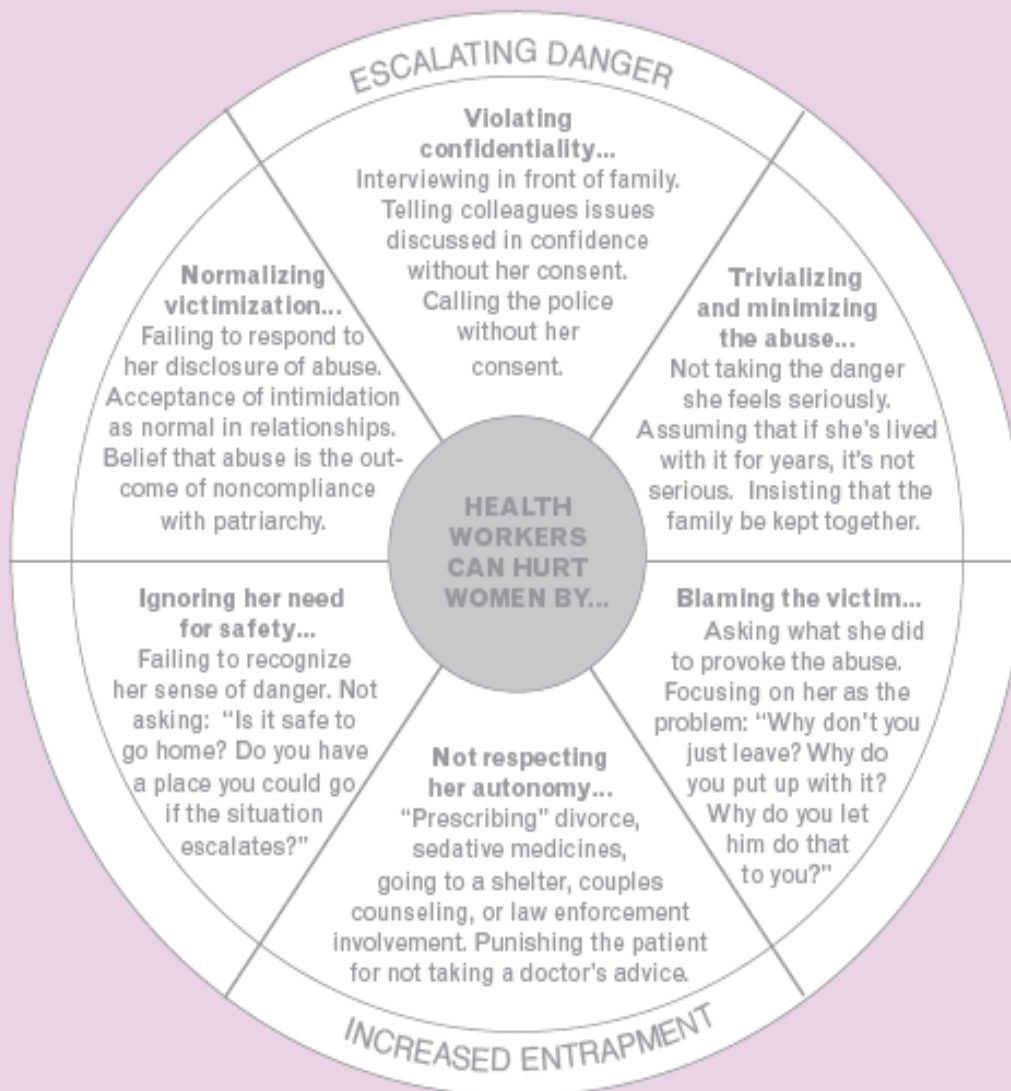
- Los profesionales deben recibir capacitación para preguntar a las mujeres directamente sobre violencia. Especialmente a mujeres en cuidados prenatales y mujeres que muestran ciertas condiciones, tales como lesiones, síntomas de ansiedad, uso indebido de drogas, infecciones de transmisión sexual y síntomas ginecológicos.
- [Terapia cognitivo conductual](#) puede ser especialmente útil para reducir los problemas de salud mental asociados con la violencia de pareja y la violencia sexual (OMS, 2010a). Sin embargo, es crucial que quienes brinden la atención y el apoyo emocional tengan una adecuada [capacitación en orientación](#) sobre temas relacionados con el impacto psicológico de los diferentes tipos de violencia contra las mujeres y las niñas (Bott et al., 2004). Algunas intervenciones incluidas las relacionadas con el desorden de estrés postraumático requieren una psicóloga o un especialista en salud mental altamente capacitado. Se ha demostrado que otros, tales como la intervención en casos de crisis, no son efectivos.
- La experiencia e idoneidad de los especialistas en violencia hacia la mujer debe incluir, como mínimo, conocimiento sobre lo siguiente (ver también recursos para habilidades de orientación en: [capacitación del personal](#)):
 - Análisis de la violencia hacia la mujer con perspectiva de género
 - Técnicas de intervención en situaciones de crisis
 - Trauma, cómo sobrelvarlo y supervivencia
 - Conceptos actuales de bienestar e inclusión social
 - [Confidencialidad](#)
 - [Habilidades de comunicación](#) y técnicas de intervención
 - Generalidades sobre los sistemas de justicia penal y civil
 - Una actualización y revisión de las [leyes relevantes](#)
 - Disponibilidad de recursos estatales y comunitarios
 - No-discriminación y diversidad
 - Empoderamiento (Consejo de Europa, 2008a)
- El Consejo de Europa recomienda que haya un servicio de orientación psicológica disponible por cada 50.000 mujeres (o al menos uno en cada ciudad regional) con derivación solo a profesionales cualificados en otros servicios terapéuticos (Consejo de Europa, 2008a). La incorporación de servicios de orientación en los centros de salud no solo puede hacerlos más accesibles para las sobrevivientes, sino que también puede tener beneficios secundarios, tales como ubicar este problema en un lugar más destacado entre las profesionales de la salud.

Ejemplo: En India, al ubicar centros de orientación familiar dentro de los hospitales se ha logrado que en el ámbito médico se reconozca que la violencia contra las mujeres y las niñas es un problema de salud legítimo (UNFPA, 2009).

Ejemplo: En Honduras, se establecieron 13 centros de orientación familiar en centros regionales de salud. A cada uno se lo dotó de al menos una trabajadora social y una psicóloga y brinda orientación individual y en grupo para las sobrevivientes, así como actividades de capacitación y prevención para trabajadores de la salud y promotores comunitarios (Velzeboer et al., 2003).

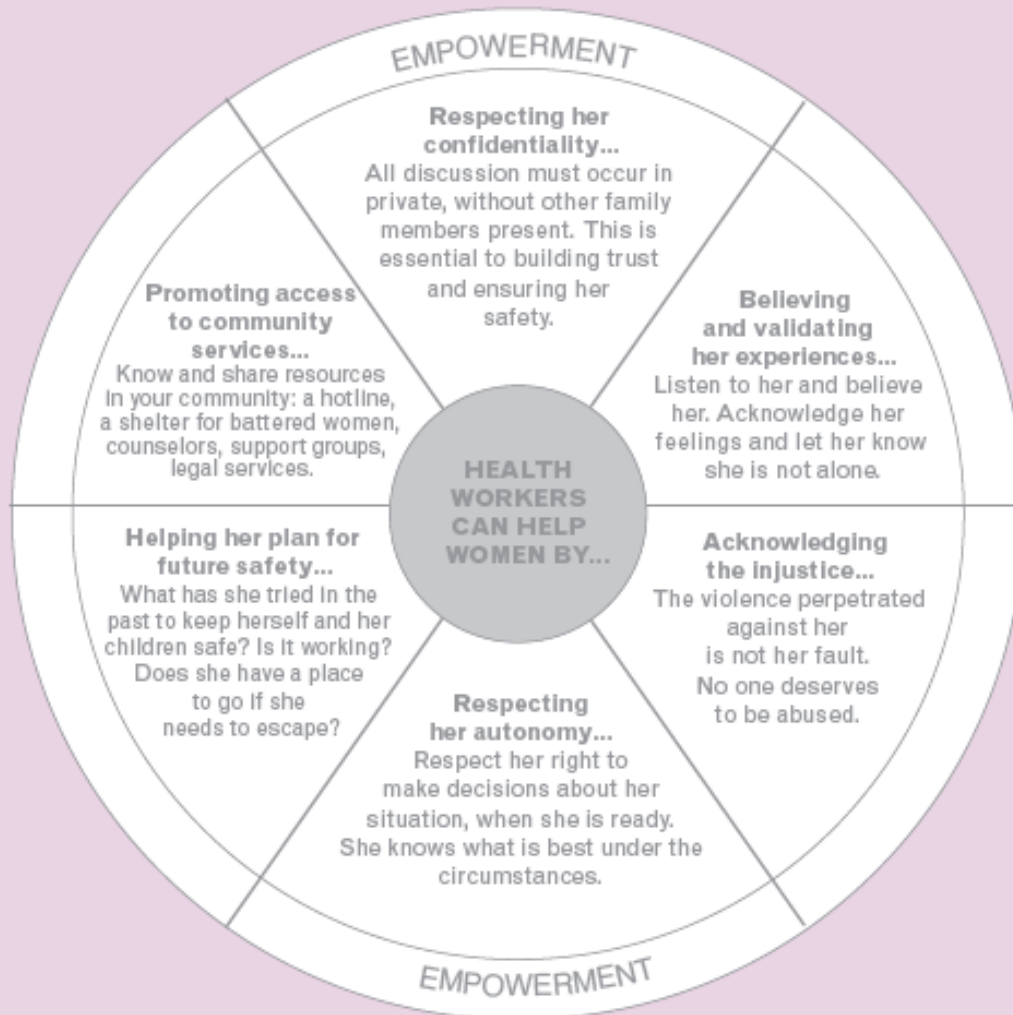
- Sin embargo, en muchos entornos de desarrollo, el estándar del Consejo de Europa puede ser poco realista, y este estándar puede no abordar las necesidades de las mujeres que viven en áreas rurales difíciles de acceder. Por lo tanto es crucial que **todas las profesionales de la salud que trabajen con sobrevivientes tengan amplio conocimiento de las técnicas de apoyo para asistir a las sobrevivientes**, que estén basadas en los [principios orientadores](#). Los siguientes diagramas ilustran cómo el trabajo con las sobrevivientes con adherencia a principios básicos puede tener un efecto terapéutico.

BOX 6-5. GENDER-BASED VIOLENCE: ARE HEALTH WORKERS PART OF THE PROBLEM?



[see attachment for translations]

...OR ARE HEALTH WORKERS PART OF THE SOLUTION?



The Medical and Power Wheel, developed by the Domestic Violence Project, Inc. Kenosha, Wisconsin, U.S.A.

Fuente: Velzeboer, M., Ellsberg, M., Arcas, C., y Garcia-Moreno, C., 2003. [Violence against Women: The Health Sector Responds](#). Washington, DC: PAHO, pp.70 & 71.

- Si no hay orientadores profesionales disponibles, si hay barreras para acceder al apoyo psicosocial individual, o como complemento de los servicios ya existentes, Se pueden crear grupos de apoyo con personal de la salud como moderadoras capacitadas (Ellsberg y Arcas, 2001).

- Aunque los moderadores no necesitan tener diplomas superiores en psicología, trabajo social, o áreas de estudio relacionadas, deben tener la capacitación específica en temas de violencia hacia la mujer, así como en moderación de grupos de apoyo, y deben comprender el proceso para diseñar grupos de apoyo, las etapas de desarrollo grupal, el rol del moderador, etc.

Estudio de caso: Grupos de apoyo de mujeres como parte de un modelo integral de atención a la violencia familiar en América Central (Organización Panamericana de la Salud)

Uno de los grupos de apoyo del Programa en El Salvador, Barrio Lourdes, documentó lo aprendido:

Lourdes, documentó lo aprendido:

Ser independientes
Valorarnos
Ser más responsables con los(as) hijos(as)
Tomar decisiones con responsabilidad por una misma
Reconocer nuestras cualidades
No ser violentas
Estimarnos
Poner en práctica las habilidades
Decir "soy capaz, yo puedo"
Empoderarnos
Que respeten nuestros derechos y no nos maltraten
Querernos
Perdonar
Liberarnos
Respetar
Amar
Ser solidarias con el resto del grupo

Los grupos de apoyo pueden ser importantes para el bienestar psicológico de las sobrevivientes, en especial en entornos de escasos recursos, donde puede haber menos profesionales de la salud mental. Una de las principales ventajas de los grupos de apoyo es que hacen posible que los centros de salud atiendan a muchas más personas que cuando se brinda atención psicológica individual. Además, no es necesario que las moderadoras del grupo sean profesionales de la salud mental, aunque es preciso que cuenten con capacitación especial. Otra ventaja es que las mujeres tienen la oportunidad de ayudarse unas a otras, se dan cuenta que no son las únicas que padecen violencia; y desarrollan vínculos en común y, en algunos casos, toman acciones colectivas. Todos estos son elementos importantes para poner fin a la violencia. Un programa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América Central ha intentado promover grupos de apoyo mediante la capacitación de personal y la distribución de material educativo. En cada uno de los países hay por lo menos una experiencia piloto exitosa de grupos de apoyo. En América Central, hay varias organizaciones, por ejemplo, Centro Feminista de Información y Acción ([CEFEMINA](#)) en Costa Rica, con amplia experiencia en autoayuda o grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia. Sin embargo, una revisión de los grupos de apoyo de la región demostró una gran disparidad en cuanto a cuán generalizados están los grupos dentro de cada país. Un hallazgo importante fue que el éxito o fracaso de los grupos estaba muy vinculado a la motivación e idoneidad de cada trabajador de la salud que con las características de la comunidad, o la capacitación profesional de los facilitadores.

Uno de los enfoques más completos fue el de la Policlínica del Barrio Lourdes en El Salvador, donde se organizaron varios grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia, incluso uno para mujeres mayores. Lo que hace que esta experiencia se destaque es que los grupos están dirigidos por una fisioterapeuta y una especialista en educación especial, a pesar que el centro cuenta con varios psicólogos. Los moderadores no fueron elegidos por su experiencia profesional sino por su interés en el tema y su capacidad para inspirar confianza en las personas. Para más información sobre las lecciones aprendidas, vea el documento en [español](#).

Fuente: extraído de: Ellsberg, M. y Arcas, C., 2001. *Sistematización del proyecto OPS: Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Informe final*. Estocolmo, Suecia: Departamento para la Democracia y el Desarrollo Social: evaluación ASDI, pp. 24-25).

Recursos:

- ***Caring for Survivors Training Manual (Manual de capacitación para la asistencia a las sobrevivientes)*** (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010). Módulo 8. Disponible en [inglés](#).
- ***Communication Skills in Working with Survivors of Gender-based Violence: A Five-day Training Manual (Habilidades de comunicación en el trabajo con sobrevivientes de violencia de género: manual para cinco días de capacitación)*** (*International Rescue Committee y Family Health International*, 2000). Día 4. Disponible en [inglés](#).
- ***Counsellor's Training Manual, (Manual de capacitación para orientadores), Help & Shelter, Guyana (Jackson, J.)***. Disponible en [inglés](#).
- ***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*** (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C./IPPF/RHO, 2004). Ver Sección V.d.: Grupos de apoyo para las mujeres. Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- ***Mental Health Responses for Victims of Sexual Violence and Rape in Resource-Poor Settings*** (Sexual Violence Research Initiative, 2011). Available in [English](#).
- ***THE POWER TO CHANGE: How to set up and run support groups for victims and survivors of domestic violence (EL PODER PARA CAMBIAR: Cómo crear y dirigir grupos de apoyo para víctimas y sobrevivientes de violencia doméstica)***. (NANE, AMCV, Associazione Artemisia, NGO Women's Shelter, y Women's Aid Federation of England, 2008). Este manual, elaborado dentro del Proyecto *Daphne Project* en Europa, define las consideraciones clave necesarias para crear y dirigir grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia doméstica. Incluye tres modelos posibles como base para dirigir tales grupos. Disponible en [inglés](#), [estonio](#), [húngaro](#), [italiano](#), [portugués](#) y [serbio](#).
- ***Counseling Guidelines on Domestic Violence (Directrices para orientadores sobre casos de violencia doméstica)*** (Southern African AIDS Training Programme, 2001) Harare, Zimbabwe. Disponible en [inglés](#).
- ***Trainer's Manual for Rape Trauma Counselors in Kenya (Manual de capacitación para orientadores de trauma post violación en Kenya)*** (Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya, 2006). Disponible en [inglés](#).

Se han elaborado varias directrices y herramientas en temas generales relacionados con la asistencia y el apoyo humanitario en casos de emergencia, que también pueden ser útiles en contextos de no emergencia. Estas incluyen:

- [Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings](#). (Directrices para el apoyo a la salud mental y psicosocial en situaciones de emergencia). Estas directrices recogen las percepciones de profesionales de diferentes regiones geográficas, disciplinas y sectores, y por tanto reflejan un consenso emergente sobre la buena práctica entre profesionales. La idea central de las directrices es que, en la fase temprana de una emergencia, son esenciales los apoyos sociales para proteger y respaldar la salud mental y el bienestar psicosocial.
- [Psychological First Aid: Field Operations Guide](#). (Primeros auxilios psicológicos: manual de operaciones en el terreno) *National Child Traumatic Stress Network* y *National Center for post traumatic stress disorder*. Un sistema modular de abordaje basado en la evidencia, para asistir a las personas inmediatamente después de un desastre o un ataque terrorista: el objetivo es reducir el estrés inicial, y fomentar la función adaptativa de corto y largo plazo. Está dirigido al personal de respuesta ante una situación de desastre. Incluye a quienes prestan respuesta inicial, sistemas de comando de incidentes, profesionales de atención de la salud primaria y de urgencia, equipos de respuesta ante crisis en las escuelas, organizaciones de índole religiosa, organizaciones de socorro para casos de desastre.
- [Coping with disaster – A guidebook to psychosocial intervention](#) (Cómo sobrellevar una situación de desastre – Manual para la intervención psicosocial). Este manual contiene una variedad de intervenciones psicosociales orientadas a ayudar a las personas a sobrellevar los efectos emocionales de los desastres. Está dirigido a los trabajadores de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros orientadores), trabajadoras de atención de la salud primaria (doctoras, enfermeras, y otras profesionales comunitarias de la salud), trabajadores que prestan socorro en situaciones de desastre, maestros, líderes religiosos y comunitarios, y oficiales de gobierno y organizaciones cuyo trabajo está relacionado con la respuesta a los desastres. Fue elaborada como guía para el terreno o como base para programas de capacitación breves o extensos sobre cómo responder ante los efectos psicosociales de los desastres.

6d. Aborto sin riesgos

El Programa de Acción de [la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo](#) (1994) reconoce la importancia del aborto seguro, declarando que "... la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas... interrupción del embarazo... incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias..." (párr. 7.6) y que "en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas (párr. 8.25)." Durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 1999, los gobiernos acordaron

que “En circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres.” (WHO, 2003a).

- Entre las muchas consecuencias negativas de la violencia, para la salud de las mujeres y niñas, los embarazos no deseados son un problema que puede verse agravado por el hecho que las mujeres y las niñas que padecen violencia con frecuencia tienen menor acceso a la información sobre planificación familiar, anticonceptivos, y otras formas de cuidado de la salud reproductiva.
- Los embarazos no deseados pueden tener como resultado la práctica de abortos en condiciones de riesgo cuando las mujeres y las niñas tratan de interrumpir su embarazo ellas mismas o a través de servicios no autorizados o clandestinos.
- Todas las sobrevivientes en edad reproductiva deben recibir evaluación de los riesgos para el embarazo y la anticoncepción de emergencia indicada. En entornos donde el aborto es legal, se debe informar sobre la opción de interrupción del embarazo, y los centros de salud que atienden sobrevivientes de violencia hacia la mujer deben prestar servicios de aborto a bajo costo o gratuitos, o deben disponer de referencias profesionales para mujeres que deseen abortar.

Para directrices sobre el aborto en el sistema de salud, vea:

- ***Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*** (2003). Organización Mundial para la Salud. Disponible en [azerí](#), [Bosnio](#), [inglés](#), [francés](#), [ruso](#) y [español](#).

Recursos adicionales:

- Para encontrar una variedad de orientación técnica y de políticas sobre **prevención del aborto en condiciones de riesgo** vea el [sitio web](#) de la Organización Mundial de la Salud.
- **La atención del aborto centrada en la mujer: Manual del capacitador** (Hyman, A. and Castleman, L./Ipas, 2007). Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- ***Violence, pregnancy and abortion: Issues of Women’s Rights and Public Health*** (Violencia, embarazo y aborto: asuntos de derechos de las mujeres y salud pública) (De Bruyn, M./Ipas 2003). Disponible en [inglés](#).

7. Asegure que existan registros médicos y un sistema de información para documentar los casos

- Se necesita un sistema de información de salud que recoja los datos para supervisar la atención de la paciente así como para monitorear los servicios. Cada centro de salud que presta servicios debe mantener estadísticas usando una forma estándar de recolección de información.
- Los archivos de las pacientes deben, como mínimo, contener la siguiente información:
 - Tipo de violencia
 - Sexo de la víctima
 - Edad de la sobreviviente
 - Edad del agresor y su relación con la sobreviviente (Velzeboer, 2003)
- Se puede recoger información demográfica adicional sobre si el incidente tuvo lugar en una zona rural o urbana y en qué subgrupo poblacional (por ej. indígena; categorías étnicas y raciales; inmigrantes; mujeres con discapacidades; otros grupos prominente o especialmente excluidos).
- El archivo del caso también debe incluir una descripción detallada sobre el acto de violencia, incluido el tipo de agresión, el número de agresores y la hora en que tuvo lugar la agresión. En lo posible, el texto debe recoger las propias palabras de la mujer y debe evitar todo lenguaje que juzgue o critique el comportamiento o la apariencia de la sobreviviente, y que pueda ser usado contra la mujer en un posible proceso judicial (Tavara, 2006).
- Es de suma importancia garantizar la total confidencialidad, no solo en los mismos archivos (por ej. usando un número para la paciente en lugar de su nombre) sino también asegurando que todos los archivos se guarden bajo llave. Sólo el personal seleccionado debe tener acceso a las llaves y la gerencia debe implementar un sistema para distribuir y compartir los archivos dentro del centro.
- IPPF/RHO ha diseñado el siguiente sello para incluir en los formularios de admisión para indicar que la paciente pasó por el proceso de despistaje para identificar violencia:

Fecha: ___/___/___			
¿En riesgo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Aceptó ayuda?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Alguna vez	En los últimos 12 meses	Pareja √ = Sí
PSI			
FIS			
Sx			
ASI			

Las cuatro categorías de violencia de género, definidas por un grupo de trabajo, basadas en las definiciones existentes, la literatura y en la experiencia de las afiliadas de IPPF/RHO, se pueden identificar usando los siguientes códigos: **PSI**: violencia psicológica; **FIS**: violencia física; **Sx**: abuso sexual; **ASI**: implica antecedentes de abuso sexual infantil.

Fuente: extraído de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, 2000. "*Tools for Service Providers Working With Victims of Gender-Based Violence.*" Disponible en [inglés](#).

Ejemplo: En Malasia, se desarrollaron dos sistemas para proteger la confidencialidad de las pacientes: códigos de colores o sellos en los archivos de registro (Rastam, 2002; Rogow, 2006; y Guezmes & Vargas, 2003, citado en Colombini, 2008).

El equilibrio entre la confidencialidad y la necesidad de completar los registros médicos

Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental

Un reto importante para muchas clínicas es asegurar que los profesionales de la salud puedan registrar información detallada sobre las experiencias de las mujeres con la violencia sin revelar esta información a terceras partes sin el consentimiento de la mujer. Las participantes en la iniciativa de IPPF/RHO creían que el abuso y la violencia tienen un grave impacto en la salud sexual y reproductiva de la mujer y por lo tanto son una parte esencial de la historia clínica de la mujer que es necesaria para asegurarle la atención adecuada. Por otro lado, algunos profesionales sentían que no siempre querían que otros miembros del personal en la organización supieran acerca de la violencia que revelaban sus pacientes. De hecho, durante el estudio de base de IPPF/RHO, algunos médicos dijeron que escribieron toda la información sobre violencia en la historia clínica en forma de código para poder tener acceso a esta información en futuras consultas, pero que ninguno de sus colegas en la clínica supiera el significado de esa información. Esto representaba un desafío en particular en las clínicas más grandes donde las mujeres no tenían su propia profesional de la salud sino que veían a diferentes profesionales dependiendo quién estaba de turno ese día. En general, las tres asociaciones miembro decidieron que los profesionales debían escribir las respuestas de las mujeres a las preguntas de despistaje sobre violencia de género en su historia clínica de una forma que resultara clara y legible para otras profesionales.

Para proteger a las mujeres, las clínicas reforzaron las políticas que rigen la forma de guardar las historias clínicas y pidieron que los profesionales de la salud hicieran saber a las mujeres que hablan sobre su experiencia con la violencia cómo se registra y usa la información. Concientizando a las profesionales que la violencia es un tema de salud hizo que fuera más fácil convencerlas que esa información debe ser parte de la historia clínica de la mujer. Además, fue útil señalar que los registros médicos en sus clínicas contienen todo tipo de información confidencial, incluido el uso de anticonceptivos, estado de embarazo, y resultados de exámenes para detectar infecciones transmitidas sexualmente. Violar la confidencialidad en cualquiera de esos casos sensibles puede poner en riesgo a una mujer. Los antecedentes de violencia o abuso no deben ser considerados como información vergonzosa para registrar (que era la inquietud de algunos profesionales).

Las clínicas tienen la responsabilidad ética de proteger la confidencialidad de todos los registros médicos al punto que el registro de detalles de la violencia no debe poner a la mujer en riesgo. Sin embargo, las tres asociaciones miembro de IPPF aún están tratando de resolver una serie de problemas. Por ejemplo, la mayoría no han desarrollado sistemas para compartir la información sobre las experiencias de violencia de las pacientes, entre las profesionales de los diferentes servicios (tales como servicios de orientación y médicos). Por ejemplo, si una mujer relata sus antecedentes de padecimiento de violencia a una orientadora de planificación familiar durante un procedimiento de admisión, ¿cuánta de esa información debe estar disponible para el médico que atendería sus necesidades de salud sexual y reproductiva? En las clínicas miembro de la asociación, la información sobre antecedentes de violencia proporcionada durante los servicios de orientación, médicos o psicológicos, con frecuencia permanecen en diferentes archivos. Durante la evaluación de seguimiento de la iniciativa de IPPF/RHO, el consultor recomendó que cuando los programas de salud guardan archivos separados, deben considerar registrar en el formulario de la historia clínica, un resumen de otros servicios recibidos, como hacen los médicos cuando derivan pacientes a especialistas en el área médica, a menos que las mujeres no quieran que esa información quede registrada. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que son las profesionales de la salud –y no las pacientes- las más reticentes a compartir información entre los servicios médicos, legales y psicológicos.

Fuente: extraído de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. Y Claramunt, C., 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. Nueva York: IPPF/RHO, p. 57. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

1. Nombre de la clienta	2. Documento de identidad de la clienta	3. Nombre del encargado de prestar servicios	4. Fecha	
5. Tipo de violencia de género (Indíquense todos los tipos aplicables)	a. Abuso sexual en la infancia	b. Violación	c. Violencia doméstica	
6. Historia de la violencia de género		7. Efectos en la actualidad (Coloque una marca en la columna apropiada)		
a. Cuándo ocurrió	Síntomas	Sí	No	Observaciones del agente de salud
	Depresión			
b. Relación del atacante con la clienta	Toxicomanía/alcoholismo			
	Ansiedad/ataques de pánico			
c. Abuso físico, sexual, verbal, emocional, psicológico (Indíquense todos los aplicables)	Problemas de la sexualidad/intimidación			
	Sueño/alimentación excesivos o escasos			
d. Duración de los malos tratos (indíquese si éstos continúan)	Autodestrucción			
	Autoculpabilidad/vergüenza			
e. ¿Comunicó la clienta a alguien lo que ocurre? ¿Obtuvo alguna ayuda?	Letargo, recuerdos parásitos			
	Pensamientos/comportamientos suicidas			
f. ¿Tiene ahora la clienta algún contacto con el atacante? Sí/No <i>Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 11</i>	Trastornos de estrés postraumático			
	Lesiones y problemas físicos			
g. ¿Se consideró un plan de seguridad con la clienta? Sí/No	Otros síntomas (especifíquese)			

8. Efectos sobre los hijos de la clienta		11. Evaluación del peligro	
		a. ¿Ha aumentado la violencia en el último año?	
9. Nuevas experiencias de ataques		b. ¿Utiliza el atacante drogas y alcohol?	
		c. ¿Ha amenazado el atacante con matar a la clienta?	
10. Otras observaciones		d. ¿Hay armas en el hogar?	
		e. ¿Tiene la clienta miedo de regresar a su hogar?	
12. Remisión de las clientas			
Tipo de servicio	Nombre del servicio	In situ	En otro establecimiento
Grupo de apoyo			
Asesoramiento psicológico			
Asesoramiento jurídico			
Vivienda			
Servicios sociales			
Número de emergencia			
Otros (especifíquese)			

Fuente: extraído de Billings/UNFPA. 2001. *Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*, Apéndice 9. Disponible en [inglés](#), [francés](#) y [español](#).

Herramientas ilustrativas:

- ***Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*** (Billings/UNFPA, 2001). Incluye orientación sobre recolección de datos. Disponible en [inglés](#), [francés](#) y [español](#).
- El ***Domestic Violence and Sexual Assault Data Resource Center*** tiene muchos ejemplos de formularios de denuncia de incidentes y formularios para gestión de casos de la mayoría de los estados en los Estados Unidos de América. Ejemplos de formularios disponibles en [inglés](#).
- [Herramientas del proyecto Sistema de Gestión de la Información sobre Violencia de Género](#). El GBVIMS (por sus siglas en inglés) es una iniciativa multifacética implementada en entornos críticos para que quienes llevan a cabo el trabajo de ayuda humanitaria puedan recolectar, guardar y analizar sin riesgo los datos sobre incidentes de VG. El GBVIMS incluye: un manual que establece los pasos más importantes que deben tomar las agencias y los entes de coordinación

interagencial para asuntos de VG para implementar el sistema; una base de datos Excel (el “Registro de Incidentes”) para la compilación de datos y análisis de tendencias; y un equipo internacional de expertos en VG y bases de datos del UNFPA, ACNUR y el Comité Internacional de Rescate para prestar apoyo in situ y a distancia. Para obtener más información sobre las herramientas vea [el sitio web](#).

8. Establezca un marco de monitoreo y evaluación para los niveles de actividad del servicio y calidad de la atención

- El monitoreo y la evaluación continua de la calidad de los servicios son factores clave para mejorar la calidad de la atención y se describen en gran detalle en la sección [monitoreo y evaluación](#) de este módulo. Los protocolos de las agencias sobre los roles y estándares de la prestación de servicios deben ser usados como base de las estrategias de monitoreo y evaluación. Todos los esfuerzos de monitoreo y evaluación deben ser sistemáticos y estructurados, deben usar [procedimientos](#) e [indicadores de impacto](#), y se deben desarrollar herramientas que serán usadas de forma estandarizada, en todos los servicios, para recoger datos. El monitoreo y la evaluación también implica a múltiples partes interesadas, especialmente las sobrevivientes (Jewkes, 2006).
- Se identificarán personas con suficiente rango y autoridad para supervisar los procesos de monitoreo y evaluación. Estas personas deben estar preparadas para investigar y hacer frente a los problemas para mejorar la calidad de los servicios. Los profesionales de la salud pueden necesitar capacitación y otro tipo de apoyo para ingresar e interpretar los datos. La información sobre los resultados del monitoreo debe ponerse a disposición de todo el personal competente (Jewkes, 2006).
- Para asegurar que el monitoreo y la evaluación sean parte de todo programa o intervención, hay que seguir ciertos pasos importantes, incluidos
 - llevar a cabo un [análisis situacional/evaluación de las necesidades](#) antes o mientras se planifica el programa/la intervención;
 - desarrollar un marco de monitoreo y evaluación que explique cómo funcionará el programa; cómo alcanzará sus metas y objetivo, y cómo se determinará si el programa está alcanzando esas metas y contribuyendo al objetivo;
 - desarrollar un plan de monitoreo y evaluación que establezca el proceso del seguimiento del programa o intervención, y cómo será examinado o evaluado en general; y
 - recolección de datos al comienzo (línea de base) y al final del programa (Para más información sobre estos pasos básicos, vea el módulo sobre [monitoreo y evaluación](#).)
- El monitoreo y la evaluación deben observar todos los elementos del enfoque de la salud que abarca todo el sistema, incluidas las políticas, protocolos, infraestructura, insumos, idoneidad del personal para brindar apoyo médico y psicosocial,

capacitación del personal y otras oportunidades de desarrollo profesional, documentación de casos y sistemas de datos, el funcionamiento de las redes de derivación y la evaluación del peligro, entre otros ítems que son relevantes en contextos y programas específicos. (Ver Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999; Velzeboer et al., 2003; Bott et al., 2004.)

Recursos ilustrativos:

- Para obtener información sobre el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud y la calidad de la atención, vea la sección [monitoreo y evaluación](#) de este módulo.

9. Asegure que haya coordinación y derivaciones a especialistas

- Todos los centros de salud deben practicar la coordinación a nivel institucional y comunitario.
 - La coordinación a nivel institucional asegura que quienes traten a las sobrevivientes dentro del centro, lo hagan siguiendo los mismos estándares y protocolos. La coordinación a nivel institucional también facilita la supervisión logística de los equipos e insumos, así como el monitoreo de la calidad de la atención. La coordinación institucional debe ser supervisada por la gerencia de la institución.
 - La coordinación a nivel comunitario asegura que los representantes del centro de salud sean parte de una red [multisectorial](#) más amplia de profesionales y activistas. La coordinación a nivel comunitario ayuda a los centros de salud a vincularse y trabajar en colaboración con una red de coordinación local para:
 - Trazar trayectos éticos y seguros para las derivaciones:
 - Hacer uso racional y eficaz de los recursos locales evitando la duplicación de esfuerzos y armonizando los servicios:
 - Desarrollar alianzas y minimizar la discordia:
 - Promover la transparencia entre los profesionales:
 - Mejorar el monitoreo de las respuestas multisectoriales:
 - Establecer enlaces con [mecanismos de coordinación nacionales](#) y subnacionales
- El éxito en la coordinación a nivel comunitario es un desafío que requiere participación activa y compromiso del personal de los centros de salud que **tienen la autoridad para** tomar decisiones en nombre de sus instituciones.
- La coordinación debe estar impulsada por un conjunto de principios rectores que reflejen y refuercen los derechos humanos y los abordajes cuya preocupación central sea la sobreviviente. Es importante que los actores de la coordinación recuerden que:

- El trabajo de coordinación debe centrarse principalmente en las necesidades de las sobrevivientes y aquellas personas en riesgo de violencia;
 - El proceso de coordinación debe estar bien estructurado para que se respete el tiempo y el trabajo de quienes participan en la coordinación. Deben asignarse suficientes recursos humanos y financieros para la coordinación: la hora y lugar de las reuniones debe ser específico y accesible; las reuniones de coordinación deben estar basadas en objetivos claros y normas de base; los roles y responsabilidades de los participantes en la coordinación deben ser claros.
 - La coordinación debe ser motivadora y orientada a la acción, así como proporcionar oportunidades de reflexión, cohesión social, y constitución de redes.
- Uno de los principales beneficios de la coordinación eficaz es establecer relaciones de derivación con colegas y crear estándares para que las derivaciones sean confidenciales y eficaces. Sin embargo, la participación en la coordinación no es el único método para identificar **redes de derivación**. Cada centro de salud debe ser responsable de asegurar que está en condiciones de proporcionar a las mujeres que hablan sobre la violencia padecida, información sobre dónde pueden buscar servicios adicionales –tales como orientación psicológica, centros para la atención de casos de violación, refugios, asistencia legal, apoyo social y material--. Por lo tanto, los centros de salud tienen la responsabilidad de informarse sobre los servicios existentes en sus comunidades y elaborar un directorio de derivaciones.
 - Cuando establezcan un directorio de derivaciones, los centros de salud pueden seguir los siguientes pasos:

PASO 1: *Determine el área geográfica a incluir en la red de derivaciones. ¿Dónde viven la mayoría de sus usuarias? ¿Qué distancia pueden viajar para buscar servicios? Si la institución tiene clínicas en distintas partes de la ciudad o del país, cada centro puede necesitar un directorio diferente para asegurar que los servicios sean geográficamente accesibles para las mujeres.*

PASO 2: *Identifique instituciones en el área que proporcionen servicios que sean relevantes para las mujeres y las niñas que padecen violencia. Esta lista puede incluir organizaciones médicas, psicológicas, sociales y legales, así como contactos policiales locales. También puede considerar incluir instituciones que se ocupan de temas relacionados con la violencia, tales como alcoholismo y drogadicción, así como aquellas que ofrecen servicios para niños y niñas que han estado expuestos a la violencia. Cada institución puede mencionar otras instituciones locales para incluir en el directorio.*

PASO 3: *Llame o (preferentemente) visite cada institución para recolectar información primordial sobre los servicios que ofrece. Para asegurar que obtiene información actualizada acerca de cada institución, y para tener la oportunidad de observar los servicios directamente, es mejor mantener una entrevista informal en persona con alguien que preste los servicios en la organización. Después de describir su propio*

trabajo en el área de género, usted debe hacer una serie de preguntas clave para identificar si cada institución puede servir para derivaciones, y cómo.

PASO 4: *Organice la información en un directorio.* Usted puede organizar la información de las instituciones para derivación de diferentes formas (por ejemplo, por localidad, tipo de servicio que ofrece, etc.) Si la cantidad de servicios para derivación disponibles en la comunidad es poca, entonces el directorio puede ser muy conciso. Si el directorio es largo, un índice de instituciones por nombre y tipo de servicio puede hacer que el directorio sea más fácil de usar.

PASO 5: *Distribuya el directorio entre profesionales de la salud.* Preferentemente, un programa de salud debe distribuir una copia del directorio a cada profesional para que todo el personal que interactúe con las usuarias tenga acceso a dicha información. Si la escasez de recursos es un obstáculo para la impresión de muchas copias, entonces cada clínica debe tener un directorio a disposición del personal, en un lugar accesible.

PASO 6: *Obtenga retroinformación de los profesionales sobre la eficacia del directorio.* La gerencia debe reunirse con los profesionales para hablar sobre el directorio al poco tiempo de su implementación, para asegurarse que el formato funciona y que los profesionales no han tenido dificultades con el proceso de derivación. Una vez que los profesionales hayan usado el directorio por un período de tiempo, pueden saber cuáles servicios de derivación son accesibles para sus clientes o cuáles no lo son, por ejemplo.

PASO 7: *Formalice las relaciones con las instituciones de derivación.* Después de crear un directorio, el siguiente paso es establecer formalmente más convenios con otras agencias. Esto puede incluir la implementación de sistemas formales de derivación mutua, así como la colaboración en proyectos. En algunos casos, las asociaciones miembro de IPPF han negociado descuentos en los precios para sus clientes. Lo ideal es que las organizaciones de una red de derivaciones estén en contacto unas con las otras regularmente para retroinformarse, mantenerse actualizadas, y proporcionar al menos un seguimiento mínimo a algunos casos determinados y otros asuntos relacionados con este trabajo.

PASO 8: *Actualice la información del directorio regularmente.* Actualizar la información del directorio regularmente es esencial para los programas de salud (por ejemplo, cada seis meses) para evitar dar información inútil a las mujeres. Informar mal a las mujeres no solo las hace perder tiempo, dinero y energía, sino que también las puede poner en riesgo de muchas maneras. Recuerde que los servicios pueden cerrar, mudarse, aumentar los costos, o cambiar sus procedimientos, especialmente en los entornos de pocos recursos donde los fondos son escasos.

Fuente: extraído de Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A., y Claramunt, C., 2004. *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.* Nueva York: IPPF/RHO, p. 61. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Ejemplo: El personal de [Profamilia](#) en Santo Domingo, República Dominicana creó un sistema de referimiento (derivación) de organizaciones locales que trabajan con víctimas de violencia en el cual figuran los servicios ofrecidos, la población atendida, horario de funcionamiento y datos de contacto. Este sistema de referimiento ayudó a disminuir la preocupación que tenían los profesionales que en caso de entablar una conversación sobre violencia no tendrían servicios para ofrecer a la mujer. Además, construir esta [red de referimientos](#) ayudó a fortalecer la relación de Profamilia con otras organizaciones, 2006).

Para obtener información adicional [contacte](#) a Profamilia.

La siguiente es una herramienta que puede ser utilizada para recolectar información sobre agencias de derivación:

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	Mujeres, niños y adolescentes que viven en toda el

población atendida:	área metropolitana de Caracas, Los Teques, Vallesdel Tuy.
Tipos de servicios:	<ol style="list-style-type: none"> 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.

Extraído de: Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt, C., 2004. *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*. Nueva York: IPPF/RHO, p. 63. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Recursos Adicionales:

- ***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 (Bott, S., Guedes, A., Guezmes, A. y Claramunt C./ Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, 2004). Ver Sección III.e.: *Desarrollo de redes de referencia*. Disponible en [Inglés](#) y [español](#).

- ***Bridging Gaps—From Good Intention to Good Cooperation (Cerrando brechas-De la Buena intención a la Buena cooperación)*** (Women Against Violence Europe, 2006) Este manual es un recurso para prestadores de servicios de todos los sectores que atiendan la violencia contra la mujer. El manual ofrece orientación y recomendaciones acerca de la cooperación multiagencial para la protección de las sobrevivientes de la violencia doméstica. El manual está organizado en 15 capítulos que cubren: antecedentes sobre la violencia contra las mujeres; provisión de servicios multisectoriales y cooperación multiagencial; estándares generales y específicos para la práctica; prevención de la violencia y planificación de la seguridad; participación de la sobreviviente en programas; acciones y modelos para la cooperación multiagencial. Disponible en [inglés](#); 116 páginas.
- ***Guidelines on Coordinating GBV Interventions in Humanitarian Settings (Directrices para la coordinación de intervenciones en casos de VG en entornos humanitarios)*** (Ward, J. 2010). Nueva York: Gender-based Violence Area of Responsibility Working Group. Disponible en [inglés](#).
- ***Community of Practice in Building Referral Systems for Women Victims of Violence (Comunidad de prácticas en la construcción de sistemas de derivación para mujeres víctimas de violencia)***, (Jennings, M./Agencia de las Naciones Unidas de Socorro y Trabajo para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente –UNRWA, 2010). Disponible en [inglés](#).

10. Desarrolle material educativo e informativo y lleve a cabo campañas de difusión comunitaria acerca de la existencia de servicios de apoyo.

- Las profesionales de la salud deben difundir información sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, colocando material dentro de los centros de salud, especialmente en las salas de espera y los baños. Este material puede incluir panfletos, afiches, un video corto, etc. y debe adaptarse en los entornos donde las usuarias pueden ser analfabetas.
- El material debe incluir información sobre:
 - Disponibilidad de profesionales capacitados a quienes se les puede pedir ayuda en relación a cualquier forma de violencia que hayan padecido las usuarias.
 - Los derechos de las pacientes dentro de los servicios de salud, incluida la privacidad y la confidencialidad.

- Naturaleza, impacto en la salud, y servicios disponibles para distintos tipos de violencia, incluida:
 - Violencia familiar
 - Violencia de pareja
 - Violencia sexual, incluida la violación
 - Abuso sexual infantil
 - Leyes sobre violencia contra la mujer
 - Derechos de salud sexual y reproductiva
 - Derechos de la mujer
 - Derechos humanos en general
 - Dónde obtener otros servicios (unidades especiales de policía, líneas telefónicas de emergencia, asesoramiento legal gratuito, grupos de apoyo de mujeres, refugios, etc.)
- Al diseñar los materiales, es importante recordar que las mujeres que viven situaciones de abuso pueden correr riesgo si llevan a su casa información escrita sobre violencia. Además del material mencionado, las profesionales pueden poner a disposición de las mujeres tarjetas pequeñas que puedan esconder en sus ropas y que solo proporcionan números de teléfono y direcciones de servicios, sin ninguna otra información identificatoria que pueda poner en riesgo a las sobrevivientes (Bott et al., 2004).
 - Los centros de salud también deben informar a la comunidad sobre la existencia de los servicios y la importancia de acceder a ellos en forma oportuna. Las campañas de concientización pueden aumentar el uso de los servicios y hacerlos más eficaces (Kim et al., 2007a). El trabajo a nivel comunitario ayuda a sortear los obstáculos que pueden tener las mujeres, especialmente las rurales y pobres, para acceder a los servicios (Naved, 2006) y puede generar confianza en los profesionales de la salud locales y los servicios que ofrecen.

Ejemplo: El personal de un centro de salud en Nepal que atiende casos de violencia hacia mujeres y niñas, mantuvo reuniones en escuelas y centros comunitarios para hablar sobre el carácter inaceptable de la violencia hacia las mujeres y niñas y los servicios que ofrece el centro para satisfacer las necesidades de las sobrevivientes. Además, las educadoras alentaron a sus pares sobrevivientes a usar los servicios. Estas actividades aumentaron la cantidad de usuarias de los servicios (UNFPA, 2009).

- Los centros de salud deben identificar promotores que difundan información a nivel comunitario. Estos promotores pueden estar directamente vinculados al centro de salud, o pueden encontrarse a través de otras redes que colaboran con el centro. Se pueden crear vínculos entre organizaciones locales, grupos de mujeres y otras partes interesadas comunitarias importantes.

Ejemplo: El [Programa de empoderamiento de la víctima en Thohoyandou, Sudáfrica](#) realiza campañas sobre dónde y cómo denunciar los casos de abuso, vinculando directamente a las comunidades con los servicios médicos existentes. Además, los equipos de gestión de casos hacen seguimiento y monitoreo a las víctimas (Ndhlovu et al., 2006, citado en el Consejo de Población, 2008b).

Ejemplo: En la Clínica Justo Rufino Barrios en Ciudad de Guatemala, los promotores de salud usan las salas de espera para poner en escena cortos teatrales. Estos cortos presentan el tema de la violencia y alientan a las pacientes a hablar con sus médicos si necesitan ayuda (Velzeboer et al., 2003).

Herramientas ilustrativas

- **Ejemplo de tarjeta de seguridad**, Family Violence Prevention Fund, EE.UU. Disponible en [inglés](#).
- **Base de datos de material de comunicación sobre salud** (Media Materials Clearinghouse). [Material](#) disponible en varios idiomas.
- **Material de comunicación de GBV Prevention Network**. [Material](#) disponible en varios idiomas de diferentes países africanos.
- **Material de incidencia del Asia Meridional compilado por UNIFEM**. [Material](#) disponible en inglés, hindi y telegú.
- **Until Women and Children Are Safe (Hasta que las mujeres, las niñas y los niños estén seguros)** (Women's Aid). Para obtener panfletos y recursos gratuitamente [complete el formulario](#).

11. Desarrolle programas de prevención basados en la comunidad

- En la lucha contra la violencia hacia las mujeres y niñas, es crucial establecer vínculos entre las comunidades y los servicios de salud y apoyar la participación de profesionales de la salud en los esfuerzos de prevención e incidencia de amplio espectro (USAID, 2006).
- Las campañas de educación de salud pública a nivel comunitario pueden ser un factor de prevención cuando enseñan a las mujeres y los hombres que la violencia es inaceptable (Luke, 2007) y también educándolos sobre las consecuencias que tiene la violencia para sí mismos(as) y sus hijas(os) (Guedes, 2004). Estas campañas deben apuntar como mínimo a:
 - Promover las relaciones de pareja con equidad de género y no violentas;

- Aumentar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre el momento y la naturaleza de las relaciones sexuales.
 - Disminuir la tolerancia hacia la violencia concientizando sobre su condición de problema de derechos humanos y salud pública.
 - Alentar a las víctimas de abuso a buscar ayuda y hablar sobre la violencia a las prestadoras de servicios.
- Los métodos de prevención basada en la comunidad a través del sector de salud incluyen:
 - Educación en las clínicas y comunidades y otros programas de apoyo. Esfuerzos que usan programas de radio, teatro, videos, panfletos, charlas y otros medios tales como el microcrédito (por ej. [SASA!](#) y [Radar/IMAGE](#));
 - Campañas masivas y multimedia para el cambio de comportamiento, tales como programas de entretenimiento educativo (por ej. [Soul City](#) y [Sexto Sentido](#));
 - Programas para hombres dirigidos a la promoción de relaciones de género equitativas y al cambio de normas, actitudes y comportamientos (por ej. [Program H](#) y [Men as Partners](#));
 - Programas para la prevención de la violencia de género vinculada al VIH/SIDA y a la salud reproductiva de las adolescentes (por ej. [Stepping Stones](#), [ReproSalud](#)) (Bott, Morrison y Ellsberg, 2005a).

Estudio de caso: Profamilia trabaja para abordar la violencia hacia la mujer (República Dominicana y Colombia)

En la República Dominicana [Profamilia](#) ha tenido éxito en el aumento de la concientización sobre la violencia hacia las mujeres y las niñas mediante el alcance a los medios, grupos de mujeres y comunidades. También se han hecho esfuerzos para aumentar el conocimiento de los derechos de las mujeres. Por ejemplo, en 1997 se aprobó una ley para aumentar la protección contra la violencia, especialmente la violencia doméstica contra las mujeres y niñas. Profamilia reconoció que esta nueva legislación no tendría mucho impacto si las mujeres no conocían sus derechos, y se abocó a la tarea de difundir su contenido. Para explicar la nueva ley y el procedimiento para denunciar la violencia, se compilaron y difundieron tres publicaciones diferentes. Con el fin de alcanzar un público extenso, cada publicación fue diseñada para poblaciones con diferentes grados de alfabetización ([Consejo de Población](#), 2006).

En Colombia, Profamilia tiene una fuerte presencia en todo el país prestando servicios de salud sexual y reproductiva. Una parte importante de su trabajo se enfoca en el tratamiento de la violencia sexual. Proporcionan [asistencia](#), [integral](#), [médica](#), [psicosocial](#), [jurídica](#) y [centros de atención y servicios de derivación](#) a las sobrevivientes. La organización también ha lanzado una gran campaña [A Viva Voz](#) dirigida principalmente a

adolescentes mediante la participación de estrellas del pop reconocidas y el uso de multimedia.

Recursos:

Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos para funcionarios y funcionarias con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual (2007). La [Guía para la formación](#) y el [módulo](#) están disponibles en español.

Violencia sexual cuadernillo estudiantil (2007). Disponible en [Español](#).

Herramientas:

- Para obtener más información sobre la prevención basada en la comunidad vea [movilización comunitaria](#) en el [Módulo Prevención](#).
- ***Intimate Partner and Sexual Violence Prevention Course*** (Violence and Injury Prevention and Disability/ World Health Organization). Disponible en [Inglés](#).
- ***VicHealth Review of Communication Components of Social Marketing/Public Education Campaigns Focusing on Violence Against Women*** (Revisión de VicHealth de los elementos de comunicación en las campañas de *marketing social/educación pública dirigidas a la violencia hacia las mujeres*) (Donovan y Vlasis/RJD Consulting para ViCHealth, 2005). Disponible en [Inglés](#).
- ***Making a Difference: Strategic Communication to End Violence against Women*** (Produciendo cambios: Comunicación estratégica para erradicar la violencia hacia la mujer) (UNIFEM, 2003b). Disponible en [Inglés](#).
- ***How to Mobilize Communities for Health and Social Change*** (Cómo movilizar comunidades para lograr cambios en la salud y sociales) (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, 2003). Disponible en [Inglés](#).
- ***Material de comunicación de GBV Prevention Network*** (Gender-based Violence Prevention Network). El [material](#) está disponible en varios idiomas.
- ***A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*** (Guía práctica para diseñar una estrategia de comunicación de salud) (JHU School of Public Health, Center for Communication Programs, 2003) proporciona recomendaciones generales sobre cómo construir una estrategia de comunicación que no es específica para la violencia hacia la mujer, pero sugiere una metodología que se puede adaptar. Disponible en [Inglés](#).

- **Gateway to Health Communication & Social Marketing Practice (Portal para la práctica de comunicación de salud & marketing social)** (*Centers for Disease Control and Prevention*). Disponible en [inglés](#).

12. Asegure la financiación

- Los costos de integrar programas de atención a la violencia hacia mujeres y niñas en los servicios de salud variarán de acuerdo al entorno, porque depende de los servicios ya existentes; por ejemplo la formación que hayan recibido los prestadores de servicios en orientación y/o sensibilidad al género, y si el centro ya tiene la capacidad para prestar servicios post violencia sexual, tales como suministro de anticoncepción de emergencia, recolección de evidencia médica/forense (por ej. kits de violación), pruebas de ITS y VIH, y profilaxis post exposición (PPE) para el VIH y tratamiento para ITS.
- Los costos a considerar incluyen los siguientes **costos iniciales por única vez**. La lista asume que se cuenta con el equipo e insumos comunes para servicios de salud sexual y reproductiva.
 - Toda remodelación de las instalaciones que sea necesaria para brindar privacidad. Generalmente hay que acondicionar una habitación privada para las sesiones de orientación, o una habitación sin identificación dedicada exclusivamente a todos los servicios post violación para asegurar la seguridad y confidencialidad de la usuaria.
 - Adaptación de las herramientas y protocolos de despistaje, que pueden requerir del tiempo de una investigadora para verificar el lenguaje culturalmente apropiado y las formas de sortear las barreras para lograr la confianza de la usuaria.
 - Capacitación de los prestadores de servicios de salud para seguir los protocolos y proporcionar orientación inicial comprensiva y sensible al género.
 - Tiempo del personal del sector de salud para establecer los vínculos y sistemas de derivación apropiados con la policía, el sistema judicial y los servicios psicosociales.
 - La coordinación entre los servicios post violación y el sistema judicial requiere infraestructura y equipamiento médico, por ejemplo laboratorios para tomar muestras biológicas, y todo otro ítem estipulado por ley o que ayude a encontrar evidencias para el caso.
- Para que el servicio sea sostenible, se deben considerar los siguientes **costos recurrentes**. Estos se deben calcular en el presupuesto. Algunos de los costos recurrentes serán fijos, pero otros variarán de acuerdo al número de mujeres que

se estime usarán el servicio. Como las campañas de educación basadas en la comunidad concientizan sobre la violencia hacia las mujeres y las niñas, y los derechos de las mujeres, la cantidad de usuarias del servicio debería aumentar progresivamente.

- Si el centro implementa un servicio especial para los casos de violencia hacia las mujeres y niñas que no existía anteriormente, habrá costos operativos anuales.
- Muchos servicios han incorporado una psicóloga al equipo para brindar orientación y actuar como punto focal ayudando a derivar a las mujeres y niñas a otros sectores y servicios de apoyo.
- El personal de salud que atiende estos casos necesita capacitación y apoyo permanente para evitar el *burn out* y mantener la calidad de los servicios.
- Dada las limitadas habilidades y la escasez de tiempo de muchos de los profesionales de la salud que hacen el despistaje inicial, en la literatura se recomienda agregar atención psicológica a los servicios ya existentes. Debido a la escasez de recursos humanos en la mayoría de los servicios del sector de salud pública, es difícil proporcionar estos servicios de apoyo adicionales sin financiación adicional. (Hainsworth & Zilhão, 2009)
- En los entornos de pocos recursos, cuando no hay apoyo psicológico, se sugieren alternativas de bajo costo como grupos de apoyo para las mujeres integrado por pares.
- Si se agregan servicios de atención post violencia sexual, habrá costos de pruebas de laboratorio adicionales y tratamientos, insumos, y medicina estándar (por ej. PPE VIH, anticoncepción de emergencia, tratamiento para ITS) así como los costos de recolectar evidencia para el sistema judicial según los requisitos nacionales.

Fuente: extraído/adaptado de: UNFPA. s/f, [Addressing Violence Against Women and Girls in Sexual and Reproductive Health Services: A Review of Knowledge Assets](#), pp.28-29.

Estudio de caso: Costo de los servicios en Sudáfrica para brindar mejor atención a las sobrevivientes de agresión sexual

El siguiente análisis de costos mide los costos adicionales en Sudáfrica para fortalecer los servicios post violación existentes. Luego de llevar a cabo una investigación formativa, se implementó un modelo de intervención que constaba de cinco partes en un hospital distrital en la zona rural de Sudáfrica. Esta intervención tuvo un costo \$84.612 en el transcurso de tres años. Los ítems de mayor costo fueron la inversión inicial en capacitación y desarrollo, y los salarios de la Coordinadora de Profilaxis Post Exposición y Enfermera de Estudio. Por lo tanto, el costo de la prestación del servicio de rutina (costo total menos los costos iniciales de capacitación y desarrollo) fue de USD52.345 (ZAR 366.420) a lo largo de los tres años, lo cual significa un costo anual estimado de USD17.449 (ZAR 122.140).

Item	Cost 2006	
	ZAR	US\$
Capital		
Computers	10,000	1,429
Printer/fax	3,000	429
Office furniture	3,275	468
Training and development	225,866	32,267
Office rent	21,780	3,111
Personnel		
PEP Coordinator	72,600	10,371
Study Nurse	127,050	18,150
Consumables and overheads		
Local transport	38,115	5,445
Project Advisory Committee meetings	3,480	497
Phone/email/fax	43,560	6,223
Stationery and photocopying	43,560	6,223
Total	592,286*	84,612

La implementación del modelo tuvo como resultado, entre otros: un aumento del volumen de casos de violación que llegaban al hospital (de 8 a 13 casos por mes); mayor eficacia de los servicios con las sobrevivientes; mejor calidad de los servicios (por ej. exámenes, suministro de pruebas de embarazo, anticoncepción de emergencia, tratamiento para infecciones de transmisión sexual, orientación y pruebas voluntarias, profilaxis post exposición, orientación y derivación), y; un aumento del rol del personal de enfermería.

Los resultados de este estudio sugieren que es posible mejorar los servicios integrales para la gestión médica de la agresión sexual, incluida la profilaxis post exposición dentro del hospital del sector público usando el personal y los recursos ya existentes y que ,con capacitación adicional, el personal de enfermería puede tener un rol más amplio en este tipo de cuidados. Han habido pocos estudios como este en África, y los hallazgos son importantes para comprender cómo el sistema de salud está haciendo frente a los altos niveles de violencia sexual en las comunidades en la actualidad – y cómo podrían mejorar.

Fuente: extraído/adaptado de: Kim, J., et al., 2007a. [Developing an Integrated Model for Post-Rape Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in Rural South Africa](#). Washington, D.C.: Population Council, Rural AIDS & Development Action Research Programme, School of Public Health, University of Witwatersrand, South Africa and Tshwaranang Legal Advocacy Centre, South Africa).

Recursos ilustrativos:

- **Los presupuestos sensible al género y los derechos reproductivos de la mujer: Un paquete con recursos** (UNFPA y UNIFEM, 2006). Disponible en [inglés](#), [francés](#) y [español](#).
- **Gender Responsive Budgeting in Practice: A Training Manual (Presupuestos sensible al género en la práctica: Manual de capacitación)** (UNFPA y UNIFEM, 2006a). Disponible en [inglés](#).
- **Hospital Costing Model Manual (Manual para un modelo de cálculo de costos de hospital)** (Newbrander, W. y Lewis, E., 1999). Disponible en [inglés](#).

B. Incorpore el apoyo y la atención a la sobreviviente en los programas de salud sexual y reproductiva

- La mayoría de las mujeres buscarán algún tipo de servicio de salud reproductiva (por ej. servicios de [planificación familiar](#), [cuidados de salud materno-infantil](#), [atención ginecológica de rutina](#), [aborto](#) e ITS -incluye orientación, pruebas y tratamiento para el [VIH](#)) en algún momento en sus vidas y se observan vínculos claros entre la salud sexual y reproductiva y la violencia. El personal que presta los servicios atiende a una población sexualmente activa; los servicios prenatales, en especial, tienden a tener la cobertura nacional más elevada, y son más aptos para alcanzar a mujeres y niñas muy marginadas y vulnerables.
- Los vínculos entre la violencia hacia las mujeres y niñas y los riesgos de la salud sexual y reproductiva son bidireccionales. Es decir, la inequidad de género y la violencia hacia las mujeres y niñas se encuentran entre los factores clave de vulnerabilidad de la salud reproductiva de las mujeres y las niñas, mientras que los problemas de la salud sexual y reproductiva tales como el embarazo no deseado pueden aumentar el riesgo de violencia hacia las mujeres y niñas y tener el efecto de agravar otros aspectos de la discriminación de género.
- En general, cuando integran programas de atención a la violencia hacia la mujer a sus servicios, los programas de salud reproductiva deben seguir los pasos enumerados en la [Sección A: Desarrollar la capacidad institucional para abordar la violencia hacia las mujeres y niñas en hospitales, clínicas de salud, y otros centros de atención primaria y secundaria a la salud](#). Como mínimo, implementar [despistaje](#) de violencia hacia las mujeres y niñas y orientación de calidad, así como [derivaciones](#) a los servicios adecuados para hacer el seguimiento, son los componentes clave entre la gran cantidad de intervenciones en la salud reproductiva necesarias para abordar la violencia hacia mujeres y niñas.

Estudio de caso: Manuela Ramos involucra a grupos de mujeres basados en la comunidad en Perú para atender mejor sus necesidades

Manuela Ramos inauguró [ReproSalud](#) en 1995 como un programa rural de salud financiado por USAID. ReproSalud usó una forma de evaluación rural participativa, trabajando con grupos comunitarios de mujeres (tales como clubes de madres) para identificar las necesidades de salud reproductiva de las mujeres mediante talleres de "autodiagnóstico." Después de estos talleres, mantuvieron reuniones comunitarias para diseñar estrategias para abordar las necesidades que las mujeres habían identificado. ReproSalud finalmente dio respuesta a una variedad de inquietudes de salud, sociales, y económicas. La violencia doméstica y el sexo forzado en el matrimonio fueron temas que emergieron reiterativamente y se convirtieron en el centro de muchas actividades, incluidos talleres sobre género para mujeres y hombres. ReproSalud también estableció un programa de microcrédito para mujeres. En el 2002, ReproSalud había alcanzado a más de 123.000 mujeres y 66.000 hombres.

Los evaluadores reunieron datos de línea de base y de punto medio en 70 sitios de intervención y 25 sitios de control, incluido: a) encuestas de línea de base y de medio término entre una muestra aleatoria de hogares aleatorio (línea de base n = 4099 mujeres, 3192 hombres; medio término n = 3450 mujeres, 3193 hombres); b) estadísticas de uso de los servicios en los centros de salud locales; y c) entrevistas semiestructuradas con mujeres, hombres, jóvenes, líderes comunitarios, oficiales de salud, y autoridades locales. La evaluación midió "resultados de empoderamiento" a nivel individual, familiar y comunitario. El resultado del nivel familiar incluyó cambios en los niveles de violencia doméstica, satisfacción en cuanto a la sexualidad, toma de decisiones compartida y movilidad social y geográfica de las mujeres. Los hallazgos cuantitativos fueron complementados con extensos datos cualitativos.

La encuesta observa que las actitudes y prácticas de equidad de género aumentaron significativamente tanto en las comunidades de intervención como en las de control (14 de 15 indicadores comparados con 12 de 15 indicadores). El uso de los servicios de salud reproductiva también aumentó 100-400% durante un período de un año en los sitios de intervención, comparado con 39-51% en las comunidades de control. Los evaluadores notaron que el proyecto coincidía con un período de fuerte inversión del Ministerio de Salud, que hizo difícil aislar los efectos del proyecto. Sin embargo, las diferencias entre el sitio de intervención y el de control fueron más pronunciadas en los datos cualitativos. Aquellos hallazgos sugirieron que ReproSalud había producido cambios drásticos en las relaciones sociales y en el comportamiento de los hombres en las comunidades. Los interrogados hablaron extensamente sobre la disminución en el consumo de alcohol, violencia doméstica y sexo forzado en todos los pueblos de intervención estudiados.

Fuente: extraído de Morrison, Ellsberg, y Bott, 2004, y también encontrada en Bott, s/f.

- El abordaje de la violencia hacia las mujeres y niñas a través de los servicios reproductivos también es una estrategia esencial de prevención. Los servicios de

salud reproductiva son canales ideales para detectar a las mujeres y niñas que padecen violencia o están en riesgo de padecerla, y orientarlas o derivarlas para prevenir una primera experiencia de violencia, o trabajar con ellas para prevenir la recurrencia.

Ejemplo: La [Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental](#) (IPPF/RHO) y la [Asociación Civil de Planificación Familiar](#) (PLAFAM) en Venezuela se valieron de tres estrategias para tratar la violencia hacia las mujeres y niñas dentro de sus servicios de salud reproductiva. La primera estrategia fue capacitar al personal. Las profesionales recibieron capacitación para hacer preguntas para evaluar la seguridad actual de la sobreviviente y asistir en el desarrollo de un plan de seguridad. Además el personal clínico recibió capacitación para: reconocer las señales de violencia mediante la detección de marcas en el cuerpo; ser receptivo si la mujer decide confiar que padece abuso; y proporcionar la orientación y derivación apropiadas. La segunda estrategia fue desarrollar material para usuarias sobre violencia y fuentes de apoyo, incluido el [Directorio de organizaciones de atención y receptoras de denuncias en materia de violencia de contra las mujeres](#). La tercera y última estrategia fue colaborar con aliados comunitarios para crear una ley proscribiendo la violencia contra las mujeres

Las prácticas de despistaje sistemático revelaron que más de un tercio de las nuevas usuarias habían padecido abuso, comparado con solo 7 por ciento anteriormente (Guedes et al./Consejo de Población, 2002b).

En el 2000 PLAFAM fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud por la asistencia técnica que prestó a tres países de América Latina trabajando para integrar servicios para las sobrevivientes de violencia de género en la salud sexual y reproductiva. IPPF recibió el reconocimiento en el 2003 y en el 2010.

Vea el informe completo en [inglés](#).

- Además, cuando los hombres o niños acompañan a sus parejas o esposas a los servicios de salud reproductiva, es una oportunidad importante para involucrarlos en la reducción del riesgo y prevención de la violencia hacia las mujeres y niñas (siempre que las mujeres y niñas estén de acuerdo con involucrarlos). Para más información sobre estrategias para involucrar a hombres y niños en la erradicación de la violencia hacia las mujeres, vea el [modulo completo](#).

1. Servicios de planificación familiar

- Muchos servicios de planificación familiar tienen usuarias que han padecido violencia de género (Watts and Mayhew, 2004). Las mujeres y las niñas que tienen relaciones sexuales sin protección pueden hacerlo bajo amenaza, violencia física o violencia sexual. El abordaje de la violencia hacia las mujeres y las niñas contribuirá al diseño de programas de planificación familiar más eficaces. Si se pone fin a la violencia, las mujeres podrán elegir de entre una variedad más amplia de métodos anticonceptivos, tendrán más poder de negociación para que sus parejas usen condones y, en general, estarán en pie de igualdad con sus parejas para hablar sobre las opciones en materia de reproducción.
- Cuando el despistaje determina que las mujeres/niñas están manteniendo relaciones sexuales sin protección, se trata de una señal de alto riesgo. Las mujeres que padecen violencia de pareja pueden tener menos control para usar métodos anticonceptivos (Cripe et al., 2008). Las sobrevivientes que pueden acceder a servicios de planificación familiar deben tener la opción de recibir inyecciones hormonales para usar anticoncepción sin que su pareja lo sepa. (Gee et al., 2009).
- Los servicios de fertilidad también deben realizar un [despistaje](#) para detectar la violencia hacia las mujeres y las niñas. En la mayoría de las sociedades se adjudica gran valor a la fertilidad, por tanto las mujeres que sufren de infertilidad pueden ser víctimas de la violencia de sus maridos, o de la familia de sus maridos (Yildizhan et al., 2009).
- Un importante punto de entrada para abordar las relaciones respetuosas y la violencia de pareja, puede ser que los servicios de planificación familiar incluyan también a los hombres en su calidad de pareja.

2. Programas de salud materno-infantil

- Las consecuencias negativas que tiene la violencia en las mujeres embarazadas y sus bebés, sumada a las pruebas empíricas, en muchos países, de altas tasas de violencia hacia mujeres embarazadas y post parturientas, son un buen argumento para realizar despistaje de rutina en los servicios de salud para detectar violencia de pareja. Hasta 1 de cada 4 mujeres padecen violencia física o sexual durante el embarazo. (Heise et al., 1999).
- Una evaluación de las intervenciones en clínicas prenatales en los EE.UU. para identificar y abordar el maltrato hallaron que dos grupos de mujeres embarazadas que recibieron: (i) una tarjeta de derivación a servicios específicos y un folleto sobre el maltrato; o (ii) orientación y apoyo de una mentora durante su embarazo, registraron niveles más bajos de violencia física pasados varios meses. Debido a los resultados similares de ambos grupos, los evaluadores concluyeron que la evaluación de despistaje puede ser por sí misma la intervención más efectiva para prevenir el maltrato de las mujeres embarazadas. La evaluación señala que el maltrato es grave y que merece la atención de quien presta atención sanitaria, y que se dispone de ayuda de ser necesaria (Mcfarlane et al., 2000, citado en Haider, 2009).

- El embarazo y el período post parto ofrecen un momento oportuno para identificar y prestar asistencia a las sobrevivientes ya que el personal sanitario pueden ver a las usuarias en varias ocasiones (Macy et al., 2007). En los centros donde hay personal capacitado, se puede implementar el despistaje utilizando un protocolo simple para la [evaluación del maltrato](#) durante la atención prenatal.
- Las [adolescentes](#) en particular deben considerarse como población de alto riesgo y se les debe realizar el debido despistaje (Reichenheim et al., 2008), así como las mujeres y las niñas que han sufrido abortos espontáneos (de Bruyn, 2003).
- En entornos donde las mujeres y las niñas son atendidas por las parteras o las asistentes de partos naturales en la comunidad, se debe proporcionar capacitación para la detección temprana del maltrato y la derivación adecuada donde puedan recibir atención.

Ejemplo: Las parteras derriban los tabúes culturales que rodean a las violaciones (Mauritania)

Las parteras y los imames han ayudado a que ya no sea tabú hablar sobre la violación en Mauritania. Antes del 2003, las sobrevivientes de violación en Mauritania eran encarceladas mientras los perpetradores quedaban en libertad. La rectificación de esa gran injusticia—y lograr que la sociedad reconociera el problema de la violación—comenzó con los esfuerzos de cuatro parteras mauritanas, quienes no pudieron ignorar más las historias que escuchaban de sus pacientes. Con apoyo del UNFPA, se recogieron las primeras estadísticas sobre violencia sexual en Mauritania, y se estableció un centro para atender las múltiples necesidades de las sobrevivientes. Derribar los tabúes que rodeaban a la discusión sobre la violación fue el primer paso para abordar el problema. Los imames locales prestaron su apoyo al esfuerzo de convencer a los oficiales del gobierno, jueces, policía y miembros de la comunidad que proteger a la mujer y aliviar el sufrimiento de aquellas personas más vulnerables es una obligación religiosa.

Vea un [video](#) corto sobre esta iniciativa.

Fuente: extracto de UNFPA, 2006. [Ending Violence Against Women: Programming for Prevention, Protection and Care](#), p. 72.

Ejemplo: Disminución de las causas sociales de la morbilidad y mortalidad materna en Chiapas, México

El [Family Violence Prevention Fund](#) (Fondo para la prevención de la violencia familiar) y la [Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud](#) se asociaron para desarrollar una respuesta sanitaria coordinada ante el maltrato durante el embarazo con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad tanto de las mujeres embarazadas como de sus bebés. Las

estrategias para alcanzar este objetivo incluyen: capacitar a profesionales de la salud y asistentes de parto tradicional regionales para que puedan identificar y atender a las mujeres que padecen maltrato durante el embarazo; producir un módulo y un video de capacitación accesibles cultural y lingüísticamente para mujeres indígenas en México; facilitar los vínculos entre los centros de atención de la salud formales y el personal sanitario; producir e implementar un protocolo para el despistaje y la respuesta al maltrato durante el embarazo; e identificar y evaluar las prácticas promisorias que puedan ser reproducidas en otras regiones además de México.

Por más información, visite la [página web](#).

Fuente: extracto de: Guedes, A., 2004. "[Addressing Gender-Based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis](#)." Washington, DC: USAID *Interagency Gender Working Group*, p. 43.

3. Controles ginecológicos de rutina

- Las mujeres que han sufrido violencia física o sexual de su pareja, en general, son tres veces más proclives a tener un síntoma de morbilidad ginecológica (Campbell, 2002). Otras prácticas tradicionales, tales como la MGF, secar la vagina, etc. también pueden causar afecciones ginecológicas que producen dolor crónico a las mujeres.
- Como, con frecuencia, las mujeres sienten vergüenza de hablar sobre la violencia que sufren, especialmente de una pareja, durante la capacitación se debe alertar a los profesionales que indaguen sobre posible violencia sexual cuando las mujeres presentan problemas ginecológicos reiteradamente, tales como infecciones del tracto reproductivo. Los exámenes pélvicos también ofrecen la oportunidad de observar lesiones vaginales o anales, o hematomas en el área genital, y deben motivar preguntas sentidas y comprensivas para ayudar a las mujeres a obtener apoyo para hacer frente a la violencia sexual y abandonar una situación abusiva si así lo decide.

4. Servicios de aborto sin riesgo

- En los países donde el aborto es legal, quienes lo practican siempre deben realizar un despistaje para detectar violencia hacia las mujeres y las niñas. Algunas mujeres que han sido violadas dirán que esta es la razón por la cual quieren el aborto, especialmente en países donde el aborto está restringido y la violación es una de las causas legales. En otros casos donde las mujeres no mencionan la violencia, el despistaje también es apropiado, ya que algunas mujeres pueden buscar los servicios porque no quieren tener más hijos con una pareja violenta, o porque han sufrido violación, abuso sexual o incesto y están demasiado avergonzadas para manifestarlo.

Herramientas ilustrativas:

- ***Abuse during Pregnancy: A Protocol for Prevention and Intervention, 2nd Edition (Maltrato durante el embarazo: protocolo para la prevención e intervención, 2da edición)*** (McFarlane, J., Parker, B. y Cross B., 2002). Este modulo está dirigido a personal de enfermería y parteras para que puedan prevenir el maltrato, interrumpirlo cuando ya está sucediendo y proteger la seguridad y el bienestar de las mujeres embarazadas. Disponible en [inglés](#).
- ***Tools for Improving Maternal Health and Safety (Herramientas para mejorar la seguridad y la salud materna)*** (Family Violence Prevention Fund). La [página web](#) incluye acceso a información sobre la dinámica de la violencia doméstica; implementación de un programa de violencia doméstica en un centro de atención a la salud; recursos de capacitación; material educativo y enlaces a otros recursos en inglés y español.
- ***Violence and Maternal Health in Multicultural Contexts (Violencia y Salud materna en contextos multiculturales)*** (Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México). Vea la presentación [Power Point](#) y acceda a las herramientas y al audio en la [página web](#) de Family Violence Prevention Fund.

Recursos adicionales:

- ***“¡Basta!” (International Planned Parenthood Federation/Región Hemisferio Oriental)***. Videos y herramientas sobre violencia de género para profesionales de la salud, principalmente de servicios de salud sexual y reproductiva. Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- ***Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis (Abordaje de la violencia de género desde el sector de salud reproductiva/VIH: revisión y análisis de la literatura)*** (Guedes, A., 2004). Washington, DC: USAID, Bureau for Global Health. Disponible en [inglés](#).
- ***Los servicios de salud reproductiva y la violencia contra la mujer: formulación de una respuesta pragmática en el África subsahariana*** (Watts, C., y Mayhew, S., 2004). Perspectivas internacionales en planificación familiar 30, no. 4: 207-13. Disponible en [inglés](#), [francés](#) y [español](#).
- ***Delivering Post-rape Care Services: Kenya’s Experience in Developing Integrated Services (Servicios de asistencia a víctimas de violación: la experiencia de Kenya en el desarrollo de servicios integrales)*** (Kilonzo N, Theobald SJ, Nyamato E, Ajema C, Muchela H, Kibaru J, Rogena E, Taegtmeier

M., 2009). *Bulletin World Health Organization* 87, no. 7: 555-9. Disponible en [inglés](#).

- ***The Refentse Model for Post-Rape Care: Strengthening Sexual Assault Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in a District Hospital in Rural South Africa* (El modelo Refentse para la atención de víctimas de violación: fortalecimiento de la atención de agresiones sexuales y profilaxis post exposición para el VIH en un hospital distrital en Sudáfrica rural)** (Kim, J.C., Askew, I., Muvhango, L., Dwane, N., Abramsky, T., Jan, S., Ntlemo, E., Chege, J. y Watts, C./Consejo de Población, 2009). Disponible en [inglés](#).
- ***Violence, Pregnancy and Abortion - Issues of Women's Rights and Public Health* (Violencia, embarazo y aborto – temas de derechos de las mujeres y salud pública)** (De Bruyn/Ipas, M. 2003). *IPAS*. Disponible en [inglés](#).
- ***Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios*** (Grupo de Trabajo Interinstitucional, 2010). Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- ***An Evaluation of Interventions to Decrease Intimate Partner Violence to Pregnant Women* (Evaluación de intervenciones para disminuir la violencia de pareja contra la mujer embarazada)** (McFarlane, J., Soeken, K. y Wiist, W., 2000). *Public Health Nursing*, Vol. 17, No. 6, 443-451. Disponible en [inglés](#).

Programas sobre el vínculo entre el VIH y el SIDA y la violencia hacia las mujeres y las niñas

Estudio de los vínculos entre el VIH y SIDA y la violencia hacia la mujer

- Desde que aparecieron el VIH y el SIDA hace 25 años, el porcentaje de mujeres y niñas seropositivas ha aumentado a nivel mundial. La 'feminización' de la epidemia del VIH ha tenido como resultado que haya más mujeres que hombres viviendo con el VIH. En el África subsahariana, las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años son ocho veces más propensas que los hombres a ser seropositivas. En Asia, en total, las mujeres representan una proporción creciente en las tasas de infección por VIH: del 21% en 1990 al 35% en 2009 ([ONUSIDA](#), 2010).
- Los estudios muestran consistentemente una asociación estadística entre las experiencias de violencia y la infección por el VIH:
 - En todos los entornos en los distintos países, las mujeres que habían sufrido violencia infligida por la pareja eran más de dos veces más

probabilidades de estar en riesgo de VIH / ITS en comparación con aquellos sin antecedentes de violencia en la pareja (Devries K et al., 2010).

- En India, las mujeres que han sufrido violencia física y sexual de sus parejas eran más propensas a ser seropositivas que aquellas que no habían sufrido violencia (Silverman, 2008)
 - En Rwanda, las mujeres que habían sido coaccionadas sexualmente por sus parejas masculinas tenían 89% más posibilidad de ser VIH positivas (Van der Straten A et al. 1995 y 1998)
 - En Sudáfrica, entre las mujeres que buscaban atención prenatal, las que habían sufrido violencia física o sexual tenían 53% más probabilidad de obtener resultados positivos en el examen del VIH y aquellas que sufrían niveles altos de inequidad de género en sus relaciones tenían 56% más probabilidad que su examen del VIH tuviera resultado positivo (Dunkle, 2004).
 - En la República Unida de Tanzania, las mujeres que solicitaban orientación y la prueba voluntariamente y habían sufrido violencia también tenían más probabilidad de ser seropositivas. Entre las mujeres menores de 30 años, aquellas que habían padecido violencia eran 10 veces más propensas a ser seropositivas (Maman, 2009).
- Para obtener más estadísticas vea el [folleto informativo de Global AIDS Alliance](#), 2009.
- A pesar que en los últimos años ha aumentado el interés por entender el vínculo entre el VIH y SIDA y la violencia hacia la mujer, la base empírica aún es débil debido a las lagunas existentes en la información (Escuela de Salud Pública de Harvard, 2009). Esto es verdad, al menos parcialmente, debido a la naturaleza de los principales problemas que acarrea esta doble pandemia: sexo y violencia (CWGL, 2006). En muchos contextos en todo el mundo, el sexo y la violencia se consideran asuntos privados y no problemas de la comunidad o del gobierno. El silencio que normalmente rodea a esta doble pandemia dificulta el acceso de las mujeres a la información y a los servicios para recibir tratamiento, atención y prevención tanto para el VIH como para la violencia. A su vez, esto dificulta la recolección de datos fidedignos sobre la confluencia de la violencia y el VIH. (CWGL, 2006).

El Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para poner fin a la violencia contra la mujer invierte en evaluación y aprendizaje sobre los vínculos entre la VdG y el VIH

La limitada base empírica en cuanto a cuáles acciones funcionan contra la violencia hacia las mujeres y las niñas y el VIH, motivó al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas a dejar margen en el 2005 y el 2006 para otorgar subsidios para ‘reducir la doble pandemia de VIH/SIDA y violencia hacia la mujer’. Con el generoso apoyo de Johnson & Johnson, el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas implementó una iniciativa vanguardista de aprendizaje con siete de los postulantes beneficiados, quienes fueron agrupados como una ‘cohorte de aprendizaje’ para desarrollar y demostrar las prácticas eficaces en tres áreas principales para abordar las confluencias: 1) comprender e influenciar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los hombres y las mujeres, 2) mejorar los servicios y reducir los obstáculos para acceder al apoyo y tratamiento, y 3) establecer las bases – la Contribución de la investigación.

Los integrantes de la cohorte son:

[Breakthrough](#) (India) – *En la intersección de la violencia de género – Empoderar a las mujeres contra el VIH/SIDA, y el estigma y la discriminación que acarrea la infección.*

[Equal Access](#) (Nepal) – *Llamado a la acción desde las bases para poner fin al estigma y la discriminación de la violencia hacia la mujer y el VIH/SIDA mediante las voces de mujeres afectadas. Vea la evaluación del impacto y un [video](#) sobre esta iniciativa.*

[Raks Thai Foundation](#) (Tailandia) – *Apoyo a las mujeres seropositivas para reducir y responder a la violencia sexual (SHAW).*

[Civil Resource Development and Documentation Centre](#) (Nigeria) – *Puentes para erradicar la violencia de género como estrategia para la prevención y reducción del estigma del VIH/SIDA. Mire un [video](#) sobre su trabajo.*

[Colectiva Mujer y Salud](#) (República Dominicana) – *Reducir el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA y la violencia en la frontera dominicano-haitiana.*

[Women’s Affairs Department, Ministry of Labour and Home Affairs, Government of Botswana](#) – *Reducir la doble pandemia de violencia hacia la mujer y VIH/SIDA.*

[Institute of Gender and Development Studies](#) (Trinidad y Tobago) – *Romper el silencio: Abuso sexual infantil e infección por VIH: Una intervención multisectorial.*

La iniciativa hace especial hincapié en el monitoreo y la evaluación para generar pruebas empíricas en todos los proyectos, que eventualmente puedan permitir su adaptación y aumento a escala. Con este fin, desde las primeras etapas de planificación y diseño, la cohorte de beneficiarios estuvo acompañada por los mejores expertos de PATH (Programa para la tecnología adecuada en salud, Washington D.C.) que colaboran en el desarrollo de las encuestas de línea base, la selección de indicadores y herramientas para las encuestas, y el desarrollo de planes de monitoreo y evaluación, mediante el apoyo individualizado y permanente, y visitas a las localidades de los proyectos

proporcionados por expertas de la Secretaría del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas y UNIFEM en el área del VIH.

El Fondo Fiduciario ha apoyado a varios proyectos para mejorar la base empírica existente sobre los vínculos, incluida la [investigación](#) realizada por la [Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer](#) en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay sobre la feminización del VIH. Mire un [video](#) sobre su trabajo.

Infórmese sobre estas iniciativas y otras que reciben apoyo del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas; visite la [página web](#).

- Sin embargo, el volumen creciente de datos sugiere que la **violencia contra las mujeres y las niñas está asociada a un aumento del riesgo a contraer el VIH**. A grandes rasgos, las pruebas empíricas demuestran:
 - una considerable superposición de la prevalencia
 - la violencia de pareja como factor de riesgo para contraer la infección por VIH entre mujeres y hombres
 - la victimización violenta pasada y presente aumenta las conductas de riesgo para la transmisión del VIH
 - la violencia o el temor a la violencia de pareja como impedimento o consecuencia de la prueba del VIH
 - temor a la violencia de pareja como barrera para acceder a los servicios y adoptar medidas de prevención para la transmisión materno-infantil (PTMI)
 - la violencia de pareja como factor de riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), que aumenta las tasas de infección por VIH
 - las mujeres que tienen parejas violentas tienen menos posibilidades de negociar el uso de condones y es más probable que sean agredidas si lo hacen.
 - la violencia económica puede aumentar el riesgo de adquirir el VIH al profundizar las inequidades de género y aumentar la vulnerabilidad
 - varios efectos adversos en la salud relacionados con la violencia de pareja comprometen el sistema inmunológico de las mujeres de forma que aumenta su riesgo a contraer el VIH
 - los hombres abusivos son más proclives a tener otras parejas sexuales sin que sus esposas lo sepan
 - las mujeres que han sufrido abuso sexual infantil son más proclives a tener conductas de riesgo para la transmisión del VIH en su adolescencia/edad adulta

Fuentes: extracto de Kimberly A. Scott, *Rapporteur, Planning Committee for a Workshop on [Violence Prevention in Low- and Middle-Income Countries](#)*. 2008. Institute of Medicine; Escuela de Salud Pública de Harvard, 2009. Borrador final de informe; [Devries et al.](#), 2010; Maman, comunicación personal, 2010; y OMS/ONUSIDA, 2010.

Formas específicas de violencia y riesgo de transmisión del VIH	
Tipo de Violencia	Riesgo de transmisión del VIH
Agresión sexual	La agresión sexual aumenta la vulnerabilidad a la infección del VIH entre mujeres y niñas tanto directa como indirectamente. Directamente, la agresión sexual puede causar trauma y desgarro del tejido, lo cual facilita la infección por VIH. Esto se acentúa entre mujeres jóvenes y niñas cuyo tracto reproductivo no está maduro (CWGL, 2006). Indirectamente, la amenaza de la agresión sexual disminuye las posibilidades de las mujeres y las niñas de negociar el uso de condón y/o de intentar negarse a tener relaciones sexuales (Black, 2001 citado en Ward et al., 2005; USAID y UNICEF, 2005). Sufrir agresión sexual también puede aumentar la tendencia a tener conductas sexuales riesgosas en el futuro, tales como: sexo sin protección, parejas múltiples, consumo de drogas, y trabajo sexual (Ward, 2008). Además, en muchos contextos, el estigma que acarrea la agresión sexual puede impedir que las mujeres y las niñas busquen tratamiento médico, incluida la profilaxis post exposición (CWGL, 2006).
Sexo bajo coacción	Las niñas que fueron obligadas a mantener relaciones sexuales bajo coacción son más propensas a ser seropositivas (Escuela de Salud Pública de Harvard, 2009). A nivel mundial, entre el 7 y el 48% de las mujeres jóvenes y niñas manifestaron que su primera experiencia sexual fue bajo coacción (Krug et al. eds., 2002; Reza et al./CDC y UNICEF, 2008; y OMS/ONUSIDA, 2010). Al igual que la agresión sexual, la coacción sexual a menudo implica relaciones de poder desiguales, las cuales limitan el control de la mujer o niña para usar preservativos o tomar otras medidas para protegerse contra la infección por VIH. En algunas partes del mundo, los hombres mayores que seducen a las niñas para obtener favores sexuales a cambio de comida, dinero, y/o regalos, con frecuencia prefiere explotar a las que creen que son vírgenes y por tanto seronegativas (Ward, 2008). Si estos hombres no usan protección, ponen a las niñas en peligro de contraer el VIH. Las adolescentes que han sufrido coacción sexual también pueden ser más proclives a no usar métodos anticonceptivos y a tener embarazos no deseados.
Violencia de pareja	En los casos de violencia de pareja, la desigualdad de poder en la relación sexual está vinculada al riesgo de transmisión del VIH (Jewkes et al., 2010). Por ejemplo, cuando hay violencia en la pareja, el miedo a la violencia y al maltrato puede impedir que las mujeres y las niñas negocien para tener relaciones sexuales seguras, aún cuando temen que su pareja pueda ser seropositiva. Esto es especialmente peligroso ya que los hombres abusivos son más proclives que los hombres no abusivos a tener múltiples parejas sexuales, ser adúlteros, y tener síntomas de ITS, (Dunkle et al., 2005 & Martin et al., s.f. citado en Makunda, 2009). Un estudio usó datos de 96 países para demostrar que las mujeres que sufren violencia de pareja tienen el doble de probabilidad de contraer el VIH (Watts citado en Hale y Vásquez/Development Connections, International Community of Women Living with HIV/AIDS y ONU Mujeres, 2011).

<p>Matrimonio precoz</p>	<p>Debido a factores biológicos, las esposas jóvenes son más vulnerables físicamente que las mujeres maduras a contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH de una pareja seropositiva—un peligro que aumenta debido a que las jóvenes tienen menos probabilidades que las mujeres mayores de negociar prácticas sexuales seguras (Ward, 2008). Un estudio realizado en Rwanda halló que un 25 por ciento de las adolescentes que quedaban embarazadas a los 17 años o menos, eran seropositivas, aunque muchas informaban que mantenían relaciones sexuales solo con sus esposos. Según el estudio, cuanto menos edad al tener relaciones sexuales y su primer embarazo, mayor la incidencia de infección por VIH (Extracto de USAID y UNICEF, 2005, p. 9 cita de UNICEF 1994 en Black, 2001 citado por Ward et al., 2005). Además, un estudio realizado en Uganda, descubrió que las adolescentes entre 13 y 19 años seropositivas, tenían el doble de probabilidad de estar casadas que sus pares seronegativas (Otoo-Oyortey y Pobi, 2003 citado por Ward et al., 2005).</p>
<p>Trata de personas</p>	<p>Las epidemias de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, han aumentado la demanda de sexo con niñas, porque es menos probable que estén infectadas. Mientras que no se dispone de datos generales sobre el riesgo de transmisión del VIH asociado a la trata de personas, la explotación sexual es un factor de alto riesgo del VIH (Ward, 2008).</p>
<p>Mutilación/ablación genital femenina/</p>	<p>La mutilación/ablación genital femenina también puede contribuir al riesgo de infección por VIH entre mujeres y niñas. Esto se debe a que a veces se usan instrumentos sin esterilizar para practicar estos procedimientos y, también, porque la vulva lacerada o seca de una mujer a quien se le ha practicado la mutilación genital tiene más probabilidades de ser sufrir lesiones durante el coito, lo cual puede facilitar la transmisión si la pareja es seropositiva (Centre for Reproductive Rights, 2005 citado en Ward, 2008). Cada año, más de 3 millones de niñas están en riesgo de MGF (OMS, 2008a).</p> <p>Para obtener estadísticas por país sobre MGF, vea: Multiple Indicator Cluster Survey (UNICEF), Demographic and Health Surveys (MEASURE) y Mutilación/ablación genital femenina: Datos y tendencias (Population Reference Bureau, 2010).</p> <p>Para obtener más información y herramientas para que los profesionales médicos aborden la MGF, vea la página web de la Organización Mundial de la Salud sobre mutilación genital femenina y otras prácticas dañinas.</p>
<p>Otras tradiciones nocivas</p>	<p>Existen tradiciones alrededor del mundo que apoyan e intensifican la violencia contra las mujeres y las niñas, y pueden contribuir a la transmisión del VIH. Estas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <i>poligamia</i>: cuando una persona tiene más de un cónyuge. En la mayor parte del mundo, la práctica más común de poligamia es la poliginia, cuando un esposo tiene varias esposas. El sexo sin protección con múltiples parejas concurrentes es un factor de riesgo comprobado para la transmisión del VIH, y en los casos de poliginia el esposo puede

no usar preservativos con sus esposas.

Las *mujeres entregadas en herencia*: cuando una viuda es entregada a un miembro de la familia del esposo fallecido. Los casos de mujeres entregadas en herencia generalmente implican relaciones desiguales de poder, en las cuales una mujer o niña puede ser obligada a cumplir con esta tradición. Esta falta de poder puede aumentar las probabilidades que ocurra agresión sexual o sexo coaccionado. Estas relaciones desiguales de poder también pueden limitar el control que puede tener una mujer para usar preservativos o tomar otras medidas para protegerse contra la infección por VIH.

- La *limpieza de la viuda*: cuando una viuda reciente debe tener relaciones sexuales con un miembro de la familia de su marido fallecido o con un miembro de la comunidad como parte de un ritual de limpieza luego de la muerte. Esta tradición pone énfasis en que el coito se practique sin protección. Esta práctica aumenta el riesgo de transmisión de VIH debido a: a) las relaciones desiguales de poder en las cuales la mujer o niña puede ser obligada a cumplir con el ritual, y b) el no uso de preservativos.

Discriminación en las leyes de propiedad y de sucesión

En algunas partes del mundo, la propiedad tradicionalmente se hereda por **línea paterna**. A causa de estas tradiciones, incluso las mujeres que heredan propiedades pueden correr el riesgo de ser desalojadas o que la familia extendida ‘arrebate la propiedad’ (Ward, 2008). Los impactos del VIH/SIDA, por ejemplo la muerte prematura del marido, pueden acelerar la desheredación y/o el arrebato de la propiedad. Esta práctica es especialmente dañina para las viudas y sus hijas e hijos ya que la vulnerabilidad económica que acarrea puede llevarlos a situaciones de riesgo de transmisión. Por ejemplo, las niñas huérfanas por el VIH que se convierten en jefas de hogar pueden verse obligadas a realizar trabajo sexual para sobrevivir y mantener a sus hermanos y hermanas (Fleishman, 2002).

Discriminación en la educación

La falta de educación en las mujeres parece tener un efecto sobre su vulnerabilidad al VIH: según un estudio, “las mujeres que tienen al menos educación primaria tienen tres veces más probabilidad de estar informadas sobre la transmisión materno-infantil” y “la educación secundaria completa estaba asociada a menor riesgo de contraer el VIH, mayor uso de preservativos y menor cantidad de parejas sexuales, en comparación con solo la educación primaria completa.” (Banco Mundial, 2002, y Boler y Hargreaves, 2006, en Action Aid, 2007 citado en Ward, 2008).

- Así como la violencia contra las mujeres y las niñas puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH, **la infección por VIH también puede aumentar el riesgo de violencia contra las mujeres y las niñas** y empeorar los efectos de otras formas de discriminación de género. Un estudio llevado a cabo en cuatro países en Asia y el Pacífico descubrió que las mujeres seropositivas son más propensas que los hombres a sufrir discriminación, violencia y ser obligadas a abandonar sus hogares

(Amnistía Internacional, 2004, citado en CWGL, 2006). En todo el mundo muchas mujeres han manifestado haber sufrido diferentes formas de violencia luego de haber notificado su condición seropositiva, y también luego de haber revelado que se sometieron a la prueba del VIH (Escuela de Salud Pública de Harvard, 2006). El temor a estas repercusiones puede impedir que una mujer se haga la prueba, revele su condición y/o busque tratamiento, atención y apoyo.

- Las mujeres seropositivas sufren varias formas de violencia a causa de su condición – maltrato físico, psicológico y económico, además son rechazadas o marginadas por su familia y la comunidad; desalojadas de sus hogares y despojadas de sus bienes; se les prohíbe ver a sus hijos e hijas y se les obliga a la esterilización; reciben maltrato del personal sanitario; pierden su medio de vida y las oportunidades de trabajo; sufren maltrato por parte de la policía incluida la extorsión (Hale and Vásquez, 2010).

Para ver y escuchar sobre las experiencias de mujeres seropositivas, vea los [videos](#) producidos por Salamander Trust.

- Dadas las intersecciones detectadas entre las pandemias de la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA, es claro que la integración de los programas de prevención y respuesta requiere de un **proceso de doble vía** donde:
 - a) **Los programas contra el VIH incorporan intervenciones para poner fin a la violencia hacia mujeres y niñas; y**
 - b) **Los servicios para casos de violencia hacia las mujeres y las niñas incorporan intervenciones contra el VIH**

Ejemplo: El Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) comenzó en el 2003 y, a la fecha, es el mayor esfuerzo en la historia que un solo país ha hecho para combatir una sola enfermedad. Durante los primeros cinco años, el plan se concentró en instaurar y aumentar a escala los programas de atención preventiva y de tratamiento en entornos de pocos recursos. Al reconocer que abordar los asuntos de género es un componente esencial para reducir la vulnerabilidad tanto de mujeres como hombres ante la infección del VIH, el Plan de Emergencia del Presidente para el alivio del SIDA integra el género mediante su transversalización en las siguientes cinco áreas estratégicas: 1) Aumento de la equidad de género en los programas y servicios de prevención y atención del VIH/SIDA, 2) Reducción de la violencia y la coacción, 3) [Abordaje de las normas y conductas masculinas](#), 4) Aumento de la protección legal de las mujeres, y 5) Aumento del acceso de las mujeres a ingresos y recursos productivos.

Vea la [estrategia quinquenal](#) (2009-2014) del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida.

Vea el informe 2006 sobre [Violencia de género y VIH/SIDA](#).

Del 2007 al 2010, PEPFAR apoyó una iniciativa para ampliar la base empírica y mejorar los servicios de atención a la violencia de género en Rwanda, Sudáfrica y Uganda. Para leer más sobre esta iniciativa, vea el [informe](#) de AIDSTAR-One y la [reseña del proyecto](#) producida por el Consejo de Población, asociado en la implementación.

Descargue el estudio de línea de base, los informes y las herramientas relativas a esta iniciativa del [sitio web](#) del Consejo de Población.

Ver la violencia de género y el VIH: lecciones extraídas de la Iniciativa de PEPFAR, en Tanzania. 2012, por el Centro para Estudios Estratégicos e Internacionales. Disponible en [Inglés](#).

En 2010, PEPFAR asignó USD 30 millones para aumentar a escala la programación de prevención de la violencia de género en la República Democrática del Congo, Mozambique y Tanzania.

Fuente: extracto del [sitio web](#) de PEPFAR y [AIDSTAR-One](#).

Estudio de caso: *Liverpool Voluntary Counseling, Care and Treatment (LVCT)* en Kenya aborda las intersecciones

Se trata de una organización no gubernamental líder en la integración de intervenciones de género y de violencia hacia las mujeres y las niñas a las políticas y programación en Kenya, especialmente mediante el desarrollo, la implementación, la evaluación y el aumento a escala de servicios integrales de atención post violación.

Una fase diagnóstica inicial de investigación operativa reveló que la situación de los servicios de atención post violación en la comunidad se caracterizan por el escaso conocimiento por parte de la comunidad sobre las diferencias entre coito forzado, bajo coacción y consensual; la falta de marcos regulatorios, políticas o sistemas estándares de documentación; prestación de servicios inconsistente de intervenciones médicas y psicosociales; y capacidad humana y técnica limitada.

Como respuesta, el programa desarrolló un piloto de atención estándar para las sobrevivientes de violación en tres distritos hospitalarios diferentes, con servicios de orientación y tratamiento voluntarios. Los estándares incluían protocolos para los exámenes físicos, documentación legal, gestión clínica y orientación; rutas y asistentes para el flujo de pacientes; y un kit post violación que contiene los medicamentos esenciales (PPE, anticoncepción de emergencia y tratamiento para las ITS) y un kit para recolectar evidencia. El estándar también introduce una cadena de custodia de la evidencia, y herramientas estándar para la recolección de datos y el monitoreo.

En la fase de evaluación inicial, 84% de las 784 sobrevivientes atendidas en tres localidades piloto llegaron dentro del margen de 72 horas para recibir la PPE; 99% de las usuarias elegibles recibieron medicación. Cabe destacar que las sobrevivientes que

recibieron orientación inicial para el trauma y el VIH eran más propensas a tomar toda la medicación de la PPE al VIH. Desde entonces, esos servicios han sido aumentados a escala para incorporar servicios integrales de atención post violación dentro de los servicios para el VIH en los centros estatales. El servicio integral que se ofrece, incluye atención psicosocial a largo plazo, orientación pre y post prueba del VIH, orientación para la adhesión al PPE y preparación para interaccionar con el sistema de justicia penal.

Un elemento importante para promover el aumento a escala, fue un estudio para estimar el costo de aumentar a escala los servicios dentro de los marcos de las políticas y los estándares existentes. Estas estimaciones proporcionaron las bases para solicitar al Ministerio de Planificación y Finanzas los fondos necesarios para el aumento a escala. El análisis costo-beneficio resultó ser una herramienta importante en la campaña de incidencia para que quienes son responsables de formular políticas asignen fondos para el inicio de la intervención.

[Lea más](#) acerca de los servicios de atención post violación, el modelo de salud pública. Descargue [National Guidelines on Management of Sexual Violence in Kenya](#). Descargue [Trainer's Manual for Rape Trauma Counsellors in Kenya](#).

Visite el [sitio web](#) de LVCT.

Fuente: extracto de Maman et al., 2006. *Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report*. Ginebra, Suiza. OMS, p. 17 y *Addressing violence against women and HIV/AIDS What works?* 2010. OMS y ONUSIDA.

Recursos adicionales:

- **Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What Works? (Abordaje de la violencia contra las mujeres y el VIH: ¿Qué funciona?)** (OMS y ONUSIDA, 2010). Disponible en [inglés](#).
- **Sitio web: Gender and HIV/AIDS**. ONU Mujeres en colaboración con ONUSIDA ha desarrollado este extenso portal sobre el VIH/SIDA para brindar información actualizada acerca de las dimensiones de género de la epidemia del VIH/SIDA. El sitio busca promover una mayor comprensión, intercambio de conocimientos, y acciones sobre el VIH/SIDA como asunto que concierne al género y a los derechos humanos. Disponible en [inglés](#).
- **What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions (Qué funciona para las mujeres y las niñas: Pruebas empíricas para las intervenciones sobre el VIH/SIDA)**. Open Society Institute (OSI) hizo su lanzamiento en la XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA con presentaciones de las autoras Jill Gay, Karen Hardee, Melanie Croce-Galis y Shannon Kowalski. Se trata de una extensa revisión de los programas sobre VIH para mujeres y niñas que han tenido éxito. Abarca 2.000 artículos e informes con datos de más de 90 países. Publicado

por el programa de salud de OSI, este valioso recurso contiene —centralizados y disponibles—pruebas empíricas de programación exitosa específicamente para el género, de programas y estudios a nivel mundial, con énfasis en el Sur Global. Disponible en [inglés](#).

- ***AIDStar-One: AIDS Support and Technical Assistance Resources (Recursos de apoyo y asistencia técnica para el SIDA)*** (USAID). Este sitio web proporciona una base de datos prometedora, incluidos programas orientados a reducir la violencia y la coacción. Disponible en [inglés](#).
- ***PortalSIDA*** (UK Consortium on AIDS). Este sitio web propicia el intercambio y las redes de conocimiento en respuesta al VIH y SIDA, proporcionando enlaces a literatura herramientas, organizaciones y personas. Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- ***HIV/AIDS and Gender-Based Violence Literature Review (Revisión de literatura sobre VIH/SIDA y violencia de género)*** (Escuela de Salud Pública de Harvard, Programa sobre Salud y Derechos Humanos Internacionales, 2006). Disponible en [inglés](#).

Recomendaciones generales para políticas y prácticas que integren el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas a la programación de VIH y SIDA

Generalidades

Para reducir la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH, son esenciales las intervenciones a largo plazo que abordan los factores estructurales, las inequidades de género y las normas de género perjudiciales, así como también lo son los esfuerzos de corto plazo concentrados en la prevención de la violencia y el VIH y las respuestas adecuadas y de calidad.

Implementar un enfoque integral incluye desarrollar políticas, sistemas y servicios, así como mecanismos comunitarios de apoyo para prevenir y dar respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH. Esta sección presenta ejemplos de acciones en las áreas clave de reforma legal y de las políticas, reforma de los sistemas de salud, y movilización comunitaria para la salud. Para los programadores en violencia y en VIH, en cada área se identifican actividades sugeridas para la integración, así como intersecciones —o puntos en común—en la programación sobre violencia y VIH. Estos puntos en común representan responsabilidades que deben incorporar tanto los programas sobre violencia como los programas sobre VIH.

A pesar de la limitada base empírica sobre qué funciona, están surgiendo algunas prácticas prometedoras y consenso entre profesionales, que identifican algunas consideraciones clave para abordar la doble pandemia. Estas incluyen:

- La implementación de medidas en todos los niveles para promover la equidad de género y prevenir así como reparar la violencia contra mujeres y niñas, debe ser

incorporada como objetivo importante en las estrategias y planes nacionales para el VIH.

- Los esfuerzos de prevención y atención del VIH deben incluir una evaluación del impacto sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y la inequidad de género. Se deben reconocer explícitamente los vínculos entre reducción de la pobreza, aumento de la equidad de género, reducción de la violencia contra las mujeres y las niñas y reducción de la prevalencia del VIH, y se deben abordar con planes estratégicos para todos los sectores relevantes.
- Los planes estratégicos nacionales deben reconocer explícitamente a la comunidad como punto focal clave para lograr el cambio.
- Se debe brindar apoyo para el desarrollo de redes regionales de organizaciones y profesionales, poniendo énfasis en apoyar la inclusión de la equidad de género y la erradicación de la VdG como parte integral de la programación sobre el VIH.
- Los enfoques que hayan resultado eficaces o prometedores deben ser adaptados, replicados y aumentados a escala. Se debe incluir un componente de evaluación sólida que es clave para construir una base empírica de esta materia. A partir de ejemplos existentes, se deben promover y evaluar otras intervenciones locales relevantes para abordar los determinantes estructurales.
- Se debe asignar financiación sostenible para tales programas.
- Los programas designados para reducir la violencia en el contexto de la prevención del VIH deben considerar toda la diversidad de personas que padecen violencia o la perpetran.
- La integración de la VdG en la programación sobre el VIH debe estar guiada por un [enfoque de derechos humanos](#), y debe tratar el estigma y la discriminación.
- Se debe garantizar el acceso a servicios post violación integrales y de calidad, incluida la PPE, según las [directrices de la OMS](#).
- La atención post violación se debe implementar siguiendo los modelos existentes basados en la evidencia, apropiados para cada entorno en particular, y con vínculos [multisectoriales](#).
- Se debe proporcionar apoyo a las mujeres y los varones jóvenes para su participación activa en la prevención del VIH que incorpore específicamente a la violencia basada en género y la perspectiva de equidad de género.
- Se deben desarrollar programas para abordar los altos niveles de violencia entre las adolescentes que venden sexo y el riesgo asociado de contraer el VIH.
- La programación debe reconocer que las trabajadoras sexuales sufren violencia de una variedad de perpetradores, que incluye clientes, individuos tales como propietarios de los burdeles y otros intermediarios que controlan el acceso de los clientes a las trabajadoras sexuales o el acceso de estas a los clientes (controladores) y los oficiales de policía. Los perpetradores también incluyen las parejas de larga data, familiares, vecinos y otros miembros de la comunidad.

- La respuesta programática no debe limitarse a las trabajadoras sexuales, sino que también debe incluir a todas las personas involucradas en el trabajo sexual, VdG y prevención del VIH, incluidos los policías, clientes, controladores y la familia.
- También es necesario que las intervenciones aborden el estigma y la discriminación hacia las trabajadoras sexuales en la comunidad extendida, en los medios de comunicación, en la ley y en las políticas.
- Los programas deben incluir un estricto componente de monitoreo y evaluación que puede contribuir al fortalecimiento de la base empírica para abordar las intersecciones entre la VdG y el VIH/SIDA.
- Es importante monitorear la equidad de género y reducir la incidencia de VdG como indicadores positivos del proceso y el resultado relacionados con la reducción del riesgo del VIH.
- También es importante monitorear el aumento en la incidencia de VdG como un posible resultado adverso de las intervenciones en relación al VIH.
- Los informes deben mejorar para que incluyan específicamente a la violencia, de modo que haya una forma sistemática de evaluar el alcance y el progreso o el deterioro del tipo y nivel de VdG.

Fuente: basado en [Addressing Violence against Women and HIV/AIDS, What Works?](#) (OMS y ONUSIDA, 2010).

Reforma legislativa y de políticas públicas

- Para que la integración de la programación sobre VIH/SIDA y violencia contra las mujeres y las niñas tenga éxito, los gobiernos deben comprometerse totalmente a proteger y promover los derechos humanos de las mujeres en cuanto a la prevención, tratamiento y atención de la violencia y del VIH/SIDA, incluido lo siguiente:

Recomendaciones para políticas			
	Violencia contra mujeres y niñas	Violencia y VIH	VIH
Reforma legislativa y de políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Formular políticas para garantizar la capacitación en violencia contra las mujeres y las niñas en todas las escuelas de medicina y otros programas educativos para profesionales de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear políticas que garanticen una respuesta sanitaria adecuada y consistente para las sobrevivientes de violencia y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a la prueba voluntaria y servicios para el VIH para todos, incluidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los consejos nacionales de SIDA cuenten con integrantes mujeres y que los grupos temáticos relativos a asuntos de la mujer se desarrollen con los consejos, y que los planes de acción de los consejos nacionales de SIDA contengan medidas

	<p>salud, incluida la información sobre el derecho a recibir profilaxis post exposición, antirretrovirales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una política estándar para la gestión médica de la violencia sexual. • Desarrollar una política estándar para el despistaje de varios tipos de violencia, incluida la agresión sexual, la mutilación genital femenina, y la violencia doméstica. 	<p>las personas menores de 18.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar políticas para asegurar el apoyo, reconocimiento y reglamentación de profesionales y otro personal que presta servicios de salud a sobrevivientes de violencia y a personas que viven con VIH. • Esbozar políticas que aseguren un mayor número de personal médico y de enfermería de sexo femenino. 	<p>concretas contra la discriminación y la violencia hacia las mujeres y las niñas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar políticas que prohíban la prueba obligatoria para las mujeres, incluidas las trabajadoras sexuales, presidiarias, etc.
--	--	--	--

Fuente: Ward, J., 2008. "Designing Programming to Address GBV and HIV in East, Central, and Southern Africa: A Framework for Action", Borrador de documento de trabajo, UNFPA, Nairobi.

- Una reunión de expertos y representantes de organizaciones nacionales organizadas por el UNFPA, el PNUD, ONU Mujeres, el ONUSIDA y la OMS, con Sonke Gender Justice Network, Men Engage, y la Red ATHENA se celebró en Estambul, Turquía (2011). Esta reunión fue un seguimiento de una primera consulta celebrada el año anterior en Kenia. Ambas reuniones se dedicaron a revisar y avanzar en el trabajo sobre "Estrategias de integración para afrontar la violencia de género e involucrar a hombres y niños para la Promoción de la Igualdad de Género a través de los planes estratégicos nacionales sobre el VIH y el SIDA." Para revisar las presentaciones de esta conferencia, los planes nacionales de acción y recursos adicionales, ver la página dedicada en el [sitio web](#) de Salamander Trust.

Recomendaciones sobre legislación

La legislación debe tratar directamente la violencia sexual y doméstica, y el VIH y SIDA, además de otros derechos civiles y políticos (por ej. matrimonio, herencia, propiedad) que pueden reducir el riesgo y proteger a las mujeres y las niñas del maltrato y/o de ser vulnerables a adquirir el VIH.

Aunque la exposición al VIH y su transmisión han sido penalizadas en varios países con la intención de proteger a las mujeres y las niñas, no solo es una violación de los derechos humanos, sino que se ha comprobado que es especialmente perjudicial para

las mujeres por lo siguiente:

1. Disuadirá a las mujeres de recurrir a los servicios de prevención, tratamiento y cuidados del VIH, incluida la prueba del VIH
2. Las mujeres tienen más probabilidad de ser inculpadas por transmisión del VIH
3. Las mujeres correrán mayor riesgo de sufrir violencia y maltrato relacionados con el VIH
4. La tipificación de la exposición o la transmisión del VIH como delito no protege a las mujeres de la coacción o la violencia
5. El derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre aspectos sexuales y reproductivos puede verse comprometido
6. Las mujeres tienen mayor probabilidad de ser procesadas
7. Algunas mujeres podrían ser procesadas por la transmisión materno-infantil
8. Las mujeres serán más vulnerable a la transmisión del VIH
9. Las mujeres más 'vulnerables y marginadas' serán las más afectadas
10. Las respuestas al VIH basadas en los derechos humanos son las más eficaces

Para encontrar una explicación para cada uno de estos puntos, descargue el documento completo en [inglés](#), [francés](#), [alemán](#), [nepalés](#), [polaco](#), [portugués](#), [ruso](#) y [español](#).

Fuente: extracto de Athena Network. 2009. [10 razones por las que la tipificación de la exposición o transmisión del HIV como delito es perjudicial para las mujeres.](#)

Se necesitan reformas legislativas y/o introducir nuevas disposiciones legales en las áreas de:

- Ley civil (por ej. órdenes de protección, compensación)
- Ley penal (por. ej. consentimiento)
- Prueba y procedimiento (por ej. corroboración, normas cautelares, registros y hechos)
- Sentencia (por ej. mínimos, delitos agravados y circunstancias concluyentes)

Para obtener directrices detalladas sobre legislación, vea las herramientas más abajo y el módulo completo sobre legislación en [inglés](#), [francés](#) y [español](#).

Caso de estudio: Capacitación innovadora en VIH/SIDA, violencia sexual y la ley en Rwanda

En respuesta a la violencia sexual que tuvo lugar durante el genocidio en Rwanda, en 1994, [Women's Equity in Access to Care and Treatment](#) (Equidad para las Mujeres en el Acceso al Cuidado y al Tratamiento), WE-ACTx, inició un programa jurídico sobre los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA en Rwanda. WE-ACTx patrocinó un taller de ocho semanas sobre desarrollo de habilidades, orientado a capacitar a

asistentes legales y representantes comunitarios de las 24 ONG locales asociadas a WE-ACTx's 24, que atienden a decenas de miles de usuarias seropositivas. Esta capacitación fue la primera de este tipo en Rwanda centrada en el tema del VIH/SIDA con un módulo sobre violencia sexual. WE-ACTx diseñó el taller en respuesta directa a las solicitudes de capacitación en incidencia legal en temas de VIH por parte de usuarias y personal de ONG asociadas. Un equipo de tres abogados voluntarios de Estados Unidos y Europa, con experiencia en derechos humanos, asuntos legales de la mujer y violencia sexual trabajaron con organizaciones de VIH y sobrevivientes, abogados, escuelas de leyes y grupos de asistentes legales de Rwanda, y varias ONG que trabajan para la reforma legal en Rwanda. Los Ministerios de Justicia y Género de Rwanda y representantes de agencias que se ocupan del SIDA también apoyaron el proyecto.

Durante el módulo de violencia sexual, las participantes aprendieron qué respuesta dar y cómo atender a una niña víctima de violencia sexual, incluida la preservación de pruebas y cómo usar la línea telefónica de ayuda a la infancia. Las participantes también aprendieron y practicaron formas de aumentar la seguridad, la confidencialidad en el proceso *gacaca* para alentar a las mujeres a atestiguar contra sus violadores en estos tribunales locales para el genocidio. WE-ACTx trabajó con socios rwandeses para elaborar un manual, *Know Your Rights: HIV/AIDS and the Law* (Conoce tus derechos: VIH/SIDA y la ley) que ayudará a los asistentes legales y sus clientas a acceder al sistema legal. WE-ACTx también reconoció la importancia de trabajar con el Ministerio de Género y la comunidad académica para extender el programa legal a las provincias rurales, oficiales municipales, jueces, y oficiales de salud pública, y para incluir capacitación para oficiales locales sobre anti discriminación y leyes contra la violencia sexual.

Para obtener más información sobre este programa de WE-ACTx, contacte a Megan McLemore: meegwie@gmail.com o Anne-Christine d'Adesky: acd@we-actx.org.

Fuente: extracto de Global AIDS Alliance, 2006. *Zero Tolerance: Stop the Violence Against Women and Children, Stop HIV/AIDS*. Washington, D.C.: Global AIDS Alliance, p. 22.

Herramientas ilustrativas:

- **Legislation Contagion: Building Resistance (Contagio legislativo: desarrollar resistencia)** (Pearhouse, R./Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2008). *HIV/AIDS Policy & Law Review*. Vol. 13, No. 2/3, 1º y 5-10 de diciembre. Disponible en [inglés](#).
- **Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women's Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence (Respetar, Proteger y Cumplir: Legislar por los Derechos de la Mujer en el**

contexto del VIH/SIDA – Volumen Uno: Violencia Sexual y Doméstica) (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2009). Disponible en [inglés](#).

- ***Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence Module 1: Rape and Sexual Assault (Módulo 1: Violación y Agresión Sexual)*** (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2009). Disponible en [inglés](#).
- ***Respect, Protect and Fulfill: Legislating for Women’s Rights in the Context of HIV/AIDS – Volume One: Sexual and Domestic Violence Module 2: Domestic Violence (Módulo 2: Violencia Doméstica)*** (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2009). Disponible en [inglés](#).

Recursos adicionales:

- ***Policy Analysis Tool: Addressing Gender-Based Violence and Integrating Attention to Engaging Men and Boys for Gender Equality in National Strategic Plans on HIV and AIDS*** (ATHENA, HEARD, Sonke Gender Justice Network and Salamander Trust, 2010). Disponible en [inglés](#).
- ***Zero Tolerance: Stop the Violence Against Women and Children, Stop HIV/AIDS (Tolerancia Cero: Detener la violencia contra las mujeres y la infancia, detener el VIH/SIDA)*** (Global AIDS Alliance, 2006). Disponible en [inglés](#).
- ***Scaling Up for Zero Tolerance: Civil Society Leadership in Eliminating Violence Against Women and Girls in Ghana, Rwanda and South Africa (Aumentar a escala tolerancia cero: Liderazgo de la sociedad civil para eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas en Ghana, Rwanda y Sudáfrica)*** (Global AIDS Alliance, 2008). Disponible en [inglés](#).
- ***Reducing Women’s and Girls’ Vulnerability to HIV/AIDS by Strengthening their Property and Inheritance Rights (Reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH/SIDA fortaleciendo sus derechos sobre la propiedad y la herencia)*** (International Center for Research on Women, 2006). ICRW, Washington, DC. Disponible en [inglés](#).

- **Estrategias nacionales sobre VIH y violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: un reto impostergable** (Luciano, D./Development Connections, 2007b). Disponible en [español](#).

Reforma de los sistemas de salud y prestación de servicios

- Es importante reformar los sistemas de salud de manera que aseguren que la prestación de servicios atienda las necesidades relacionadas tanto con el VIH/SIDA como con la violencia hacia mujeres y niñas.

Recomendaciones para la programación sobre violencia hacia mujeres y niñas, y el VIH			
	Violencia hacia mujeres y niñas	Ambas Violencia y VIH	VIH
Reforma de los sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar protocolos y desarrollar e implementar capacitación en examen forense respetuoso con la víctima. • Recolectar y vigilar datos desagregados por sexo y edad sobre violencia doméstica. • Garantizar acceso gratuito a servicios para agresión sexual las 24-horas, incluidos los servicios de orientación psicológica, tratamiento para infecciones de transmisión sexual, profilaxis post exposición, y anticoncepción de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar e implementar capacitación para profesionales de todas las áreas de la salud en despistaje de VIH y violencia, tratamiento, evaluación del peligro y planificación de la seguridad, y apoyo emocional, abarcando a la infancia. • Crear estándares para mejorar la infraestructura de los centros de salud de forma que garanticen la confidencialidad y la privacidad. • Asegurar el acceso a tratamiento por violencia y VIH teniendo en cuenta la movilidad de las mujeres y las niñas, distancia para llegar a las clínicas, problemas de seguridad en el transporte y costo total del viaje; considerar centros de tratamiento móviles y descentralizados para las áreas rurales, así como visitas a domicilio de trabajadoras de salud/sociales. • El personal debe recibir capacitación en enfoques basados en los derechos incluidos códigos de conducta, elección con conocimiento de causa y consentimiento, confidencialidad y notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger y observar datos sobre el VIH, desagregados por sexo y edad. • Capacitar a las orientadoras que suministran la prueba voluntaria y asesoramiento, en detección de violencia y formulación de preguntas sobre violencia de pareja, desarrollo de planes de seguridad para la notificación, y ampliar el asesoramiento y la prueba para parejas. • Abordar los problemas que tienen las mujeres que sufren violencia de pareja para acceder los tratamientos antirretrovirales y continuarlos; por ejemplo, mediante la inclusión de preguntas en los formularios de supervisión de la adhesión que indaguen sobre la violencia de pareja. • Asegurar la disponibilidad de condones femeninos además de los condones masculinos. • Asegurar el tratamiento de

	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el personal de violencia y VIH tenga los recursos adecuados, tales como herramientas de despistaje y directorios para derivar a las víctimas a otros servicios, incluidos servicios legales o de orientación. • Integrar los servicios de violencia a los servicios prenatales para infecciones de transmisión sexual, y de planificación familiar. • Asegurar que niñas, niños y adolescentes tengan igual acceso a servicios de salud adaptados a sus necesidades. • Asegurar que la profilaxis post exposición esté disponible no solo para sobrevivientes de agresión sexual, sino también como parte de servicios integrales de salud sexual y reproductiva disponibles para mujeres cuyas parejas están viviendo con el VIH y que pueden tener conductas sexuales de riesgo. 	<p>enfermedades relacionadas con el SIDA e infecciones oportunistas; información acerca del tratamiento y adhesión al mismo; prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; amamantamiento, atención a domicilio y paliativa a enfermos terminales;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la disponibilidad de servicios de prevención (orientación, prueba del VIH).
--	--	---

Fuente: Ward, J., 2008. “*Designing Programming to Address GBV and HIV in East, Central, and Southern Africa: A Framework for Action*”, Borrador de documento de trabajo, UNFPA, Nairobi.

Ejemplo: [The South African Gender-Based Violence and Health Initiative](#) (SAGBVHI) (Iniciativa sanitaria sudafricana sobre la violencia de género) es un consorcio especializado de organizaciones e individuos que trabajan en temas de violencia de género y salud. Esta iniciativa ha contribuido a la mejora de la respuesta sanitaria a la violencia contra las mujeres y las niñas en Sudáfrica, y también ha contribuido a la integración de los servicios de atención a la violencia de género y el VIH con el desarrollo de un programa de capacitación en profilaxis post exposición, de 2 días de duración, dirigido a profesionales sanitarios (Guedes, 2004).

Para una orientación en detalle acerca de la atención post violación, vea la sección sobre [servicios para sobrevivientes de agresión sexual](#).

Herramientas ilustrativas:

- ***Development Connections: Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres*** (Luciano, D./Development Connections y

UNIFEM, 2009). Disponible en [inglés](#) y [español](#). Vea también la [página web](#) de Development Connections para obtener recursos adicionales, incluido un curso en línea permanente.

- ***An Essential Service Package for an Integrated Response to VIH and Violence Against Women (Paquete de servicios esenciales para una respuesta integral al VIH y la violencia contra la mujer)*** (*Women Won't Wait*, 2010). Disponible en [inglés](#).

- ***Operational Guide on Gender & VIH/AIDS: A Rights Based Approach (Manual operativo sobre género y VIH/SIDA: un enfoque basado en los derechos)*** (ONUSIDA, Grupo Interagencial de Género y VIH/SIDA, 2005). Disponible en [inglés](#).

- ***Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH: Manual para capacitadores y gerentes de programas. 2006***, por EngenderHealth e International Community of Women Living with VIH/AIDS (ICW), es para capacitadoras y facilitadores idóneos que trabajan con gerentes de programas de salud sexual y reproductiva (SSR) y trabajadoras de la salud. El manual ofrece orientación para un taller de cuatro días de capacitación y dos días de planificación acerca de cómo prestar asistencia y apoyo integral a mujeres y niñas adolescentes con VIH. El manual incluye generalidades para capacitadores, módulos de capacitación detallados, folletos y referencias que pueden adaptarse a los contextos locales y cubre la orientación sobre SSR dentro de los programas que vinculan la SSR con el VIH/SIDA. Disponible en [inglés](#), [francés](#), [español](#), [portugués](#), y [ruso](#); 239 páginas.

- ***Resource Pack on Gender and HIV/AIDS (Paquete de recursos sobre género y VIH/SIDA)*** (ONUSIDA, 2006), por el Grupo Interagencial de Género y VIH/SIDA, es para profesionales del desarrollo y formuladores de políticas. Se trata de un paquete de recursos que ofrece orientación para la programación y promoción del abordaje de las inequidades de género y el impacto negativo que estas tienen en los programas nacionales sobre el VIH/SIDA. El paquete contiene un [manual operativo](#) con un marco conceptual, herramientas y listas de control para la programación sensible al género y basada en los derechos; un [informe experto](#) para consulta 'Integración del género a los programas de VIH/SIDA'; y 17 [fichas descriptivas](#) sobre aspectos del VIH/SIDA relacionados con el género.

- ***Addressing Gender-based Violence from the Reproductive Health/HIV Sector: A Literature Review and Analysis (Abordaje de la violencia de género desde el sector de salud reproductiva/VIH: Revisión y análisis de la literatura)*** (Guedes, A./Bureau for Global Health, 2004). Disponible en [inglés](#).
- ***Delivering Post-rape Care Services: Kenya's Experience in Developing Integrated Services (Servicios de asistencia a víctimas de violación: la experiencia de Kenya en el desarrollo de servicios integrales)*** (Kilonzo, N., Theobald, S.J., Nyamato, E., Ajema, C., Muchela, H., Kibaru, J., Rogena, E. y Taegtmeier, M., 2008). Disponible en [inglés](#).
- ***Strategic Interventions: Intersections between Gender-based Violence and HIV/AIDS (Intervenciones estratégicas: intersecciones entre la violencia de género y el VIH/SIDA)*** (Muthien, B. 2003). Disponible en [inglés](#).
- ***The Refentse Model for Post-Rape Care: Strengthening Sexual Assault Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in a District Hospital in Rural South Africa*** (Kim, J.C., Askew, I., Muvhango, L., Dwane, N., Abramsky, T., Jan, S., Ntlemo, E., Chege, J. y Watts, C./Consejo de Población, 2009). Disponible en [inglés](#).
- ***Gender-based Violence and Reproductive Health and HIV/AIDS: Summary of a Technical Update (Violencia de género y salud reproductiva y el VIH/SIDA: Resumen de una actualización técnica)*** (USAID, 2002.). Disponible en [inglés](#).

Prevención

La mayor parte de la investigación y los programas sobre prevención del VIH se han concentrado en cambiar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos individuales sin hacer un análisis de cómo las normas sociales y la realidad afectan a mujeres y varones de diferente manera. Cuando la investigación ha reconocido diferencias en la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección por VIH, con frecuencia ha sido en el contexto de un aumento del riesgo a causa de factores biológicos, sin reconocer los factores socioeconómicos. La incidencia temprana sobre el preocupante ritmo al cual las mujeres están contrayendo el virus tenía el propósito de visibilizar las inequidades entre varones y mujeres como factor importante de riesgo para

las mujeres aunque, con frecuencia, inadvertidamente volvía a hacer responsables a las mujeres de prevenir la propagación del VIH sin reconocer el papel que juegan los hombres (Campbell, 1995; Shefer, 2005). La expectativa de que el cambio de conocimientos y actitudes puede empoderar a las mujeres para negarse o negociar el sexo sin riesgo ignora la compleja realidad en la que viven las mujeres y las niñas (por ej. matrimonio precoz, escasas oportunidades económicas y la dependencia en la pareja, altas tasas de maltrato), las cuales limitan su capacidad para tomar sus propia decisiones aún cuando poseen el conocimiento y las destrezas para prevenir el VIH.

Las estrategias más populares para la prevención del VIH han estado dirigidas a las personas que poseen cierto nivel de control y autonomía en la toma de decisiones sobre su sexualidad y en otras áreas de su vida, sin tomar en cuenta la situación de las mujeres y las niñas (Krishnan et al., 2007 citado en Luciano, 2009). Esto se hace patente en el método de prevención ampliamente conocido: Abstente, Sé fiel, y usa Condón (ABC por sus siglas en inglés). Los programas ABC están orientados a crear un cambio en la conducta del individuo. Su método para hacerlo no aborda los factores externos que limitan la autonomía sexual de las mujeres y las niñas y las pone en riesgo de contraer el VIH. En muchos contextos en todo el mundo, las mujeres y las niñas no pueden evitar ser violadas, no pueden impedir que sus maridos o parejas sean infieles y, en sus relaciones de pareja abusivas, no tienen poder para negociar el uso de condones. Los programas de prevención dirigidos al matrimonio, tales como aquellos que se centran en “abstinencia hasta el matrimonio” como forma de prevención, también son problemáticos. Estos programas no consideran el hecho que en algunos países entre las mujeres casadas hay mayor prevalencia de VIH que entre las no casadas (Human Rights Watch, 2005, citado en Ward, 2008).

Tomando como base las lecciones aprendidas, los enfoques clave para la prevención de la violencia contra mujeres y niñas y el VIH incluyen: concientizar a la comunidad en general, movilizar esfuerzos comunitarios, proporcionar apoyo para la promoción basada en pruebas empíricas; y llevar a cabo campañas en los medios de comunicación masiva que mejoren los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los miembros de la comunidad con respecto a la promoción y protección del derecho de las mujeres y las niñas a una vida libre de violencia y VIH y SIDA.

Recomendaciones para la programación sobre violencia contra mujeres y niñas y el VIH			
	Violencia contra mujeres y niñas	Ambas Violencia y VIH	VIH

Movilización comunitaria en el sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias para mejorar la respuesta de la comunidad a la violencia y reclutar a grupos comunitarios para proporcionar a las víctimas respuestas sensibles en la comunidad y derivarlas prontamente a servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la violencia contra mujeres y niñas y actividades de género a los esfuerzos comunitarios de comunicación, educación y cambio de comportamiento sobre el VIH. • Desarrollar intervenciones específicas dirigidas a las necesidades de niñas jóvenes casadas a quienes no necesariamente alcanzan los servicios sanitarios para adolescentes y otros métodos de educación sanitaria sexual. • Concientizar sobre la relación entre violencia y la explotación sexual y el VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la educación sexual sea exhaustiva y basada en pruebas empíricas, desde presentar hechos biológicos hasta crear oportunidades para que las niñas y los niños hablen, cuestionen y analicen las relaciones de género, la equidad de género, el empoderamiento de las niñas, el respeto mutuo. • Asegurar el acceso a la información sobre prácticas sexuales seguras y servicios de salud reproductiva. • Involucrar a líderes de la comunidad en el desarrollo e implementación de estrategias para abordar el VIH.
---	--	---	--

Fuente: Ward, J., 2008. “*Designing Programming to Address GBV and HIV in East, Central, and Southern Africa: A Framework for Action*”, Borrador de documento de trabajo, UNFPA, Nairobi.

Los mensajes y herramientas de comunicación deben tomar en cuenta el contexto en el cual están viviendo las beneficiarias y qué tipo de influencia tiene este sobre su capacidad de actuar con cierto tipo de conocimiento e información (Grupo interagencial de género y VIH/SIDA ONUSIDA, 2005). Los mensajes deben evitar la reafirmación de los estereotipos nocivos de las mujeres, los varones o toda comunidad marginada que promuevan la estigmatización.

- Por ejemplo, recientemente, en un país industrializado apareció el siguiente mensaje sobre la prueba y la orientación del VIH: “¿Qué clase de madre puede transmitir el VIH a su bebé? La que no se hace la prueba.” Los mensajes como este estigmatizan a las mujeres porque sugieren que es culpa de la madre si el/la bebé tiene el VIH (IGWG y USAID, 2004, citado en OMS, 2009a, p. 13).

Este tipo de estigma genera discriminación y puede dar lugar a la violación de los derechos humanos.

- Evite la estigmatización con mensajes positivos que promuevan y fomenten la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en las decisiones sexuales, reproductivas y de salud (por ej. uso de condón, prueba del VIH, y [profilaxis antirretroviral](#)) y para prestar asistencia a las personas que viven con el VIH o el SIDA y sus familias (OMS, 2009a).
- El siguiente acrónimo **ACCEPT** (“aceptar” en inglés) es útil para determinar si los mensajes sobre violencia y VIH adhieren a los principios básicos de la buena comunicación:

Afirmar lo que se ignora y subvalora.

Corregir la ignorancia, las imprecisiones y los mitos.

Combatir las normas, percepciones y estereotipos dominantes que son degradantes y perpetúan la inequidad.

Empoderar para la acción.

Presentar lo negativo como positivo.

Transformar las percepciones y estereotipos dominantes.

Fuente: Grupo interagencial de género y VIH/SIDA ONUSIDA, 2005. [Operational Guide on Gender & HIV/AIDS: A Rights Based Approach](#), p. 33.

- Se han llevado a cabo una variedad de esfuerzos con el propósito de movilizar y cambiar la conducta de la comunidad en relación al VIH y la violencia contra las mujeres usando una variedad de enfoques combinados (promoción de derechos y abordaje de factores subyacentes tales como la pobreza y la inequidad), y diferentes medios (educación dentro y fuera de la escuela, medios de comunicación masiva) y centrándose en diferentes subgrupos clave de la población (por ej. hombres, adolescentes). Estos esfuerzos a menudo incorporan una combinación de enfoques y objetivos diferentes, incluidos:
 - Abordajes de los **factores de riesgo del entorno** tales como la pobreza y las inequidades de género.
 - **Promoción de derechos** que incluyen concientización sobre los vínculos de la violencia y el VIH/SIDA dentro de los programas sobre la violencia contra las mujeres y las niñas.
 - **Proporcionar oportunidades de educación formal e informal sobre VIH/SIDA y violencia contra las mujeres y las niñas, mediante la reforma de los currículos para incluir estos temas en los mismos** o en actividades educativas informales.

- Los ejemplos ilustrativos incluyen:

Área temática	Ejemplo de caso
Involucrar a hombres y niños	<p>El proyecto de empoderamiento masculino Africare, “Man enough to care?” (¿Suficientemente hombre como para que te importe?) está diseñado para abordar el desequilibrio en la zona rural de Zimbabwe entre la atención que reciben los hombres y las mujeres que viven con el VIH, ampliando los roles del hombre en la atención domiciliaria. El proyecto ha capacitado a más de 120 hombres como cuidadores domiciliarios voluntarios y para proporcionar atención básica de enfermería, control de la infección y apoyo psicosocial. Los cuidadores también fomentan un estilo de vida positivo, asisten en la preparación de testamentos, y ofrecen orientación en el duelo. Se observó que al asociar valores y actividades tales como cuidados, enfermería y protección de las familias contra la transmisión del VIH con características tradicionalmente masculinas como fuerza, machismo y poder, se alentaba a los hombres a desempeñar un papel más activo en la prevención del VIH y el cuidado relacionado con el SIDA. Al apoyar a los hombres voluntarios como cuidadores secundarios, el proyecto buscaba aumentar la voluntad y capacidad de los hombres para brindar atención primaria a sus propios familiares, reducir la carga de las mujeres y las niñas, y aumentar la cantidad y calidad del apoyo y el cuidado de las personas que viven con el VIH en las comunidades rurales (extracto de OMS, 2009a. <i>Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women’s Needs</i>. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 69).</p> <p>Programa H. El Programa H está dirigido a ayudar a hombres jóvenes a cuestionar las normas tradicionales relativas a la hombría y a promover las capacidades de los hombres jóvenes para discutir y reflexionar sobre los “costos” que pueden tener los puntos de vista de género no equitativos, y las ventajas que tienen los comportamientos de género más equitativos. Las actividades de intervención incluyen dos componentes principales: (1) un currículo probado en el terreno, que incluye un manual y un video educativo para promover un cambio de actitud y comportamiento entre los hombres, y (2) una campaña social de marketing de estilo de vida para promover cambios en las normas sociales o comunitarias sobre qué significa ser hombre (Extracto del programa Horizons y del Instituto Promundo, 2006).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descargue los manuales del Programa H en inglés, hindi, portugués, español y vietnamita. ➤ Descargue “Hombres jóvenes y la prevención del VIH: una guía para la acción” (Promundo y UNFPA), Disponible en inglés, portugués y español. <p><u>Men as Partners</u> (Hombres como parejas). Iniciado en 1996 por EngenderHealth, este programa está dirigido a disminuir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado y violencia contra mujeres y niñas involucrando a hombres y niños en el cuidado de su propia salud y la de sus parejas y familias. Ver el estudio de caso y evaluación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Descargue el manual de capacitación en Inglés. <p><u>I’m Worth Defending</u> (Merezco defenderme): es una organización no gubernamental de Kenya que trabaja en el área de la prevención de violaciones mediante la educación, capacitación, y apoyo al público, organizaciones, e individuos. <i>I’m Worth Defending</i> integra programas sobre el HIV/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas mediante las siguientes actividades: entrenamiento en antiviolación, autodefensa, afirmación personal y fijación de límites para mujeres, niñas y niños; Involucrar a niños y hombres en la erradicación de la violencia sexual y de género; capacitación en derechos humanos; promoción, trabajo en red; y colaboración con otros interesados tanto local como internacionalmente; desarrollo de capacidades, promoción e incidencia por los derechos de las mujeres y la niñez.</p>
<p>Involucrar a las comunidades</p>	<p><u>Raising Voices</u>: trabaja en el área de la violencia contra las mujeres y las niñas en Uganda y en la región. Su trabajo incluye el diseño de herramientas del programa y material de comunicación, y proporcionar apoyo técnico y desarrollo de capacidades sobre violencia contra las mujeres y las niñas, VIH y derechos humanos. Uno de sus mayores programas, que incluye un fuerte componente de evaluación, se llama SASA! o “¡Ahora!” en swahili. Lea el estudio de caso de su esfuerzo de movilización comunitaria, SASA!</p> <p>Con el apoyo del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para eliminar la violencia contra la mujer, se está aumentando a escala el programa SASA! para alcanzar a las comunidades en toda Uganda. Vea un video corto que describe su trabajo.</p> <p><iframe title="YouTube video player" width="640" height="390"</p>

	<p>src="http://www.youtube.com/embed/mZexCd59EX4" frameborder="0" allowfullscreen></iframe></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vea el estudio de caso completo sobre SASA! ➤ Vea el filme que formó parte de sus esfuerzos de movilización. ➤ Descargue los recursos que lo acompañan. <p>Stepping Stones: talleres en más de 40 países —principalmente en África— para promover la discusión y la concienciación sobre la violencia y el VIH, han tenido como resultado una reducción de los casos de violencia de pareja mediante la educación comunitaria dirigida a los hombres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vea evaluaciones de <i>Stepping Stones</i>. ➤ Acceda al manual de Sudáfrica en inglés. ➤ Descargue versiones en otros idiomas y adaptaciones de la página web.
<p>Comunicación para el cambio social mediante la educación, entretenimiento y medios de comunicación masiva (radio, teleteatros, internet)</p>	<p>Soul City Sudáfrica y <i>Soul City</i> Regional apoyan el “entretenimiento educativo” a través de los medios de comunicación masiva para concientizar y sensibilizar sobre los asuntos de género, VIH, violencia contra las mujeres y las niñas y las personas que viven con el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vea la descripción y la evaluación del programa. <p>Puntos de Encuentro, con base en Nicaragua, produjo Sexto Sentido, una telenovela con amplio público, de 30 minutos semanales. El <i>show</i>, que ha sido difundido en Costa Rica, Honduras y los Estados Unidos, muestra personajes y temas que motivan a los televidentes a cuestionar la legitimidad de las ideas tradicionales con respecto a los roles de género, y las relaciones de los hombres y las mujeres con el hogar, el lugar de trabajo y la sociedad en general. Además, Puntos de Encuentro, también lanzó una campaña permanente “Necesitamos Poder Hablar”, que se centra en el machismo como factor de riesgo para la incidencia del abuso sexual y la transmisión del VIH.</p> <p><i>Breakthrough (India)</i>: <i>Breakthrough</i> es una organización internacional de derechos humanos con base en India y los EE.UU., que introduce discusiones sobre violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA al transmitirlos como mensajes</p>

de formato popular en los medios. En su primer año de existencia, *Breakthrough* había producido *Mann ke Manjeerée: An Album of Women's Dreams* (Sueños de mujeres) (2000), un aclamado álbum y una serie de videos musicales que describían la experiencia de una madre e hija que escapaban de la violencia doméstica y otros temas que desafiaban los tabús culturales y los estereotipos. En el 2005 lanzaron su campaña multimedia “*What kind of man are you?*” (¿Qué tipo de hombre eres?), que por primera vez pedía directamente a los hombres que usaran condones para proteger a sus esposas de la infección del VIH y explicaba que de las 2 millones de mujeres en India que viven con el VIH, la mayoría lo han contraído de sus maridos. Esta campaña compuesta de anuncios impresos, *spots* radiales, anuncios de servicio público en sala y carteleras, ha sido traducida a siete idiomas. La campaña ha alcanzado a 75 millones de personas y se han recibido más de 8.000 mensajes de texto y otras consultas a través de las líneas de atención anónima de *Breakthrough*.

En el 2008 *Breakthrough* inició una campaña que fue premiada, *Bell Bajao* (Toca el timbre), pidiendo a los hombres y a los jóvenes que cuando son testigos de violencia la detengan con esta simple intervención. Con sus anuncios de servicio público en televisión, radio y prensa, campaña multimedia en línea, material educativo, y pantalla de video móvil, ya se habían alcanzado a más de 129 millones de personas al finalizar el año 2010. En la reunión anual 2010 de la [iniciativa mundial Clinton](#) se anunció el compromiso de aumentar *Bell Bajao* a escala mundial con el apoyo total del [Secretario General de las Naciones Unidas](#).

Breakthrough también ha capacitado a más de 75.000 personas en defensa de derechos. El total de sus esfuerzos tuvo como resultado que un 49 por ciento más de personas conozcan la ley de Protección de la mujer contra la violencia doméstica en India y un 15 por ciento de aumento en el acceso de las sobrevivientes a los servicios de atención.

- Conozca la [campaña](#) multimedia “*What kind of man are you?*”
- Vea el estudio de caso.
- Vea la [evaluación](#) de la campaña multimedia “*Is this Justice?*” (¿Esto es justicia?) contra la discriminación por el VIH.
- Conozca la campaña [Bell Bajao](#).

- Obtenga [recursos](#) adicionales sobre violencia contra la mujer.
- Descargue “*Strength in Action: An Educator’s Guide to Domestic Violence*” (Fuerza en acción: Manual para educadores sobre violencia doméstica) en [inglés](#).
- Descargue el [informe de la encuesta rápida de evaluación](#).
- Descargue el [informe sobre las historias de cambio más importantes](#).

Descargue la [encuesta de línea de base sobre violencia doméstica y VIH/SIDA](#).

Minga Perú: Proyecto de radio educativa intercultural para prevenir y controlar la violencia doméstica y el VIH/SIDA.

Minga Perú es una organización no gubernamental que cuenta con el apoyo del Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas, y que implementó un proyecto de radio educativa e intercultural para abordar el VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas en las comunidades y escuelas rurales de la Amazonía peruana. El objetivo general era reducir la cantidad de casos de violencia y de VIH/SIDA en las comunidades rurales y las escuelas en la Amazonía peruana mediante el uso de una estrategia de comunicación al aire y en el terreno que se implementó desde enero de 2006 a marzo de 2008. Minga Perú capacitó a 174 docentes en 24 escuelas rurales para incorporar temas de violencia doméstica y VIH/SIDA en el currículo de secundaria, mediante debates sobre estos temas – en diversos cursos – con aproximadamente 450 estudiantes.

Estos esfuerzos educativos, duraban todo el año, y se originaban en el terreno, en las escuelas rurales. Fueron complementados con el programa de radio educativa intercultural, de Minga. “Bienvenida Salud”, que incorporó expresamente temas de violencia doméstica, VIH/SIDA y otros, y que se emitía tres veces por semana. En cada escuela participante, se capacitó a varios estudiantes como corresponsales radiales encargados de alentar a la juventud en sus respectivas comunidades a escuchar “Bienvenida Salud” y luego brindar retroinformación, y proponer nuevos temas para su inclusión y debate en el programa de radio.

Los corresponsales radiales, junto con sus docentes y la cuadrilla de promotoras locales de Minga (mujeres de la comunidad que actuaban como agentes de cambio) se encargaron de la

	<p>capacitación y otras actividades programáticas sobre violencia doméstica y VIH/SIDA en sus respectivas comunidades. El proyecto capitalizó la popularidad y credibilidad del programa radial de Minga, “Bienvenida Salud”, que se emitía tres veces por semana, sus recursos humanos en el terreno (las promotoras comunitarias), y lo afianzó estratégicamente con una iniciativa en la escuela, que involucró a docentes, estudiantes y miembros de la comunidad para prevenir y reducir la violencia doméstica y el VIH/SIDA, empoderar a las víctimas de violencia (en su mayor parte niñas, niños y mujeres), y reducir el prejuicio, el estigma y la discriminación asociados con el VIH. Una evaluación independiente del programa de radio educativa intercultural de Minga observó que el proyecto había tenido un impacto positivo en las vidas de las comunidades participantes. (Extracto de Singhal, A. y Dura, L. 2008. “<i>Listening and Healing: An Assessment of Minga Peru’s Intercultural Radio Educative Project to Prevent and Control Domestic Violence and HIV/AIDS</i>”, informe presentado a Minga Perú/ Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para poner fin a la violencia contra la mujer, p.5)</p>
<p>Empoderar a las mujeres y las niñas</p>	<p>IMAGE: The Intervention with Microfinance for AIDS and Gender Equity. La intervención con microfinanzas para el SIDA y la equidad de género es un programa en Sudáfrica que aborda la pobreza y la inequidad de género, incluida la violencia contra la mujer como factores ambientales de riesgo para contraer el VIH, mediante la combinación de capacitación participativa en concienciación sobre género con un programa de crédito de pequeña escala. Ver un resumen de la evaluación y la evaluación completa.</p> <p>➤ Descargue los manuales de capacitación, Volumen I y Volumen II.</p> <p>Community-based HIV/AIDS/STD Response through Capacity-building and Awareness (CHARCA). Respuesta comunitaria al VIH/SIDA/ITS a través del desarrollo de capacidades y la concienciación es un proyecto conjunto del sistema de las Naciones Unidas en asociación con la National AIDS Control Organization (NACO) de India. Está dirigido a reducir la vulnerabilidad de las jóvenes (entre 23 y 25 años), dentro de la población en general, a contraer el VIH. Se está implementando en seis localidades en India. Las principales actividades son: (1) concientizar, (2) desarrollar capacidades, (3) fortalecer los servicios, (4) crear un entorno propicio, (5) construir estructuras de apoyo. Como intervención en la población en general, la respuesta comunitaria al VIH/SIDA/ITS a través del desarrollo de</p>

	<p>capacidades y la concienciación trabaja con mujeres jóvenes así como con una variedad de grupos que tienen influencia en la vida de las jóvenes, incluidos los grupos de varones jóvenes, los grupos de mujeres mayores y redes de personas que viven con el VIH. (Extracto de UNODC).</p> <p>Vea la encuesta de línea de base. Vea el informe final.</p>
--	--

Herramientas adicionales:

- Para obtener una lista adicional de recursos constantemente actualizados, busque en la base de datos de herramientas, por tema (por ej. [prevención](#) y/o [VIH](#))
- Vea también los módulos de programas especializados sobre [hombres y niños](#), prevención, adolescentes y educación.
- ***Toolkit for Mainstreaming HIV and AIDS in the Education Sector: Guidelines for Development Cooperation Agencies (Manual para transversalizar el VIH y SIDA en el sector educación: directrices para las agencias de cooperación para el desarrollo)*** (Grupo interagencial de educación, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2008). Esta caja de herramientas está dirigida al personal docente de las agencias de cooperación para el desarrollo, incluidas agencias multilaterales y bilaterales orientadas al desarrollo y al trabajo humanitario, así como organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil, para ayudar en el proceso de incorporación de la temática del VIH y SIDA en la planificación e implementación del sector educación. Brinda recursos y apoyo para evaluar el progreso de los países con respecto a la incorporación de la temática del VIH y SIDA; identificar puntos de entrada y oportunidades; y establecer prioridades para la promoción y la acción. Está diseñada para su uso como material de referencia o como recurso para la capacitación y discusión. Aunque no se centra explícitamente en la violencia contra la mujer, puede adaptarse a las necesidades y contextos locales. Disponible en [inglés](#).
- ***Inter-linkages between Culture, Gender Based Violence, HIV and AIDS and Women's Rights: Training Manual (Intervínculos entre cultura, violencia de género, VIH y SIDA y derechos de la mujer: Manual de capacitación)*** (SAFAIDS y Oxfam, 2008). Este manual de capacitación fue diseñado para uso de trabajadoras comunitarias y orientadores. Proporciona información y actividades para fomentar la reflexión sobre los vínculos entre la cultura, la violencia de género, la violación de los derechos de la mujer y la propagación del VIH en el contexto africano. Disponible en [inglés](#).

- ***Our Turn to Tell: A Tool for Us! Kenyan Girls Tell their Stories (Nuestro turno para contar: ¡Una herramienta para nosotras! Niñas keniatas cuentan sus historias)*** (AfriAfya y Street Kids International, 2008). Esta herramienta incluye 12 historias de la vida real escritas por niñas adolescentes keniatas sobre la temática del VIH/SIDA y la violencia de género. Al final de cada historia se plantean preguntas de reflexión y se adjunta una guía para la moderadora, que incluye actividades interactivas para acompañar a cada una de las historias. Esta herramienta puede utilizarse sola o como parte de un programa educativo. Hay historias y actividades en inglés, kiswahili y luó. Disponible en [inglés](#).
- ***Planning BCC Interventions: A Practical Handbook (Planificación de intervenciones CCC: Manual práctico)*** (Peter F. Chen para UNFPA CST Bangkok, 2006). El manual, un recurso para el personal y los socios de UNFPA, está dirigido a ayudar a los profesionales a planificar e implementar estrategias efectivas de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) que apoyen la salud reproductiva, específicamente la salud reproductiva en la adolescencia y la prevención del VIH/SIDA. El manual proporciona generalidades de los conceptos de CCC, tipos de intervenciones, algunos marcos teóricos que respaldan los procesos de CCC y orientación detallada para que las profesionales planifiquen, diseñen, ejecuten, vigilen y evalúen las actividades de CCC. Aunque el manual no se centra en la violencia contra la mujer, proporciona una guía para la planificación e implementación de iniciativas de comunicación para el cambio de comportamiento, promoción, o movilización social que pueden adaptarse. Disponible en [inglés](#).
- ***The HIV/AIDS Emergency: Guidelines for Educators (La emergencia del VIH/SIDA: Directrices para educadores)***. Pretoria, Sudáfrica: Departamento de Educación (Jewkes, R. 2000). Disponible en [inglés](#).
- ***Beyond victims and villains: Addressing sexual violence in the education sector (Más allá de víctimas y villanos: Abordaje de la violencia sexual en el sector educación)*** (Panos Institute. 2003). Disponible en [inglés](#).

Áreas específicas para incorporar la violencia de género en la programación del VIH

Lleve a cabo un análisis de situación

El [análisis de situación](#) se usa para determinar las necesidades y opciones de integración en un contexto en particular y adaptar la programación en consecuencia. Implica evaluar los siguientes factores:

- La [epidemiología](#) del VIH/SIDA y la violencia de género,
- El marco legal correspondiente y otras políticas,
- Respuestas sectoriales (salud, justicia, trabajo, educación, etc.),

- Normas, roles de género, factores de riesgo y vulnerabilidades existente y tradicionales,
- Recursos locales existentes (Luciano, 2009).

Herramientas ilustrativas:

- **Análisis de situación del VIH y la violencia contra la mujer.** La siguiente herramienta puede servir de guía para llevar a cabo un análisis de situación del VIH y la violencia de género a nivel macro, sectorial, provincial, institucional/de organización, comunitario e individual: **Luciano, D. 2009.** *Development Connections: Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres* (pp. 47-50). Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- **Mapeo de las partes interesadas para integrar los programas y servicios de VIH y violencia contra la mujer.** La siguiente herramienta puede servir de guía para llevar a cabo un mapeo de las partes interesadas para integrar los programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres y las niñas: **Luciano, D. 2009.** *Development Connections: Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres* (pg. 53). Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Orientación y prueba de VIH voluntaria

- A continuación se ofrece una guía para integrar los servicios de orientación y la prueba de rutina voluntaria en los casos de violencia contra las mujeres y las niñas. Esto incluye los pasos a tomar durante la orientación anterior a la prueba, la prueba y orientación post prueba.

Servicios integrales de Orientación y Tratamiento de Rutina y Violencia contra la Mujer



Fuente: Luciano, 2009. *Development Connections: Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres*, p. 41.

- Elementos adicionales a considerar cuando se integra la violencia contra las mujeres y las niñas a los servicios de orientación y prueba voluntarios:
 - **Despistaje:** Dada la escala y las diferentes formas de violencia contra las mujeres y las niñas, el despistaje de dichas experiencias durante la orientación y la prueba voluntaria puede ayudar a proporcionar a las mujeres un punto de entrada al asesoramiento y los servicios (Luciano, 2009). Las preguntas de rutina sobre la violencia que se hacen a las mujeres durante la orientación y la prueba voluntaria pueden tener beneficios adicionales:
 - Disminuir las tasas de notificación
 - Crear oportunidades para reducir las barreras a la prevención, atención y tratamiento del VIH asociado con la violencia contra las mujeres y las niñas.
 - Cambiar las actitudes del personal sanitario hacia la violencia de género.
 - Reducir el estigma y la discriminación asociada con el VIH y la violencia contra las mujeres y las niñas.
 - **Información u orientación con anterioridad a la prueba:** Proporcionar información y/o orientación previa a la prueba brinda, a quien presta asistencia sanitaria, una oportunidad para compartir información básica sobre la violencia contra las mujeres y las niñas y el VIH/SIDA. Este paso también proporciona a las mujeres la oportunidad de “evaluar su riesgo, pensar sobre la reducción del riesgo, y prepararse para los resultados de la prueba” (OMS, 2009a, pp. 31).
 - **Confidencialidad:** Las pruebas siempre deben ser voluntarias y confidenciales. Obtener resultados positivos, o simplemente hacerse la prueba, puede aumentar el riesgo de violencia de una mujer o una niña. Esto sucede especialmente en las situaciones en las que ocurre violencia de pareja. Por tanto es importante asegurar que la pareja no conocerá la decisión de la mujer de hacerse la prueba a menos que la mujer de claramente su consentimiento.
 - **Notificación:** La notificación puede provocar violencia y discriminación por parte de la pareja, los familiares y la comunidad. Por ello es importante asegurar que existan políticas que exijan que la notificación sea voluntaria.
 - Cuando se trata con pacientes que padecen violencia de pareja, es especialmente importante desarrollar planes de seguridad para la notificación como parte del componente de orientación post prueba de los servicios de orientación y prueba voluntarios. Estos deben incluir:

- Hablar con las usuarias sobre sus temores de violencia y abandono como factores en su decisión de notificar su condición a su pareja (OMS, 2009a).
- Trabajar con la usuaria para desarrollar planes de seguridad para la notificación. En este momento es importante tener en cuenta que cuando ya ocurre la violencia de pareja, la notificación puede tener como consecuencia una escalada de la violencia.
- Previo consentimiento de la usuaria, considere la presencia de una orientadora durante la notificación (Maman et al., 2006; OMS, 2006). Al estar presente una orientadora, la notificación con mediación puede crear un ambiente seguro en el cual realizarla. Cuando haga una notificación con mediación evite la culpa y la tensión proporcionando información precisa sobre la transmisión y la prevención. (Baty, 2008).
- Fomente y apoye la comunicación entre las parejas acerca de la orientación y la prueba voluntaria del VIH/SIDA. Esto puede ayudar a que las parejas se hagan la prueba juntos y revelen su condición (Maman et al., 2006; OMS, 2006). Mantener reuniones separadas con los hombres y las mujeres para la orientación pre y post prueba puede facilitar el proceso de orientación y prueba voluntaria de las parejas, al mismo tiempo que ayuda a evitar la violencia. Después de la prueba, ofrezca a las parejas la opción de venir juntos para la notificación de la condición, esta opción se debe ofrecer con grupos de apoyo organizados para parejas serodiscordantes (Maman et al., 2006).

Protocolos para abordar la violencia durante la orientación sobre cómo revelar la condición de VIH (118)

EJEMPLO 1. Protocolo de orientación de Dar es Salaam, República Unida de Tanzania

En una clínica de de orientación y prueba voluntaria del VIH, un grupo de investigadores implementaron el siguiente protocolo piloto para tratar el tema de la violencia durante las sesiones de orientación sobre cómo revelar la condición de VIH. Las orientadoras hicieron las siguientes preguntas a las mujeres:

1. ¿Su pareja sabe que usted recibirá la prueba del VIH?
2. ¿Si Ud. Le dijera a su pareja que es seropositiva, piensa que reaccionaría dándole apoyo?
3. ¿Tiene miedo a la reacción de su pareja si comparte con él los resultados de la prueba del VIH?
4. ¿Su pareja alguna vez le hizo daño físico?
5. ¿Piensa que su pareja le hará daño físico si le dice se hizo la prueba del VIH y el resultado es positivo?

Los orientadores apoyaron las decisiones de las mujeres de notificar si la respuesta a la pregunta 1. había sido afirmativa o negativa; la pregunta 2 afirmativa, y las preguntas 3-5 negativas. Si la respuesta a la pregunta 2 había sido negativa y cualquiera entre la 3 y la 5 afirmativa, las orientadoras continuaban con cautela e investigaban en más profundidad la situación de riesgo de cada mujer en relación a la violencia por notificación. Si el orientador determinaba que el riesgo era elevado, exploraban opciones alternativas, incluidas: opción de no notificar; postergar la notificación para otro momento cuando la mujer tuviera seguridad de estar a salvo; o desarrollar un plan para la notificación con mediación según el cual la mujer traía a su pareja a la clínica para notificar, o identificaba a un familiar o amiga de confianza que estuviera presente cuando compartieran los resultados de su prueba de VIH con su pareja. Si la mujer respondía negativamente a la pregunta 2 y afirmativamente a las preguntas 3-5, la orientadora exploraba estas alternativas para la notificación sin importar cuál había sido la respuesta a la pregunta 1.

Ejemplo 2 Family Health International (FHI) Región Asia-Pacífico

En la región que FHI denomina Asia-Pacífico, el personal de FHI ha desarrollado el siguiente protocolo para profesionales que orientan a las pacientes sobre notificación.

1. La Orientadora pregunta: “Hay preguntas de rutina que les hago a todas mis pacientes porque

algunas de ellas tienen temor de que sus pareja las maltrate. ¿Qué respuesta espera de su pareja si el resultado de su prueba fuera positivo? “

2. Si la paciente expresa tener temor o preocupación, entonces el orientador pregunta: “¿Alguna vez tuvo miedo de su pareja? ¿Alguna vez su pareja la empujó, agarró con fuerza, abofeteó, pateó o ahogó? ¿La amenazó con lastimarla a Ud., sus hijos(as) o alguien cercano a Ud.? ¿La siguió, la persigió o vigiló sus movimientos?”
3. Si la paciente responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, la orientadora entonces agrega: “Teniendo en cuenta lo que me dijo, ¿cree que notificar a su pareja puede acarrear riesgo para Ud. o su pareja?”

Fuente: OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 38.

- **Prueba de rutina:** Aunque hay poca base empírica acerca de la prueba de rutina y existen diferentes opiniones entre los profesionales y expertos, la prueba de rutina puede tratarse de una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas si no está basada en el consentimiento con conocimiento de causa. Esto implica que a menos que se garanticen la seguridad, la confidencialidad y la elección, se debe usar el criterio de opción de participación en lugar de la opción de no recibir.
 - **Opción de participación:** Es cuando las mujeres reciben la prueba del VIH rutinariamente, y para no recibirla deben expresar claramente que no la desean (Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, 2007). La decisión con conocimiento de causa puede estar comprometida cuando se usa este criterio debido a la falta de capacitación de los profesionales de la salud y otras barreras existentes entre las profesionales de la salud y las usuarias, tales como diferencias de clase o culturales.
 - **Opción de no recibir:** Es cuando existe el consentimiento individualizado con conocimiento de causa en lugar de la prueba de rutina (Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, 2007). Este criterio es más apropiado cuando se trabaja con poblaciones muy vulnerables y especialmente vulnerables al aumento de la violencia cuando se revela el resultado de la prueba del VIH.
- **Capacitación del personal:** Se debe brindar capacitación de sensibilización al personal de orientación y prueba voluntaria para concientizarlo sobre las diferencias de género, clase y étnicas que pueden crear desigualdades de poder entre el personal y las usuarias (WHO, 2009a). Esto incluye capacitación en cómo usar lenguaje sencillo para explicar los términos médicos y técnicos que de otra forma

muchas usuarias pueden no comprender, y capacitación en cómo evitar expresar actitudes sentenciosas y prejuicios personales hacia las usuarias (OMS, 2009a).

Temas para la capacitación de orientadores en violencia y VIH

- Revisar los vínculos entre el VIH y la violencia, incluidas formas en las cuales la violencia afecta el riesgo de la mujer a contraer el VIH.
- Revisar las experiencias de las mujeres con la notificación.
- Aprender estrategias de orientación para abordar la violencia y el temor a la violencia durante la orientación y la notificación.
- Revisar las experiencias de las mujeres que negocian la reducción del riesgo en relaciones violentas.
- Aprender estrategias de reducción del riesgo para orientar a las mujeres en relaciones violentas.
- Practicar habilidades para proporcionar apoyo permanente a las mujeres en relaciones violentas.
- Identificar cómo abordar las necesidades de apoyo post prueba de las mujeres en relaciones violentas.

Fuente: Maman, S., King, E., Amin, A., García-Moreno, C., Higgins, D. y Okero, A., 2006. [Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counselling: A Meeting Report](#). Ginebra, Suiza. OMS, p. 23.

Ejemplo: Vezimfihlo! (“Romper el silencio”) es un programa desarrollado en Sudáfrica para capacitar a profesionales que trabajan en el área de la orientación y la prueba voluntaria para ayudarlas a abordar la violencia de género. El programa indaga por qué la violencia de género es un asunto de salud pública y cómo los trabajadores de la salud pueden ayudar a las pacientes agredidas; también desarrolla habilidades de identificación, consulta, comunicación y respuesta. El público meta incluye orientadores

no profesionales y otro personal que presta servicios de orientación y prueba voluntaria.
Vea el [estudio](#).

Desarrollo de capacidades para abordar la violencia de género mediante orientación y análisis voluntario (33)

Vezimfihlo! es un programa de capacitación desarrollado en Sudáfrica, orientado a equipar a las orientadoras que trabajan en centros de orientación y prueba voluntaria a abordar la violencia de género. El programa explora por qué la violencia de género es un problema y cómo el personal de salud puede ayudar a las pacientes que han sufrido maltrato; también construye habilidades de identificación, consulta, comunicación y respuesta. El público meta incluye orientadores no profesionales y otro personal que ofrece orientación y prueba voluntaria. El manual incluye los siguientes temas principales:

- La construcción social del género
- Violencia de género – una prioridad de salud
- Cómo el sector salud puede responder a la violencia de género
- Actitudes hacia la violencia de género
- Violencia de género – causas y consecuencias
- Experiencias de violencia de género
- Identificación de violencia de género
- Barreras para la identificación y notificación de la violencia
- El rol del sector salud para garantizar la seguridad
- Preguntar sobre el maltrato y realizar evaluaciones de seguridad
- Habilidades para la consulta – como mejorar la comunicación
- Opciones para las mujeres víctimas de maltrato
- Violencia de género en la orientación y la prueba voluntaria
- Construcción de sistemas de apoyo, incluidos los recursos comunitarios

Mensajes clave para abordar la violencia contra las mujeres en el sector salud

- La violencia de género es un problema de salud, por tanto la pregunta no es si tratarla sino cómo hacerlo.
- El personal de salud en un centro de orientación y prueba voluntaria y quienes brindan apoyo a mujeres maltratadas, necesitan tratar con los factores que ponen en riesgo a las mujeres e interfieren con la capacidad de las mujeres que viven con el VIH de vivir una vida sana.
- El rol del personal de salud en el abordaje de la violencia de género es:
 - preguntar acerca de la VdG
 - conversar sobre cómo puede aumentar el riesgo de contraer el VIH
 - conversar sobre sus efectos sobre la notificación y una vida positiva con el VIH
 - hablar sobre seguridad y ofrecer información sobre las opciones.

Fuente: extracto de OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 10.

Servicios de derivación: La falta de servicios de derivación disponibles para los casos de violencia presenta un desafío para el personal de los programas sobre VIH que tratan con la violencia contra mujeres y niñas (OMS, 2009a). A continuación se muestra una lista exhaustiva de servicios de atención médica y de cuidados así como servicios psicosociales que deben incluirse cuando se establezcan servicios de derivación para la integración del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas. En contextos donde el apoyo psicosocial formal no es suficiente, los programas de apoyo de pares pueden ser un mecanismo importante para ayudar a las mujeres durante el proceso de prueba del VIH y orientación (OMS, 2006).

Tipos de servicios de redes de derivación (65)

SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD

- TARV, incluido apoyo para el tratamiento, información, y orientación para la adhesión
- Obstetricia y ginecología, incluido el despistaje del cáncer cervical
- Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), por ej. planificación familiar, atención prenatal y materna, servicios para las infecciones transmitidas sexualmente y la reproducción, servicios de SSR de adolescentes, orientación sobre la sexualidad
- Orientación sobre la prueba del VIH
- Servicios de PTMI
- Servicios de salud mental
- Intercambio de agujas
- Profilaxis post exposición (PPE)

SERVICIOS PISCOSOCIALES

- Cuidado infantil, incluido el cuidado de huérfanos e infancia vulnerable
- Apoyo financiero y material
- Cuidados en el hogar
- Apoyo legal (propiedad, empleo, confección de un testamento)
- Microfinanzas y microcrédito para generar ingresos
- Intervención y orientación nutricional
- Orientación de pares, apoyo psicológico, orientación en el duelo
- Grupos de apoyo post prueba y grupos de apoyo mutuo, grupos de jóvenes
- Apoyo espiritual (por. ej. grupos religiosos)
- Violencia doméstica, grupos de mujeres y de

- Farmacia autoayuda
- Prevención (condones, *marketing* social)
- Servicios para grupos marginados (por ej. trabajadoras sexuales, consumidores de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres)
- Gestión del alcohol, drogas y uso indebido de sustancias
- Profilaxis para la malaria
- Servicios para la tuberculosis
- Cuidados paliativos

Fuente: OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 47.

Herramientas ilustrativas:

- **Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers (Integración de servicios de orientación y prueba del VIH voluntaria en los ámbitos de salud reproductiva: directrices por pasos para planificadores de programas, gerentes y personal de salud)** (IPPF Oficina Regional de Asia Meridional y UNFPA, 2004). Disponible en [inglés](#).
- ***Disclosure Assessment (Orientación para la notificación)***, por Suzanne Maman, es una herramienta de preguntas para identificar a víctimas de VdG y evaluar su situación de riesgo.
- ***Risk Reduction Counselling for Women at Risk for Violence (Orientación a mujeres para reducir el riesgo de violencia)*** por Elizabeth King, es una herramienta para considerar la probabilidad de violencia durante la orientación sobre reducción de riesgos. La herramienta presenta varios escenarios mediante juegos de roles que pueden usar la orientadoras con las usuarias para facilitar la discusión sobre el uso de condón y la coerción sexual. Consta de las siguientes 3 secciones: 1) parejas más jóvenes y personas que mantienen una relación pero

no están casadas; 2) Parejas casadas; 3) Mujeres que tienen una relación (pareja estable y esposo).

- ***Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counselling, Testing, Referral & Partner Notification*** (Directrices para integrar el despistaje de violencia doméstica en la orientación, prueba, derivación y notificación de la pareja sobre el VIH), por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, es un documento que esboza las directrices del Departamento de Salud sobre cómo abordar la violencia contra las mujeres y las niñas dentro de los servicios para VIH. Incluye subtítulos tales como: *Domestic Violence Risk Assessment as a Standard of Care; Introducing a Discussion of Domestic Violence Within HIV Counselling and Testing; Referrals Should be Provided Whenever Domestic Violence or Risk of Domestic Violence is Identified; Discussion of Domestic Violence is Encouraged in Pretest Counselling; and Domestic Violence Screening is Required During Post-test Counselling of HIV-Infected Individuals*. Disponible en [inglés](#).
- ***Counselling Guidelines on Domestic Violence Southern African AIDS Training Programme*** (Directrices para la orientación sobre violencia doméstica en el programa sudafricano de capacitación en SIDA) (Southern African AIDS Training Programme, 2001). Disponible en [inglés](#).
- ***VCT Counsellor Interview Guide*** (Guía para entrevistas de orientación y prueba voluntaria) (Raising Voices, 2008). Esta herramienta fue desarrollada como parte de la iniciativa SASA! para brindar orientación práctica a quienes brindan orientación y la prueba voluntaria, para hablar sobre violencia con sus usuarias. Disponible en [inglés](#).

Recursos adicionales:

- ***The Intersection of HIV and Intimate Partner Violence: Considerations, Concerns, and Policy Implications*** (La intersección del VIH y la violencia de pareja: consideraciones, inquietudes e implicaciones para las políticas) (Baty, M.L., 2008). Family Violence Prevention & Health Practice. Disponible en [inglés](#).
- ***Screening Persons Newly Diagnosed with HIV/AIDS for Risk of Intimate Partner Violence: Early Progress in Changing Practice*** (Despistaje de riesgo de violencia de pareja para personas que recientemente fueron diagnosticadas con el VIH/SIDA: cambios precoces en la práctica) (Klein, S.J., Tesoriero, J.M., Leung, S.Y., Heavner, K.K., Birkhead, G.S., 2008). Disponible en [inglés](#).

- **Addressing Violence against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report (Abordaje de la violencia contra la mujer en la orientación y prueba de VIH: Informe de reunión)** (Maman, S., King, E., Amin, A., Garcia-Moreno, C., Higgins, D. y Okero, A./OMS, 2006). Disponible en [inglés](#).

Prevención de la transmisión perinatal (también conocida como prevención de la transmisión materno-infantil)

- Más del 90% de los 2.1 millones de niños y niñas menores de 15 años que viven con el VIH, en todo el mundo, han contraído la infección a través de sus madres. La prevención de la transmisión perinatal durante el embarazo y el parto, y a través de la lactancia es un área donde hay intervenciones que son viables en entornos de recursos limitados. Sin embargo, la cobertura de las intervenciones para prevenir la transmisión perinatal es baja: en el 2009 se estima que un 26% de las mujeres embarazadas se sometieron a una prueba del VIH, y un 53% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus bebés (OMS/ONUSIDA/ UNICEF, 2010). Así como sucede con la orientación y la prueba voluntaria, el estigma, la discriminación y el temor a la violencia impiden que las mujeres busquen ayuda y adhieran a las intervenciones para la prevención de la transmisión perinatal. (Vea también: OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud).
- Cuando se integra la violencia contra las mujeres y las niñas en las intervenciones para la prevención de la transmisión perinatal, los objetivos principales deben ser ampliar el acceso a una extensa gama de intervenciones para la prevención de la transmisión perinatal, y combatir el estigma asociado con el VIH al mismo tiempo que se promueve el apoyo para la notificación (IGWG of USAID, 2009).
- Algunos ejemplos:
 - Desarrollar o fortalecer vínculos entre los programas y los servicios sobre VIH, con los servicios de salud sexual y reproductiva (por ej. planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, despistaje del cáncer cervical).
 - Capacitar al personal de planificación familiar en el despistaje para detectar violencia rutinariamente como parte de los servicios prenatales, y ofrecer orientación y prueba del VIH voluntaria.
 - Capacitar al personal de planificación familiar para que vean a las mujeres que viven con el VIH como parte de su clientela regular y que les ofrezcan toda la gama de métodos anticonceptivos, y que las deriven por otras necesidades de salud, según sea necesario.

- Coordinar orientación de seguimiento para las mujeres embarazadas cuyas pruebas de VIH han dado resultados positivos. Las profesionales de la salud pueden aprovechar esta oportunidad para ofrecer a las mujeres información acerca de la prevención de la transmisión perinatal, la importancia de recibir profilaxis antirretroviral, y los posibles riesgos de la notificación (incluida la violencia de pareja). Las orientadoras pares y las orientadoras no profesionales de la comunidad pueden resultar especialmente efectivas ya que pueden compartir experiencias personales y normalmente disponen de más tiempo que las orientadoras con base en la clínica. Por ejemplo, mujeres que viven con el VIH y que se han hecho el escáner de intervención para prevenir la transmisión perinatal actúan como orientadoras pares y apoyan a otras mujeres. Su rol es especialmente importante porque pueden brindar seguridad que la prevención de la transmisión perinatal puede ayudar a reducir el riesgo para el feto. A través de su propio ejemplo también pueden actuar como modelos a seguir para otras, brindando información a mujeres, parejas y comunidades que el programa es seguro y eficaz (Extracto de OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 35)

Ejemplo: El programa de **MADRES A MADRES (M2M en inglés)**, en Sudáfrica, recluta a mujeres seropositivas que hayan dado a luz recientemente para que eduquen, orienten y apoyen a otras mujeres seropositivas embarazadas que asisten a las clínicas prenatales para la prevención de la transmisión materno-infantil (PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL). En cada visita, las consejeras conversan con las embarazadas, comparten sus experiencias personales, las alientan para mantener la adhesión a la profilaxis antirretroviral, y las ayudan durante su estadía en el hospital. Las orientadoras también reciben educación permanente y apoyo, incluido un pequeño estipendio. El primer programa M2M comenzó en un hospital de asistencia terciaria, mientras se planeaba instalar otros con el correr del tiempo en varios centros de atención maternal primaria. El programa de apoyo de pares encaja perfectamente en la rutina de atención prenatal. El programa ayuda a educar a las mujeres embarazadas y las empodera a ellas, sus familias y las comunidades. El empoderamiento contribuye a la desestigmatización del VIH y a mejorar la salud de la comunidad. Las mujeres posparturientas que habían tenido dos o más contactos con el programa, eran mucho más proclives que las no participantes a revelar su condición de seropositivas a alguien (97% comparado con 85%; $p < 0.01$). Las participantes eran mucho más proclives a haber recibido profilaxis antirretroviral (95% comparado con 86%; $p < 0.05$) y a informar sobre un método exclusivo de alimentación del o la bebé (es decir, solo amamantamiento o solo alimentación alternativa). Además, informaron una mayor sensación de bienestar que sus contrapartes. Sentían que podían hacer cosas para ayudarse a ellas mismas, sobrellevar el cuidado de sus bebés y tener una actitud positiva.

Fuente: extracto de OMS, 2009a. *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs*. Ginebra, Suiza: OMS, Departamento de Género, Mujer y Salud, p. 36).

Ejemplo: El **Programa de descentralización y salud Twubakane** es un programa de cinco años en Rwanda basado en la promoción de un gobierno local receptivo a las necesidades locales y que promueve el uso sostenible de los servicios de salud comunitarios. El objetivo general del Programa Twubakane es aumentar el acceso, la calidad y el uso de los servicios de salud familiar en los centros de salud y las comunidades mediante el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos locales de asegurar mejor prestación de servicios de salud a niveles descentralizados. Entre el 2002 y el 2004, IntraHealth ensayó un enfoque para evaluar la aptitud de los sistemas de salud, políticas y comunidad para responder a la violencia de género en el contexto de dos servicios obstétrico-ginecológicos en Armenia.

En respuesta a una solicitud de asistencia de USAID/Kigali, Twubakane llevó a cabo una evaluación cualitativa y cuantitativa similar como preparativo de una iniciativa para integrar respuestas a la violencia de género en los servicios de atención prenatal y de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Después de consultar con un comité directivo conformado por los socios nacionales involucrados en la prevención de la VdG y la transmisión del VIH en Rwanda, y tomando las lecciones aprendidas en Armenia, Twubakane adaptó y ensayó su enfoque y herramientas de evaluación de aptitud, como preparación para el diseño e implementación de una intervención multisectorial y multinivel para integrar la respuesta a la VdG en cinco localidades en los distritos de Nyarugenge, Kicukiro y Gasabo en la ciudad de Kigali.

Por información adicional, visite la [página web](#) de Twubakane

Herramientas ilustrativas:

- Para obtener **manuales** y **documentos técnicos** sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, vea la sección especializada de la página web de la Organización Mundial de la Salud en in [Inglés](#).
- **Twubakane Gender-based Violence/ Preventing Mother to Child Transmission Readiness Assessment Tools (Proyecto Twubakane, Herramientas de evaluación de la disposición ante la Violencia de Género/prevenición de la transmisión materno-infantil)** (IntraHealth International, 2008). Proyecto Twubakane. Todas las [herramientas](#) están disponibles en inglés y francés e incluyen:
 - Formulario de revisión de registros clínicos para evaluar la práctica profesional en temas de VdG
 - Guía para entrevistas del grupo focal con usuarias de atención prenatal/ prevención de la transmisión materno-infantil
 - Guía para entrevistas de grupos focales con miembros de la comunidad

- Guía para entrevistas de grupos focales con profesionales que prestan servicios de prevención de la transmisión materno-infantil
 - Entrevistas con las partes interesadas en el área política y legal, y formulario de revisión de documento
 - Inventario para evaluar la aptitud del centro en gestión de VdG
 - Cuestionario para profesionales sobre conocimiento y creencias en relación a la violencia de género
 - Guía para la búsqueda de recursos sobre VdG
- ***Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes in the Health Sector: Tool to Improve Responsiveness to Women's Needs (Integración del género en los programas del sector salud: herramienta para mejorar la receptividad a las necesidades de las mujeres)*** (Organización Mundial de la Salud, 2009a). Disponible en [inglés](#).

Recursos adicionales:

- ***Prevention of Mother-to-Child Transmission Services as a Gateway to Family-Based Human Immunodeficiency Virus Care and Treatment in Resource-Limited Settings: Rationale and International Experiences (Servicios de prevención de la transmisión materno-infantil como punto de acceso a cuidados y tratamiento del VIH basado en la familia en entornos de recursos limitados: Fundamentos y experiencias internacionales)*** (Abrams, E.J., Myer, L., Rosenfield, A. y El-Sadr, W.M., 2007). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 197, No. 3 Suppl., S101-S106. Disponible en [inglés](#).
- ***Gender-based Violence, Relationship Power, and Risk of HIV Infection in Women Attending Antenatal Clinics in South Africa (Violencia de género, poder en las relaciones, y el riesgo de las pacientes de clínicas prenatales en Sudáfrica de contraer el VIH)*** (Dunkle, K.L., Jewkes, R., Brown, G.E., McIntyre, J.A., Harlow, S.D., 2004). *The Lancet*, Vol. 363, No. 9419 (Mayo), 1415-1421. Disponible en [inglés](#).
- ***Partner Notification in Pregnant Women with HIV: Findings from Three Inner-city Clinics (Notificación a la pareja de mujeres embarazadas y con VIH: hallazgos de tres clínicas de barrios pobres urbanos)*** (Forbes, K. M., Lomax, N., Cunningham, L., Hardie, J., Noble, H., Sarnier, L. et al., 2008). *HIV Medicine*, Vol. 9, No. 6, 433-435. Disponible en [inglés](#).

Abordaje de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH

- Las mujeres que viven con el VIH están en riesgo de sufrir las mismas formas de violencia que otras mujeres en general, además de las nuevas formas de violencia, estigma y discriminación directa o indirecta relacionadas con su condición. Estas incluyen pero no se limitan a:
 - rechazo
 - desalojo;
 - arrebatado de la propiedad
 - prohibición que las mujeres vean a sus hijos e hijas
 - maltrato por parte de familiares y familiares políticos
 - maltrato por parte del personal de salud
 - esterilización y varias formas de anticoncepción forzadas
 - aborto forzado
 - violencia, maltrato y extorsión policial
 - pérdida del medio de vida
 - maltrato en el trabajo (por ej. Revelación sin autorización, prueba sin consentimiento, despido o cancelación de ofertas de trabajo)
 - negación a suministro de medicamentos
 - uso de lenguaje discriminatorio
 - legislación y políticas que se desarrollan sin incorporar el enfoque de género y de la condición de VIH
 - ensayos clínicos que no respetan la autonomía, la humanidad y los derechos de la mujer adecuadamente
 - predominancia de los criterios occidentales en cuanto a las “pruebas empíricas”
 - omisión de las instituciones de entender las experiencias reales de las mujeres que viven con el VIH y de crear entornos comprensivos (por ej. falta de reconocimiento de la violación conyugal, carencia de derechos de propiedad y herencia, empleo y protección)

Fuente: extracto de Hale, F. Y Vásquez, M./Development Connections, the International Community of Women Living with HIV/AIDS y ONU Mujeres. 2011. [Violence Against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper](#). Vea otros estudios citados en la publicación. Disponible también en [español](#).

- Las mujeres que viven con el VIH tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Para abordar el estigma, la discriminación y la violencia contra ellas se requiere una revisión de políticas y leyes para asegurar que estén en armonía con los derechos humanos internacionales y se entiendan desde el punto de vista de una mujer seropositiva; apoyo a las redes de mujeres que viven con el VIH para facilitar la supervisión y la implementación de la ley; apoyo a los grupos de mujeres

y otras organizaciones que han ocupado un lugar destacado atendiendo a las necesidades de las mujeres que viven con el VIH y prestando servicios; promoción, concienciación y movilización comunitaria para desafiar a las normas sociales y los comportamientos negativos entre la población en general; y desarrollo de capacidades del personal sanitario, la policía y el sector judicial para responder adecuadamente.

Acceda a las sesiones grabadas para escuchar más opiniones de personas expertas en violencia contra las mujeres que viven con el VIH:

- [*Current definitions and data on types of violence, dimensions, social determinants and consequences of violence against women living with HIV*](#) (Definiciones y datos actuales sobre tipos de violencia, dimensiones, factores sociales determinantes y consecuencias de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH) (Fiona Hale, Salamander Trust)
- [*Projects and programmes addressing violence against women living with HIV*](#) (Proyectos y programas que abordan la violencia contra las mujeres que viven con el VIH) (MariJo Vazquez, Salamander Trust)
- [*Strategic issues regarding violence against women living with HIV for advocacy, research, programming and policy development*](#) (Temas estratégicos relativos a la violencia contra las mujeres que viven con el VIH para la investigación sobre promoción, programación y desarrollo de políticas) (Alice Welbourn, Salamander Trust)

Herramientas:

- ***The People Living with HIV Stigma Index*** (Índice del estigma de las personas que viven con el VIH) ([The Global Network of People Living with HIV/AIDS \(GNP+\)](#); [The International Community of Women Living with HIV/AIDS \(ICW\)](#); [The International Planned Parenthood Federation \(IPPF\)](#); y [el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA \(ONUSIDA\)](#)) con apoyo del Departamento de Desarrollo Internacional, Reino Unido). Esta herramienta por y para las personas que viven con el VIH ha sido desarrollada para medir el estigma y registrar el progreso que se logra en su abordaje. La herramienta y las directrices que la acompañan están disponibles en [inglés](#).
- ***HIV & AIDS – Stigma and Violence Intervention Manual*** (VIH y SIDA – Manual de intervención para el estigma y la violencia) (Duvvury, N., Prasad, N. y Kishore, N./ICRW, 2006). Disponible en [inglés](#).

- ***Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action (Entender y desafiar el estigma del VIH: Herramientas para la acción) (edición revisada)*** (International HIV/AIDS Alliance y PACT, Tanzania, 2007). Disponible en [inglés](#).
- ***Facilitator's Guide for Training on HIV & AIDS Stigma and Discrimination Reduction*** (WACC/Christian Council of Ghana, 2010). Disponible en [anglais](#).
- ***Reducing HIV Stigma and Gender Based Violence Toolkit for Health Care Providers in India: Toolkit for Healthcare Providers in India (Reducción del estigma del VIH y la violencia de género: Caja de herramientas para profesionales sanitarios)***. (ICRW, 2007). Disponible en [inglés](#).
- ***Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action (Comprender y desafiar el estigma del VIH: Caja de herramientas para la acción)*** (ICRW, 2003). Disponible en [inglés](#).
- ***Can We Measure HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination? Current Knowledge about Quantifying Stigma in Developing Countries (¿Podemos medir el estigma y la discriminación relacionada con el VIH/SIDA?)*** (Nyblade, L. and MacQuarrie, K./International Centre for Research on Women, 2006). Disponible en [inglés](#).
- ***Sexual and Reproductive Health for HIV-Positive Women and Adolescent Girls: Manual for Trainers and Programme Managers (Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes que viven con el VIH: Manual para capacitadores y gerentes de programa)*** (EngenderHealth e International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2006). Disponible en [inglés](#), [francés](#), [español](#), [portugués](#), y [ruso](#); 239 páginas.
- ***Positive Women Monitoring Change: A Monitoring Tool on Access to Care, Treatment and Support, Sexual and Reproductive Health and Rights and Violence against Women Created by and for HIV Positive Women (Herramienta de monitoreo del acceso a cuidados, tratamiento y apoyo, derechos y salud sexual y reproductivos y violencia contra la mujer, creados por y para mujeres que viven con el VIH)*** (International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2005). Disponible en [inglés](#).

IV. Instaurar servicios de apoyo para las sobrevivientes en los centros de salud y en la comunidad.

4a. Generalidades

Para abordar algunos de los problemas que presenta la integración de programas de apoyo a las sobrevivientes en el sistema asistencial de salud, se han desarrollado varios modelos de prestación de servicios especializados a las sobrevivientes en distintos países alrededor del mundo. Estos programas pueden estar en los centros de salud, o pueden instalarse en la comunidad. Dondequiera que estén ubicados, estos programas se caracterizan por tratar específicamente el problema de la violencia contra las mujeres y niñas.

Lecciones aprendidas: En el Reino Unido, durante una revisión, se observó que aún donde existen servicios especializados para agresiones sexuales, generalmente hay lugares del país con prestación de servicios mucho menos organizada. ([End Violence against Women and Equality and Human Rights Commission](#), 2007). Esto constata la realidad que muchos países aún se encuentran en la fase de realización progresiva del derecho al acceso a servicios de salud para casos de agresión sexual acordes a los recursos nacionales y marcos legislativos sobre el tema.

En países de bajos y medianos ingresos, los [centros de atención a las víctimas de violencia sexual](#) que cuentan con personal sanitario dedicado y capacitado son el estándar de oro en términos de asistencia, pero es más probable que sea un modelo realista solo en entornos de alta (o más alta) concentración poblacional. En otros lugares, por razones de costos, es más realista que haya personal capacitado en centros donde se presta asistencia post violencia sexual o que exista un [programa de personal examinador de agresión sexual](#). Aún si los centros de atención a las víctimas de violencia sexual son el modelo deseable, se debe decidir si el servicio será exclusivamente médico, de enfermería o una combinación de ambos. A pesar que los servicios de enfermería forense brindan una combinación muy satisfactoria de destrezas de alto nivel y atención focalizada en la víctima/sobreviviente, no hay razón por la cual estas características no puedan encontrarse también en los servicios médicos, si el personal médico examinador ha sido debidamente capacitado y si los servicios son prestados por el personal y dirigidos por gestores y gestoras con el mismo código de ética. En la práctica, generalmente la decisión de quién debe prestar la asistencia está influenciada por las prácticas históricas en prestación de servicios, alcance de la práctica de enfermería y la aceptación del personal de enfermería como perito judicial (extraído Jewkes, R., 2006. “*Paper for Policy Guidance: Strengthening the Health Sector Response to Sexual Violence*”).

Ejemplo: En **Sudáfrica**, el Consejo de Investigación Médica realizó una extensa investigación para determinar cómo sería factible prestar servicios de calidad en casos de agresión sexual sin comprometer las necesidades de las sobrevivientes. Vea la [presentación en Power Point](#) que describe cómo se usó la investigación para desarrollar e implementar políticas.

4b. Programas de personal de enfermería examinador de agresiones sexuales

- Cuando en los hospitales las sobrevivientes de violación son atendidas por personal no especializado, corren el riesgo de recibir atención inadecuada o poco ética. Pueden pasar largo tiempo de espera en la sala de emergencia y, cuando son atendidas, puede suceder que no reciban el tratamiento completo. El personal médico puede no estar suficientemente capacitado en recolección de pruebas forenses o en prestación de apoyo emocional a la sobreviviente.
- En los programas de enfermeras examinadoras de agresiones sexuales las enfermeras reciben capacitación específica para realizar exámenes de agresión sexual y prestar asistencia. En general, estos programas están diseñados para poner énfasis en la prestación de cuidados de calidad a las sobrevivientes. Las enfermeras generalmente atienden en consultorios especialmente asignados para ese fin, pero algunos programas cubren varios hospitales y, por tanto, la enfermera viaja. Incluso puede haber consultorios móviles para realizar los exámenes. (Jewkes, 2006).
- Generalmente se espera que las enfermeras presten asistencia de emergencia y que faciliten el acceso a servicios de apoyo continuo. Reciben capacitación especial en cursos aprobados y autorizados y se espera que brinden atención de salud integral. Algunos programas tienen personal a tiempo completo y otros funcionan con sistemas de guardia a demanda (Jewkes, 2006).
- Este modelo puede tener ventajas especiales para países en desarrollo donde el personal médico con frecuencia es escaso. Como las enfermeras prestan testimonio en los juzgados es esencial que el sistema jurídico reconozca su idoneidad y otorgue el mismo valor que al testimonio del personal médico. (Jewkes, 2006).

Lección aprendida: Para el éxito de los programas de enfermeras examinadoras, es crucial asegurar que las enfermeras capacitadas dispongan de los recursos y apoyo que necesitan, especialmente en entornos donde pueden tener responsabilidades adicionales además de la enfermería forense. Los gestores y gestoras pueden no reconocer que las necesidades de los servicios sanitarios para la violencia sexual deben tener prioridad sobre otros servicios de salud. Este ha resultado ser un problema, especialmente en algunos lugares fuera de América del Norte.

Ejemplo: El servicio forense de enfermeras examinadoras de agresiones sexuales (SANE por sus siglas en inglés) ha arrojado resultados positivos en los Estados Unidos. Una enfermera examinadora de agresión sexual es una enfermera certificada con estudios avanzados en examen forense de sobrevivientes de agresión sexual. La capacitación en SANE, aprobada por International Association of Forensic Nurses, exige 40 horas de clases y una práctica clínica de 40 horas adicionales (Taylor, 2002).

Las metas de SANE son: proteger a la sobreviviente de sufrir daños adicionales; proporcionar intervención en situaciones de crisis; recolección, documentación y preservación forense profesional de pruebas; evaluar y tratar infecciones de transmisión sexual; evaluar riesgos de embarazo y ofrecer prevención; evaluar, documentar y buscar asistencia para las lesiones; y derivar adecuadamente a las sobrevivientes para que reciban asistencia médica inmediata, y de seguimiento, así como orientación psicológica prolongada (Ledray, 1999). Un equipo SANE puede consistir en una profesional de salud, una agente policial y una defensora experta en casos de violación. Usando un enfoque de equipo, la sobreviviente solo tiene que relatar los hechos una vez. Solo la profesional de salud y la orientadora deben estar presentes durante el examen.

En los Estados Unidos, las pacientes de SANE tuvieron exámenes más largos y recibieron atención de mejor calidad. Esto se observa en el mayor porcentaje de exámenes físicos completados y el mayor porcentaje de kits de pruebas completados para entablar acción judicial. (Derhammer et al., 2000, cited in Martin et al., 2007)

Para obtener información completa sobre la implementación de un programa SANE, vea ***Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operations Guide*** (Manual de operaciones y desarrollo del programa de enfermeras examinadoras de agresión sexual) (Ledray, L./Washington DC: Office for Victims of Crime, U.S. Department of Justice, 1999). Disponible en [inglés](#).

4c. Centros de violencia de pareja y/o agresión sexual (también llamados centros de atención integral)

- Los centros de violencia de pareja y/o agresión sexual, también llamados centros de atención integral, ofrecen gestión multisectorial a las sobrevivientes, incluidos servicios de salud, seguridad social, orientación, y jurídicos; todo en un solo lugar. (Colombini et al., 2008). Estos centros de crisis usualmente están ubicados en centros de salud, incluidas las salas de emergencia de hospitales, o como unidades independientes cercanas a un hospital con el cual colaboran (Naciones Unidas, 2006a). Estos centros pueden contar con especialistas las 24 horas o pueden mantener un grupo básico de personal con especialistas de guardia para llamar a demanda.

Centros de atención integral

Una de las buenas prácticas más conocida en prestación de servicios es la de reunir los servicios en un solo lugar, con frecuencia llamado “centro de atención integral”. Se trata de una unidad interagencial para víctimas/sobrevivientes de violencia doméstica o sexual. Tales servicios fueron desarrollados por primera vez en el hospital estatal más grande de **Malasia**. La víctima/sobreviviente primero es examinada y tratada por una doctora y se reúne con una orientadora, dentro de las 24 horas, en un consultorio separado que resguarda la privacidad y confidencialidad. Si se determina que la víctima puede correr peligro si regresa a su casa, la doctora o la orientadora disponen que sea derivada a un refugio de emergencia, o es ingresada a la sala de accidentes y emergencias por 24 horas. Si la paciente escoge no ir al refugio, se la alienta a regresar al hospital en una fecha posterior, para reunirse con una trabajadora social. También se la alienta a hacer la denuncia en la unidad policial ubicada en el hospital. En caso que haya lesiones graves, la policía ve a la paciente en sala para tomar su declaración y comenzar la investigación. Actualmente este modelo se está replicando en muchas partes del mundo.

Busque en la [Base de datos del Secretario General](#) para ver qué países han instalado centros de servicio integral.

Fuente: adaptado de [Fin a la violencia contra la mujer: Hechos, no palabras. Estudio del Secretario General](#), 2006.

- Se ha demostrado que cuando las ventanillas únicas están provistas y dirigidas adecuadamente, y tienen suficiente personal, aumentan las denuncias y la demanda de los servicios. Por ejemplo, tres meses después de introducir servicios post violación integrales, las denuncias de violación se habían multiplicaron por diez en un hospital distrital en Kenya (Taegtmeyer et al., 2006).
- Sin embargo, los centros integrales requieren del compromiso de la administración para que resulten eficaces, así como de la capacitación y apoyo de todo el personal que trabaja en el centro. Las lecciones principales aprendidas de la implementación de un centro integral en Tailandia incluyen:
 - La administración del hospital debe estar involucrada en la instalación de centros integrales.
 - El trabajo en equipo de personal del hospital con diferentes especialidades es crucial.
 - La capacitación de distintos tipos de personal del hospital no solo debe focalizarse en los aspectos técnicos de la violencia contra las mujeres, sino que también debe cubrir cuestiones tales como poder, relaciones, género y sexualidad.

- También es importante sensibilizar a la policía sobre esos mismos temas.
 - Visitar otros centros de crisis puede ser un punto de partida útil para el diseño de los servicios.
 - Puede suceder que, inicialmente, los y las profesionales de salud puedan identificar solo los casos de abuso más obvios, pero compartir experiencias entre el personal de varios departamentos del hospital puede mejorar las habilidades de despistaje en general.
 - Es necesaria la adherencia a un protocolo estándar para varios tipos de trabajadores de la salud. (Extraído de OMS, 2007)
- El Consejo de Europa recomienda los siguientes servicios mínimos para las unidades de agresión sexual ubicadas en centros de salud, y que pueden servir de línea de base para considerar prioridades para el desarrollo de programas:

Tabla 8.16: *Estándares específicos para servicios*
Centros de atención para la agresión sexual y servicios hospitalarios especializados

Estándares mínimos	Estándares deseables	Derechos humanos	Apoyo
Las víctimas de agresión sexual recibirán cuidados de la misma calidad independientemente de las circunstancias de la agresión sexual y su condición legal o social.	<ul style="list-style-type: none"> • Los y las profesionales de salud deben asegurar acceso equitativo a la asistencia médica. • Los servicios deben desarrollar protocolos y respuestas específicas por edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de la discriminación, ECHR Art.14 y Protocolo 12, Art.1, CEDAW, <i>DUDH Art.7</i> y <i>Carta UE Art.21</i> 	
Los servicios deben entablar buenas relaciones laborales con los centros de crisis de violaciones, albergues y otros prestadores de servicios locales.		<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de tratos inhumanos, ECHR Art.3, ICCPR Art.6 y <i>DUDH Art. 1</i> • Respeto por la integridad física y moral o mental, ECHR Art.8 y <i>Carta UE Art.3</i> • <i>Debida diligencia para prevenir e investigar, DEVAW Art.4 c), Plataforma de Beijing Párr.124 (b) y CoE Rec(2002)5</i> 	
Las unidades de emergencia de los hospitales deben tener protocolos para tratar la violencia sexual y la capacitación del personal.		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a estándares adecuados de salud y tratamiento médico, Carta Social y Carta Social Revisada Art.11, CEDAW Art.12, ICESCR Art.12, <i>Carta UE Art.35.</i> • ICESCR <i>Debida diligencia para investigar DEVAW Art.4(c), Plataforma de Beijing Párr.124 (b) y CoE Rec(2002)5</i> 	
Los ambientes de recepción y tratamiento deben ser seguros, limpios y privados.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art.1, DUDH Art.1, y Dec del Milenio Párr.6</i> 	
Los servicios para la violencia sexual que se ofrecen en el hospital deben trabajar con un modelo de derechos de la víctima (ver estándares básicos)		Igual al punto anterior	

Estándares mínimos	Estándares deseables	Derechos humanos	Apoyo
<p>Las examinadoras forenses deben ser mujeres, a menos que las usuarias soliciten lo contrario. Los servicios deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las capacidades de las examinadoras forenses. • Desarrollar las destrezas de las examinadoras forenses para recolectar y documentar pruebas, incluida la redacción de informes médico-legales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los prestadores de servicios deben considerar desarrollar enfermería forense para ampliar el acceso • Los servicios de salud deben prestarse en la lengua materna de la usuaria o usuario, o en una lengua que comprenda. • Las usuarias deben tener acceso a intérpretes mujeres con experiencia en situaciones de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art. 1, DUDH Art. 1, y Dec del Milenio Párr.6</i> • <i>Debida diligencia para investigar DEVAW Art.4(c), Plataforma de Beijing Párr.124(b) y CoE Rec(2002)5</i> • Prohibición de la discriminación, ECHR Art.14 y Protocolo 12, Art.1, CEDAW, <i>DUDH Art.7 y Carta UE Art.21</i> • <i>Respeto por la diversidad cultural, religiosa y lingüística, Carta UE Art.22</i> 	
<p>Las examinadoras forenses deben desarrollar procesos orgánicos de consentimiento informado a lo largo de todo el proceso.</p>	<p>Para los estándares mínimos de tratamiento, examen forense y documentación de hallazgos, se deben seguir las directrices de la OMS.¹</p> <p>1. La Plataforma de Beijing, el Párr.128, también dispone acciones que deben tomar los gobiernos, OIG y ONG: “Alentar la difusión y aplicación de las directrices del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) sobre la protección de las refugiadas y la prevención y atención de los casos de violencia sexual contra las personas refugiadas.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto por el consentimiento libre y esclarecido en el área de la medicina, Carta UE Art.3 • Respeto por la integridad física y moral o mental, ECHR Art.8 • Derecho a estándares adecuados de salud y tratamiento médico, Carta Social y Carta Social Revisada Art.11, CEDAW Art.12, ICESCR Art.12, <i>Carta UE Art.35</i> 	
<p>Todo el personal debe estar capacitado en confidencialidad, incluido lo que concierne a muestras y registros médicos.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al respeto por la vida privada y la protección de datos personales. ECHR Art.8, CPIAPPD Art.8 y <i>Carta UE Art.8</i> 	
<p>Durante el examen, tratamiento u orientación, solo deben estar presentes las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas cuya participación es necesaria; 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art. 1, DUDH Art. 1, y Dec del Milenio Párr.6</i> • Derecho al respeto de la vida privada, ECHR Art.8 	

• Personas que la usuaria requirió estuvieran presentes para apoyo			
--	--	--	--

Estándares mínimos	Estándares deseables	Derechos humanos	Apoyo
Los servicios se deben prestar de acuerdo a las respuestas físicas y emocionales corrientes		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a estándares adecuados de salud y tratamiento médico, Carta Social y Carta Social Revisada Art.11, CEDAW Art.12, ICESCR Art.12, <i>Carta UE Art.35</i> 	
Se debe presentar la gama completa de opciones a todas las usuarias, incluida la anticoncepción post control y, cuando sea relevante, el aborto		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a estándares adecuados de salud y tratamiento médico, Carta Social y Carta Social Revisada Art.11, CEDAW Art.12, ICESCR Art.12, <i>Carta UE Art.35</i> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art.1, DUDH Art.1, y Dec del Milenio Párr.6</i> 	
Todos los informes o certificados médico-legales deben ser extendidos sin costo y no deben expirar para efectos legales.		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a igual protección legal. ICCPR Art.26, CEDAW Art.2. <i>DUDH Art.7, Carta UE Art.20</i> • <i>Compromiso del gobierno de tomar medidas para asegurar la protección de las mujeres víctimas de violencia y acceso a recursos justos y eficaces, Plataforma de Beijing Párr.124</i> 	
Toda prueba médica y certificado médico solo se puede hacer y entregar a las autoridades con el consentimiento de la usuaria del servicio.		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto por el consentimiento libre y esclarecido en el área de la medicina, Carta UE Art.3</i> • Derecho al respeto por la vida privada y la protección de datos personales. ECHR Art.8, CPIAPPD Art.8 y <i>Carta UE Art.8</i> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art.1, DUDH Art.1, y Dec del Milenio Párr.6</i> 	

Fuente: Consejo de Europa, Kelly, L. 2008a. [Combating Violence against Women: Minimum Standards for Support Services](#). Estrasburgo: Consejo de Europa, pp. 51-53.

Estudio de caso: Centros integrales para sobrevivientes de violencia sexual en Sudáfrica

Sudáfrica creó los [Centros Asistenciales Thuthuzela](#) (TCC por sus siglas en inglés) que facilitan la colaboración multisectorial entre salud, policía, juzgados y servicios sociales para ofrecer tratamiento de calidad y sensible a las víctimas de violación. Las metas de los Centros Asistenciales Thuthuzela son reducir la revictimización, reducir los tiempos de espera y aumentar las tasas de condenas. Los diez centros, distribuidos en todo el país, brindan una gama de servicios a las sobrevivientes, incluido: atención médica de emergencia; prueba de embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH; profilaxis post exposición, antirretrovirales, orientación psicológica; preparación para el juzgado, derivaciones y apoyo de seguimiento. Las sobrevivientes tienen derecho a los servicios aún si no desean denunciar al perpetrador (Vaz, 2008).

La implementación de los Centros Asistenciales Thuthuzela continua con éxito y son cada vez más conocidos por el público. Un análisis de 10 Centros Asistenciales Thuthuzela realizado en 2008 observó los siguientes problemas:

- escasez de personal;
- necesidad de mayor capacitación;
- inconsistencias en la gestión de la agresión sexual, incluida la prueba del VIH y suministro de profilaxis post exposición;
- acceso limitado a la orientación psicosocial; y
- sistemas inconsistentes de seguimiento a las sobrevivientes.

Las mejoras a los centros incluyen el suministro de equipos, tales como **equipos de esterilización**; más **capacitación** para las sobrevivientes; crear **espacios amigables para la infancia**; y hacer que los Centros Asistenciales Thuthuzela sean más **respetuosos con las sobrevivientes** (Vaz, 2008).

Vea el [folleto](#) desarrollado por la *National Prosecuting Authority of South Africa*.

Visite la [página web](#) de UNICEF Sudáfrica para leer más acerca de los centros y ver la lista de direcciones.

Ejemplo: El Reino Unido creó un sistema de Centros de Atención a la Violencia Sexual, dispensarios seguros donde las víctimas de agresión sexual pueden recibir atención médica y orientación inmediata y a largo plazo. Los centros de atención reúnen a todas las agencias y departamentos legales y médicos relevantes en un solo lugar, lo cual ofrece mejor asistencia para las víctimas y ayuda a la investigación penal. El sistema sigue el modelo del *St. Mary's Sexual Assault Referral Centre* en Manchester, que ha sido reconocido como un modelo de buena práctica para brindar servicios inmediatos e integrales. El centro St. Mary abrió sus puertas en 1986 y fue el primero de su especie en el Reino Unido en brindar servicios forenses, de orientación y médicos integrales y coordinados para personas adultas víctimas de violación o agresión sexual. El sistema de centros de atención reduce el estrés de las víctimas de tener que tratar con múltiples

prestadores de servicios e investigadores policiales. Además, la práctica ha demostrado que las víctimas que reciben atención y orientación inmediata tienen una recuperación más estable y menos probabilidades de necesitar atención a largo plazo. Desde el punto de vista legal, los centros asisten a la policía suministrando un espacio centralizado donde pueden reunirse con la víctima y recolectar pruebas.

Para más información visite la página web del [Ministerio del Interior del RU](#).

Fuente: Extraído de [Bringing Security Home: Combating Violence Against Women in the OSCE Region. A Compilation of Good Practices](#) (Organization for Security and Co-operation in Europe, 2009). Secretaría de la OSCE, Oficina del Secretario General, Selección de Género, p. 83.

Ejemplo: En 2003, se inició el programa federal Centro de Justicia Familiar del presidente, con fondos de USD 20 millones para crear centros especializados de servicios integrales multidisciplinarios en los EE.UU. para víctimas de violencia familiar y sus hijos e hijas. Los centros siguen el modelo del Centro de Justicia Familiar de San Diego, que es considerado una buena práctica en el área de servicios para víctimas. El modelo del Centro de Justicia Familiar de San Diego reduce el número de instituciones a las que una víctima de violencia doméstica, agresión sexual y/o maltrato en la vejez debe recurrir para recibir asistencia. El modelo de centro de justicia familiar tiene varias características eficaces. Por ejemplo, todos los socios relevantes de un enfoque multidisciplinario están ubicados en el centro (policía, fiscales, agentes de libertad vigilada, defensores de víctimas, abogados, profesionales de la salud, así como personal que representa a organizaciones comunitarias y grupos religiosos). Las comunidades en las cuales se encuentran estos centros tienen políticas que ponen énfasis en el arresto y proceso judicial de los agresores, así como una historia de colaboración entre la policía, las entidades gubernamentales y la sociedad civil. En el modelo de centro de justicia familiar, las más altas prioridades son la seguridad y defensa de la víctima y la confidencialidad. Los centros de justicia familiar se encuentran ubicados en comunidades con servicios especializados y bien desarrollados para víctimas de violencia doméstica, y también reciben apoyo local de formuladores de políticas y la comunidad en general.

Para más información vea la página web del [Centro de Justicia Familiar](#).

Fuente: Extraído de [Bringing Security Home: Combating Violence Against Women in the OSCE Region. A Compilation of Good Practices](#) (Organization for Security and Co-operation in Europe, 2009). Secretaría de la OSCE, Oficina del Secretario General, Selección de Género, p. 83.

4c. Centros de crisis para violaciones

- El Consejo de Europa define al centro de crisis para violaciones como “una ONG que ofrece una combinación de línea de ayuda, orientación, defensa y autoayuda para apoyar a las mujeres y niñas que han sido agredidas recientemente o en el pasado”. Una de las características que diferencia a estos centros de los servicios que están integrados al sistema de atención sanitaria es “el principio práctico que informar a las agencias

estatales es decisión de las mujeres”. Como resultado, estos centros en general atienden a un grupo más amplio de sobrevivientes que las que acceden a servicios ubicados en centros de salud, incluidas sobrevivientes que han optado por no hacer la denuncia policial y que están buscando ayuda por episodios de abuso ocurridos en el pasado (Consejo de Europa, 2008a).

El Consejo de Europa ha identificado los siguientes estándares mínimos para este tipo de servicios, que pueden servir de guía al considerar las prioridades de programación del desarrollo.

8.15: *Estándares específicos para los servicios*
Centros de crisis para violaciones

Estándares mínimos	Estándares deseables	Derechos humanos	Apoyo
<p>Los servicios deben incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líneas de ayuda telefónica anónimas; • Apoyo y orientación individual; • Trabajo de grupo; • Defensoría 	<p>También deben incluir concienciación y acciones de incidencia en la comunidad para lograr cambios sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art. 1, DUDH Art. 1, y Dec del Milenio Párr.6</i> • Derecho a estándares adecuados de salud y tratamiento médico, Carta Social y Carta Social Revisada Art.11, CEDAW Art.12, ICESCR Art.12, <i>Carta UE Art.35</i> 	
<p>La capacitación de voluntarios y personal debe ser de mínimo 30 horas e incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un análisis con enfoque de género sobre la violencia contra la mujer (incluido el abuso sexual infantil); • Confidencialidad; • Diversidad; • Los impactos e implicaciones de la violencia sexual, incluido el trauma; • Escuchar activamente; • Evaluar los riesgos; • Empoderamiento. 	<p>Voluntarios y personal deben tener acceso, en todo momento, a los materiales de capacitación sobre evaluación/intervención y una lista de derivaciones/recursos. Todos los voluntarios deben tener un mínimo de horas anuales (por ej. 8) de capacitación continua en servicios para conservar su condición de voluntario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>El compromiso con la transversalización de género, mejora, desarrollo o financiación de programas de capacitación. Plataforma de Beijing Párr. 124 - ver Estándares Básicos</i> • Derecho al respeto por la vida privada y la protección de datos personales. ECHR Art.8, CPIAPPD Art.8 y <i>Carta UE Art.8</i> • <i>Respeto por la dignidad, Carta UE Art. 1, DUDH Art. 1, y Dec del Milenio Párr.6</i> • <i>Respeto por la diversidad cultural, religiosa y lingüística, Carta UE Art.22</i> 	
<p>Los centros deben garantizar la seguridad tanto de las usuarias como del personal/voluntarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos para llamadas por intento de suicidio y crisis. • En caso de emergencia se debe disponer transporte. • Debe considerar protocolos para denuncias anónimas de terceras 	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibición de tratos inhumanos, ECHR Art.3, ICCPR Art.6 y <i>DUDH Art. 1</i> • Respeto por la integridad física y moral e mental, ECHR Art.8 y <i>Carta UE Art.3</i> • <i>Debida diligencia para</i> 	

	partes, es decir, informar a la policía sobre el tipo de agresión/agresor/ubicación para uso en investigación policial.	<i>prevenir e investigar, DEVAW Art.4 c), Plataforma de Beijing Párr.124 (b) y CoE Rec(2002)5</i>	
Después de horario la información se puede dar por contestador automático y/o por derivación a una línea nacional de emergencia.	Las personas que dejan mensajes en el contestador deben recibir una respuesta de seguimiento en 48 horas. La situación ideal es que las llamadas sean atendidas por personas físicas.	Igual al punto anterior	

Estándares mínimos	Estándares deseables	Derechos humanos	Apoyo
Todos los servicios deben prestarse en ambientes cómodos y privados.		<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al respeto por la vida privada y la protección de datos personales. ECHR Art.8, CPIAPPD Art.8 y Carta UE Art.8 • Respeto por la dignidad, Carta UE Art.1, DUDH Art.1, y Dec del Milenio Párr.6 • Compromiso del gobierno de garantizar que la denuncia sea segura y confidencial, Plataforma de Beijing Párr.124¹ 	
Los servicios deben ser integrales e incluir <ul style="list-style-type: none"> • Orientación/defensa legal; • Apoyo práctico; • Información y derivación; • Asistencia con la compensación. 			

Fuente: Consejo de Europa, Kelly, L. 2008a. [Combating Violence against Women: Minimum Standards for Support Services](#). Estrasburgo: Consejo de Europa, p. 50.

VI. ¿Cuáles son algunas de las consideraciones a tener en cuenta cuando se trabaja con poblaciones específicas?

A. Adolescentes

- Aunque no hay una definición internacional para la adolescencia, generalmente se describe como *el período desde la niñez a la edad adulta que comienza con la pubertad, y que abarca desde los 13 a los 19 años*, pero también se puede considerar que comienza tan pronto como a los 10 años.

<p>Las niñas se encuentran en riesgo de múltiples formas de violencia durante estos años, incluidas: Preferencia por los hijos varones</p>	<p>En varias culturas alrededor del mundo, el padre y la madre reciben con beneplácito el nacimiento de varones, y se desilusionan con el nacimiento de sus hijas. En su forma extrema, la preferencia por los hijos varones puede desencadenar en prácticas tales como el aborto selectivo de los fetos femeninos e infanticidio femenino, el cual en algunas partes de Asia meridional, Asia Occidental y China, han alterado significativamente las proporciones de nacimientos de niños y niñas (Plan International, 2007). En otros casos, la preferencia por los hijos varones se demuestra en términos de negligencia grave hacia las niñas, a veces con resultados fatales (ECOSOC, 2002). A veces la mortalidad de las niñas es resultado de la discriminación hacia las madres. En entornos donde las madres no reciben la atención y nutrición adecuadas, sus hijos e hijas, y especialmente estas últimas se encuentran en mayor riesgo (Plan International, 2007). Sin embargo, la manifestación más común de la preferencia por los varones implica favoritismo en el desarrollo social, intelectual y físico de un niño, relegando a la niña. Algunos ejemplos relevantes para niñas adolescentes incluyen exigir que una hija abandone la escuela para ocuparse de las tareas del hogar, o impedir que participe en juegos u otras actividades con sus pares, para que se quede en casa y cuide a sus hermanos y hermanas más pequeños.</p>
<p>Mutilación genital femenina/ablación</p>	<p>Mutilación genital/ablación femenina, que implica cortar sin justificación médica todos o parte de los genitales femeninos externos, se practica principalmente en África, especialmente en Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Guinea, Mali, Sierra Leona, Somalia y Sudán del Norte (Toubia, 1999; Carr, 1997). Este procedimiento se practica a las niñas entre las edades de cuatro a 14 años (OMS, 1998). Los extensos riesgos de salud asociados a la MGF no han sido suficientes históricamente para detener la práctica en muchos entornos donde las normas sociales rigen la sexualidad de las mujeres. En muchos lugares, La MGF aumenta las posibilidades de las niñas de contraer matrimonio, y hasta puede ser un requisito. En algunas culturas islámicas tradicionales, y a pesar de la cantidad cada vez mayor de imames que predicán en contra de la práctica, tanto los hombres como las mujeres pueden considerar que la MGF es 'sunna', o preceptiva (Carr, 1997). La amplia gama de grupos culturales, étnicos y religiosos que practican la MGF, comparten una característica en su perpetuación, el condicionamiento de las familias para aceptarla y defenderla. Se esgrimen varios mitos, tales como el que insiste que la MGF promueve la higiene y la buena salud, para estigmatizar a las niñas que no han sido mutiladas. Con este fondo de presión social, la MGF continúa en vigencia, aún en muchos lugares donde los gobiernos la han prohibido.</p>

<p>Matrimonio precoz</p>	<p>El Comité Interafricano para las Prácticas Tradicionales define al matrimonio precoz como “todo matrimonio contraído antes de los 18 años de edad, antes que la niña esté física, psicológica y fisiológicamente preparada para tomar las responsabilidades del matrimonio y la maternidad.” (Comité Interafricano, 1993, en Somerset, 2000) Esta práctica es más prevalente en los países en desarrollo. Se estima que en Asia meridional y África subsahariana, por ejemplo, un promedio de una cada tres niñas entre 15 y 19 años ya están casadas; y en ciertos países estos porcentajes son más altos. (Otoo-Oyortey y Pobi, 2003). En cuanto a la práctica de la MGF, el deseo de controlar la sexualidad de las mujeres puede ser una de las razones más importantes por las cuales las familias deciden casar a sus hijas a una edad temprana. Por ejemplo, se puede promover esta práctica como forma de reducir el riesgo de que una joven mantenga relaciones sexuales prematrimoniales, o como forma de maximizar el período de vida reproductiva. Entre algunas comunidades africanas, los padres de una niña pueden obtener una dote mayor por su hija si esta es virgen y, por tanto, se la percibe como libre del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En algunos lugares de Asia, donde predomina la tradición de la dote, los padres de una niña que se casa joven pueden pagar menos a la familia del novio porque las niñas más jóvenes son más atractivas que sus pares mayores. Cualesquiera sean los beneficios materiales o de otra índole para la familia, las consecuencias del matrimonio infantil pueden ser letales para la niña. Las complicaciones del embarazo precoz, por ejemplo, se encuentran entre las principales causas de mortalidad para las niñas entre 15 y 19 años de edad, en todo el mundo (Black, 2001). Aunque no resultara ser fatal, el embarazo precoz aumenta significativamente el riesgo de sufrir lesiones, infecciones y discapacidades, incluida la fístula obstétrica. El embarazo precoz también representa riesgos para el/la bebé de la niña: las probabilidades que el/la bebé muera durante su primer año de vida son 60 por ciento más elevadas si su madre es menor, más que mayor, de 18 años de edad (Black, 2001). Debido a factores biológicos, las esposas jóvenes también son físicamente más vulnerable que las mujeres maduras a contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, de una pareja seropositiva—un peligro agravado por el hecho que las niñas tienen aún menos posibilidades de negociar el sexo sin riesgo con sus parejas que las mujeres mayores.</p>
<p>Violencia de pareja</p>	<p>Un factor de riesgo importante de la violencia de pareja puede ser la joven edad de la esposa; las investigaciones sugieren que las niñas que contraen matrimonio a temprana edad corren mayor peligro de sufrir violencia que aquellas que se casan más tarde, especialmente cuando existe una gran diferencia de edad entre la niña y su esposo. (Rubeihat, citado en Black, 2001). Las niñas obligadas a contraer matrimonio—cuyo ejemplo extremo es el ‘matrimonio por raptó’ que se practica en algunas partes de África, Europa Oriental y Asia—habitualmente también sufren el trauma adicional de la iniciación sexual forzada. Las niñas también son más proclives a estar aisladas socialmente debido a su edad y la falta de recursos propios, y por tanto tienen menos posibilidades de buscar asistencia por violencia doméstica. También es más probable que las niñas acepten el maltrato por parte de sus parejas como</p>

	parte de las diferencias de poder en el matrimonio (Otoo-Oyortey y Pobi, 2003). En muchas partes del mundo, las mujeres jóvenes también padecen violencia en las citas románticas, incluidas las conductas controladoras de sus novios, maltrato verbal y físico, y violación durante una cita.
--	---

Incesto	<p>El incesto es toda actividad sexual entre una niña o un niño y un familiar cercano. Aunque la mayoría de las culturas en todo el mundo tienen sanciones legales y sociales que prohíben el incesto, es un problema generalizado. La OMS estima que de las 150 millones de niñas y los 73 millones de niños que han sido forzados a mantener relaciones sexuales en todo el mundo, hasta el 56 por ciento de las víctimas niñas sufrieron el maltrato de miembros de la familia, comparado con hasta 25 por ciento de las víctimas varones (<i>UN Study on Violence Against Children</i>, 2006). La edad pico de vulnerabilidad al abuso sexual infantil—ya sea por un familiar o no—se estima entre los siete y los 13 años de edad (Finkelhor, 1994). Las pruebas empíricas obtenidas en todas las culturas, sugieren que en el 40 al 60 por ciento de los casos de abuso sexual dentro de la familia, la víctima es una niña menor de 15 años (Kapoor, 2000).</p>
Violencia sexual en las escuelas	<p>Aunque los datos sobre la prevalencia de la violencia sexual en las escuelas aun es limitada, las pruebas existentes muestran un panorama desolador: según las investigaciones realizadas en escuelas públicas de los Estados Unidos, por ejemplo, el 83 por ciento de las niñas encuestadas en los grados 8 al 11 manifestaron haber sufrido alguna forma de acoso (Newton, 2001). En muchas instancias, los perpetradores son aquellos a quienes se les confió el cuidado y la protección de las niñas. Estudios de Botswana, Ghana, Malawi, Zimbabwe y Pakistán indican que tanto los maestros como los estudiantes varones usan lenguaje sexual explícito con las niñas y/o les hacen propuestas sexuales (Dunne, Humphreys y Leach, 2003; UNICEF y Save the Children, 2005). Además, el peligro para las niñas no está limitado al predio escolar: investigaciones realizadas en Perú sugieren que el riesgo de una niña a la violencia aumenta en relación a la distancia que ella debe viajar para llegar a la escuela (<i>UN Study on Violence Against Children</i>, 2006). Esta situación se agrava en entornos escolares donde hay pocas maestras, especialmente en posiciones de autoridad. En muchos países en desarrollo en todo el mundo, hay más maestros que maestras. Para una niña es difícil desafiar a la autoridad masculina y/o buscar asistencia en tales contextos dominados por los hombres. En virtud de su condición, las estudiantes son proclives a sufrir violencia <i>debido a</i> su estatus inferior en relación a los niños y a sus maestros, y como <i>método para reforzar</i> dicho estatus. Con respecto a la primera situación, los niños con frecuencia pueden intimidar, acosar e incluso agredir a las niñas con cierta impunidad, porque las niñas tienen pocos recursos de protección en los entornos escolares dominados por los varones. Con respecto a la última situación, los niños pueden hostilizar a las niñas que no siguen las normas tradicionales de sumisión femenina, tales como aquellas que son líderes y/o se desempeñan bien en la escuela, para ‘ponerlas en su lugar’.</p>
Violencia sexual en la comunidad	<p>Dada la vulnerabilidades asociadas con su edad, físico y falta de poder para negociar, es probable que las adolescentes se encuentren entre los grupos de más alto riesgo de sufrir violencia sexual contra ellas perpetrada por miembros de su comunidad. Sin embargo, para muchas niñas en todo el mundo, la agresión sexual de los niños y los hombres es normativa y, por tanto, las niñas (o los niños) no la perciben como un delito a menos que sobrepase los límites y se la coloque dentro de las definiciones más conformistas de violación. En</p>

	<p>particular, 11 por ciento de las adolescentes que respondieron a una encuesta que se llevó a cabo en Sudáfrica informaron haber sido violadas, pero otro 72 por ciento informó haber sido forzada a tener relaciones sexuales. (Jewkes et al., 2000, en Bennett, Manderson y Ashbury, 2002). Las estimaciones de la tasa promedio de primera experiencia sexual forzada entre las adolescentes en todo el mundo son del 10 al 30 por ciento, pero en algunos lugares tales como Corea, Camerún y Perú, esta cantidad se acerca más al 40 por ciento. Investigaciones en el Caribe sugieren que los casos de primera experiencia sexual forzada pueden llegar al 48 por ciento (Koenig et al., 2004, Jejeeboy y Bott, 2003, Ellsberg y Heise, 2006). Un hecho importante, es que cuanto más jóvenes son las adolescentes, parecen correr más riesgo, ya que la probabilidad de una iniciación sexual coaccionada o forzada disminuye a medida que crecen. Investigaciones multinacionales llevadas a cabo por la OMS, hallaron que las mujeres que informaron (con posterioridad) que su primera experiencia sexual tuvo lugar antes de cumplir los 15 años, eran más proclives a haber tenido una iniciación sexual forzada o coaccionada que aquellas que informaron haberse iniciado antes de los 17 años. Las mujeres que informaron haber tenido su primera experiencia sexual después de los 17 años de edad, eran las menos proclives a que hubiera sido forzada. (<i>UN Study on Violence Against Children, 2006</i>).</p>
<p>Trata y explotación sexual de niñas</p>	<p>Según UNICEF, de un millón de niños y niñas aproximadamente que ejercen la prostitución por fuerza o coacción cada año, la mayoría son niñas (UNICEF, 2005). Muchas de esas niñas son víctimas de las redes mundiales de trata. Aunque se cree que la cantidad más grande de niñas y niños que ejercen la prostitución—algunos con tan solo 10 años de edad—se concentran en Brasil, India, Tailandia, China y los Estados Unidos, los expertos están de acuerdo que la prostitución infantil es un fenómeno a escala mundial que no solo está en aumento sino que capta a niñas cada vez más jóvenes (Willis y Levy, 2000). Aunque mucho más difícil de medir, una importante parte de la explotación sexual infantil ocurre fuera del contexto de los mercados comerciales. Las niñas y niños pueden practicar el sexo de ‘supervivencia’ para obtener dinero o bienes para subsistir, o los mantiene un amante mayor, u conocen hombres mayores que les ofrecen regalos, la matrícula escolar, etc. a cambio de favores sexuales. Están emergiendo datos que sugieren que el creciente número de huérfanos de África subsahariana están particularmente en riesgo: 47 por ciento de los niños y niñas encuestados en Zambia que ofrecían sexo a cambio de dinero habían perdido a ambos padres a causa del SIDA, y el 24 por ciento había perdido al padre o la madre (<i>UN Study on Violence Against Children, 2006</i>). Ya sea en mercados comerciales o no comerciales, las niñas y los niños pobres, sin educación, sin hogar, o que por alguna otra razón viven al margen de la sociedad, se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de la explotación sexual—y tienen menos posibilidades de obtener asistencia.</p>

- Aunque la adolescencia puede ser un período especialmente vulnerable a las múltiples formas de violencia, muchos programas de salud no están diseñados para

reconocer y abordar las necesidades específicas de las adolescentes. Algunos de los factores asociados con la dificultad de las adolescentes para acceder a los servicios de salud incluyen:

ADOLESCENTES	FAMILIAS	PROFESIONALES	CENTROS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergüenza ▪ Ignorancia ▪ Temor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja posición de las niñas dentro de la familia ▪ Falta de conocimientos sobre la salud ▪ Pobreza ▪ Escasa prioridad de la salud sexual y reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actitudes prejuiciadas ▪ Incapacidad para hablar/escuchar/tratar con adolescentes ▪ Restricciones legislativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No disponibilidad ▪ Superpobladas ▪ Largos tiempos de espera ▪ Baja prioridad de la salud sexual y reproductiva e insumos insuficientes

Fuente: Extracto de Temin, M. y Levin, R., 2009. [*Start with a Girl: A New Agenda for Global Health*](#). Center for Global Development, p. 41.

- Algunos factores que las personas jóvenes consideran de mayor importancia en los servicios para que estos sean acogedores para la juventud incluyen confidencialidad, privacidad, tiempo de espera corto, bajo costo, y amabilidad hacia las mujeres y los hombres (Erulkar, A.S., Onoka, C.J. & Ohir, A., 2005, citado en Shaw, 2009; Mmari, K.N. & Magnani, R.J, 2003; Kipp et al., 2007). Otras consideraciones importantes que todos los programas de salud deben tener en cuenta cuando se trabaja con adolescentes son:

Marco de la OMS para prestar servicios amigables para la juventud

Para que se consideren amigables para la juventud, los servicios deben ser equitativos –todos los adolescentes, no solo ciertos grupos, pueden obtener los servicios de salud que necesitan; accesibles -las adolescente pueden obtener los servicios que se les brinda; aceptables; los servicios prestados de manera que satisfagan las expectativas de usuarios adolescentes; apropiados –se brindan los servicios que necesitan las adolescentes; y eficaces –se prestan los servicios indicados en la forma adecuada y contribuyen positivamente a la salud de los adolescentes.

Otras características específicas hacen que los servicios sean amigables para las adolescentes. Estas incluyen procedimientos para facilitar la admisión fácil y confidencial, tiempos de espera y derivación cortos, y capacidad para ver pacientes sin cita. El personal profesional no es prejuiciado, tiene competencia técnica en áreas específicas de la adolescencia y en promoción de la salud, y cuentan con personal de apoyo compasivo. El espacio físico debe ser conveniente y permitir la privacidad. Además, deben estar respaldados con difusión comunitaria y diálogo entre pares para aumentar la cobertura y la accesibilidad (B.J. Ferguson, pers. Comm.: OMS 2003a).

Extracto de Temin, M. y Levin, R., 2009. [*Start with a Girl: A New Agenda for Global Health*](#). Center for Global Development, p. 45.

- Además, los diferentes tipos de servicios deben ajustar sus servicios a las necesidades específicas de sus pacientes. Los [Servicios de salud sexual y reproductiva](#) tienen especial relevancia. Muchas iniciativas de salud reproductiva para jóvenes han asumido que la actividad sexual es voluntaria y por tanto se han dedicado a ayudar a las personas jóvenes a ser responsables en su vida sexual.

Una propuesta modesta: control a los 12 años

A medida que una niña se convierte en adolescente, se encuentra en un momento crucial de su vida para iniciar intervenciones para proteger su salud. El control de una niña de 12 años proporciona una manera estructurada y uniforme de asegurar que las niñas más propensas a tener resultados de salud más deficientes reciban el cuidado que necesitan y que pueden no haber tenido durante la niñez. Esta podría constituir una plataforma importante para las mismas niñas y para la salud mundial en general. Judith Bruce y colegas del Consejo de Población han desarrollado una idea promisoriosa bajo la filosofía de “no abandonar a ninguna niña”.

Al igual que con el esquema de salud de la niñez, los donantes y los ministerios de salud pueden imponer un control obligatorio a determinada edad, según el cual se contacta a las niñas adolescentes, de forma continuas, en todo un distrito del país mediante una comunicación confiable. Este punto de entrada social puede ser usado para descubrir en qué situación se encuentran las niñas en cuanto a indicadores de salud y las condiciones sociales detrás de los resultados de salud (ver tabla). Se puede llevar a cabo el despistaje para los problemas universales de salud tales como la vista y el oído, pero también para detectar prioridades de salud específicas al país, como la malaria, anemia falciforme, y el VIH. Se puede corregir la falta de

vacunación; también se puede disponer de la vacuna contra el VPH y otras tecnologías sanitarias más sofisticadas, según sea adecuado.

Las niñas pueden recibir información sobre los derechos más importantes concernientes a su salud y desarrollo, tales como la edad legal mínima para contraer matrimonio, edad para tener relaciones sexuales consensuadas, para votar, trabajar y abrir una cuenta bancaria. Se puede aprovechar este momento para informar a los padres y a sus hijas sobre sus derechos antes que suceda el matrimonio precoz, la migración insegura, MGF, y otras prácticas vinculadas al género. Se confecciona un inventario sobre la situación de las niñas en términos del arreglo familiar (por ej. si viven con ambos padres, con el padre o la madre, sin padres, en un hogar sustituto, o como empleada doméstica) y su nivel de educación, y se pueden elaborar planes para derivarlas a los servicios adecuados si es necesario. Los programas ambiciosos pueden proporcionar elementos esenciales, tales como tarjetas de identificación y abrir cuentas bancarias a nivel inicial (posiblemente en asociación con el sector privado). Además, podría proporcionar un lugar seguro donde se puede sondear a las adolescentes confidencialmente sobre temas delicados.

Componentes del control del bienestar		Hay varios caminos para implementar eficazmente tal control:
Salud	Social	
Examen físico	Orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de salud comunitaria anuales • Alcance e incentivos para promover cobertura universal • Equipos centrales de la campaña que alcancen a las niñas más vulnerables y excluidas • Alianzas publico-privadas • Movilización social • Visitas a domicilio • Administración central • Reclutamiento y trabajo de campo de trabajadoras sanitarias comunitarias para llevar a cabo despistajes
Revisión de la inmunización y chequeo	Preparación para la vida	
Chequeo nutrición/crecimiento	Asesoramiento y apoyo educativo	
Información y servicios de salud sexual y reproductiva	Despistaje y mejora sobre pares y apoyo social	
Vacuna del VPH (cuando haya disponible)	Despistaje de drogas/alcohol/tabaco y apoyo para prevención adicional	
Información sobre prevención del VIH/SIDA	Bienestar familiar y apoyo social	
Despistaje y apoyo para la violencia	Capacitación y motivación en ciudadanía y participación social	
Despistaje y apoyo para la salud mental		
Despistaje y prevención de lesiones		

El control a los 12 años brinda una oportunidad para obtener información sobre las adolescentes, que a menudo está oculta, y que suma a las cifras agregadas. Se pueden recolectar los datos sanitarios y demográficos y hacerles seguimiento, y hacer una evaluación longitudinal de la salud de las mujeres formando un subgrupo de niñas en edad crítica.

La propuesta partió del documento preliminar de Judith Bruce “*The diverse universe of adolescents, and the girls and boys left behind: A note on research, program and policy priorities,*” para *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (Nueva York: Proyecto del Milenio de la ONU, 2005). Otras aplicaciones para Guatemala y el África subsahariana fueron elaboradas por Jennifer Catino y Martha Brady del Consejo de Población. Este cuadro se basa en la nota preliminar “*Poor Adolescent Girls-Still Lost Between Childhood and Adulthood-The case for a 12-year-old Check-in*” para la presentación titulada “*Making Critical and Timely Investments in Adolescent Girls’ Health: Why and How*”, preparada por Judith Bruce para la Conferencia Internacional Parlamentaria del G-8: Inversiones estratégicas en tiempos de crisis-Los beneficios de priorizar la salud de las mujeres.

Extracto de Temin, M. y Levin, R., 2009. [Start with a Girl: A New Agenda for Global Health](#): Center for Global Development, p. 46.

- Este enfoque no tiene en cuenta las pruebas empíricas que indican que muchas niñas y mujeres jóvenes tienen sexo forzado y/o no pueden negociar el sexo, el uso del condón u otros métodos anticonceptivos sin temor a la violencia física (Jejeebhoy y Bott, 2003). Algunos métodos para mejorar los servicios de salud reproductiva incluyen:
 - **Mayor disponibilidad de anticonceptivos y otros servicios de salud sexual para las adolescentes.** Esto no solo requiere que las profesionales de la salud sean sensibles a la sexualidad de las adolescentes y se sientan cómodas hablando sobre temas sexuales con ellas, sino también que los servicios de salud sexual y reproductiva se encuentren en áreas geográficas convenientes para las adolescentes, y que promuevan la privacidad y la confidencialidad.
 - **Establecer vínculos con el resto de la comunidad.** Aún cuando los servicios de salud mejoran su capacidad para responder a las necesidades de las adolescentes, las actitudes de la comunidad pueden desalentar a las adolescentes para que busquen asistencia y tratamiento (Mmari y Magnani, 2003). Por tanto es crucial que los profesionales trabajen con la comunidad para dar a conocer la importancia de que las adolescentes soliciten y reciban servicios de salud sexual y reproductiva.
 - **Despistaje universal para las adolescentes casadas.** Todas las adolescentes casadas corren alto riesgo y, en consecuencia, deben recibir el despistaje de violencia. Los servicios prenatales y de salud materno-infantil son el principal punto de entrada para alcanzar a las niñas casadas durante su primer embarazo. El personal de servicios prenatales y de salud materno-infantil debe estar capacitado para educar y atender a las niñas casadas, ser sensible a sus riesgos, vulnerabilidades, y necesidades, incluyendo el trabajo de parto antes de término, nutrición adecuada, importancia de la asistencia obstétrica de emergencia, derivación a orientación y prueba de ITS/VIH voluntaria, etc.
 - **Establecer vínculos con los servicios que se prestan en las escuelas.** Cuando el despistaje realizado en los servicios de salud indica que el embarazo o la ITS/VIH se debe a acoso sexual en la escuela, los sectores sanitarios deben colaborar con el sistema de educación para que todos trabajen concertadamente para proteger a las niñas de la violación. Además, la cooperación estrecha con el sistema de educación debe permitir la instalación de servicios en las escuelas. Generalmente, una oficina dentro de la escuela y una enfermera capacitada en atención de salud sexual y reproductiva específica para adolescentes y en despistaje y orientación.
 - **Realizar campañas entre las jóvenes casadas para la prevención del matrimonio precoz, la violencia en las relaciones de adolescentes, la explotación sexual, etc.**

Ejemplo: En el 2000 la ONG mexicana Fundación para la Equidad, creó un programa para prevenir la violencia entre jóvenes de 14 a 29 años de edad en respuesta a los hallazgos que las niñas y las mujeres de 16 a 24 años son las más vulnerables a la violencia. El programa está diseñado para prevenir la violencia especialmente entre novios. En Ciudad de México hay sesiones permanentes para quienes han sufrido violencia de pareja o familiar. Estas sesiones están dirigidas por moderadoras, duran tres horas, y cubren temas tales como: relaciones, nuevas normas de género, sexualidad, anticonceptivos, derechos reproductivos, violencia contra las mujeres y las niñas, tipos de violencia, ciclos de violencia, asuntos legales, y cómo establecer relaciones no violentas. Mediante estas sesiones, el programa busca transformar a las participantes en promotoras contra la violencia hacia mujeres y niñas.

Fuente: extracto adaptado de: [APIS Fundación para la Equidad](#), México: & Bustamente, N., 2007. *Modelo de Atención y Prevención de la Violencia Familiar y de Género: Nosotras en la Violencia Familiar*. Ciudad de México, México: APIS, Fundación para la Equidad, A.C.

Ejemplo: En el 2004, la ONG mexicana, Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población creó un programa de capacitación para adolescentes titulado “Rostros y Mascaras de la Violencia”. Este programa está dirigido a adolescentes entre 13 y 16 años de edad y se ofrece en una zona de pocos recursos en Ciudad de México a través de la agencia gubernamental “Desarrollo Integral de la Familia. El programa dura 20 horas (10 sesiones de dos horas cada una) y aborda los temas de violencia en el contexto de amistades y relaciones amorosas.

Una encuesta llevada a cabo entre 81 adolescentes antes y después de participar en este programa, halló que las actitudes hacia la violencia y las relaciones cambiaron. Esto se demostró mediante un aumento de las respuestas correctas a las siguientes cinco preguntas de la encuesta (tome nota que la respuesta correcta en todos los casos en la lista es “falso”): 1) Amor significa que puedes perdonar cualquier cosa (44% a 83%), 2) Los celos son una demostración de amor (28% a 77%), 3) Las mujeres que aceptan la violencia lo hacen por amor (19% a 61%), 4) Los hombres son violentos por naturaleza (entre 74% y 83%), y 5) Sólo las mujeres jóvenes y atractivas son violadas (60 a 65%). El programa ha desarrollado una cantidad de herramientas y tiene un canal *YouTube* que proporciona información sobre su programación así como sobre las campañas del IMIFAP contra la violencia en los “noviazgos”.

Las herramientas están disponibles en [español](#).
Los videos están disponibles en [español](#).

Fuente: Adaptado de [Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población](#)

Ejemplo de caso: [Geração Biz](#) (Generación ocupada), fundada en 1999 es un programa multisectorial de salud reproductiva para adolescentes en Mozambique. Implementado por los Ministerios de Salud, Educación, y Juventud y Deportes, con asistencia técnica de

UNFPA y Pathfinder International, *Geração Biz* aborda las necesidades sexuales y reproductivas de los adolescentes tanto en la escuela como fuera de la escuela, prestando atención a la violencia contra las mujeres y las niñas. Esto se hace mediante servicios médicos amigables para la juventud, intervenciones en la escuela, alcance comunitario, educación de pares, y apoyo a los casos de VIH/SIDA. Primero se implementó con dos localidades piloto en las provincias de Maputo y Zambézia. Desde entonces, *Geração Biz* se ha extendido a 62 distritos en 10 de las 11 provincias del país, y 26 organizaciones locales participan en la implementación del programa. A solicitud de UNFPA, en el 2004 se llevó a cabo una evaluación externa de *Geração Biz*. La evaluación comprobó que *Geração Biz* había tenido un impacto importante en los conocimientos, actitudes y conductas. Dos resultados positivos observados fueron una mayor conciencia de la población y un aumento drástico de las denuncias de violencia contra mujeres y niñas, pero la evaluación demostró que los profesionales necesitaban incorporar más oportunidades de discusión sobre la violencia contra las mujeres y las niñas en el contexto de visitas a los servicios amigables para la juventud, aún si las usuarias no lo solicitaban.

Fuente: adaptado de: Hainsworth, G. y Zilhão, I., 2009. [From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme in Mozambique](#). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Pathfinder International.

Recursos adicionales:

- ***Family Health International Youth Net*** es un programa mundial que tiene el fin de mejorar las conductas de salud reproductiva y prevención del VIH/SIDA de jóvenes entre 10 y 24 años de edad. Family Health International publica materiales de capacitación que asisten a quienes formulan los programas y a quienes trabajan en atención sanitaria para satisfacer y comprender las necesidades específicas de la juventud. Los materiales están disponibles en [inglés](#).
- ***Coalition for Adolescent Girls*** está dedicada a crear un cambio duradero para las comunidades en el mundo en desarrollo impulsando la inversión en niñas adolescentes. La idea en la cual se basa esta iniciativa es que cuando las niñas reciben educación, están sanas y saben de finanzas, tendrán un papel importante en la erradicación de la pobreza que se ha perpetuado por generaciones. Por más información, visite la [página web](#).
- ***Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: Una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes - Capítulo 7: Asesoramiento de víctimas de coacción o violencia sexual*** (Family Care International, 2006). Esta guía es para profesionales de la salud. El capítulo resalta el problema del sexo forzado que viven muchas adolescentes y ofrece preguntas clave que los profesionales pueden hacer durante las sesiones de orientación para identificar a personas jóvenes que son sobrevivientes o están en riesgo de violencia. Disponible in [inglés](#) y [español](#).

- **Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios. En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre salud reproductiva en contextos humanitarios** (Fondo de las Naciones Unidas para la Población y Save the Children USA, 2009). Esta publicación ofrece herramientas fáciles de usar para evaluar el impacto de una crisis en la adolescencia, implementando un *Paquete de Servicios Iniciales Mínimos* y asegurando que las adolescentes puedan participar en el desarrollo e implementación de programas humanitarios. Otras herramientas están diseñadas específicamente para profesionales de salud para que sean más eficaces en la prestación y seguimiento de los servicios para adolescentes en las clínicas y las comunidades. Disponible en [francés](#), [inglés](#) y [español](#).

B. Discapacidades

- **El concepto de “discapacidades” cubre una multitud de condiciones, con diferentes vulnerabilidades y necesidades.** Cuando se identifican y abordan los riesgos de violencia entre las mujeres y las niñas con discapacidades, es importante detenerse en ciertos tipos de discapacidades (es decir, aquellas que involucran problemas sensoriales, físicos, psiquiátricos, cognitivos, etc.) así como ciertos tipos de violencia y se desarrollan las investigaciones y programas correspondientes.
- Sin embargo, en general (y sin importar la discapacidad), las profesionales de la salud deben como mínimo comprender que las mujeres y las niñas con discapacidades pueden correr el mismo riesgo de violencia, o mayor, que aquellas sin discapacidades debido a problemas de poder y control. Para asistir a las mujeres y las niñas con discapacidades, los programas de salud deben desarrollar políticas específicas para trabajar con personas discapacitadas y los profesionales de la salud deben recibir capacitación especializada. Los centros de salud también deben considerar las siguientes estrategias:
 - **Acciones de alcance a la comunidad:** Las mujeres y las niñas con discapacidades pueden enfrentar obstáculos para acceder a tratamientos porque pueden estar aisladas en sus hogares, o en instituciones, y en algunos casos pueden no tener suficientes conocimientos acerca de su cuerpo y sobre salud sexual y reproductiva, y por tanto no entienden la importancia de los cuidados. El sistema de salud necesita diseñar estrategias para alcanzar a estas mujeres y niñas con diferentes formas de discapacidad, y asegurar que puedan acceder a servicios.
 - **Mejorar la infraestructura de los centros de atención para satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas con discapacidades:** Esto puede incluir suministrar sillas de ruedas y acceso para sillas de ruedas, intérpretes de lengua de señas, equipo especial para exámenes que prioriza el confort de quienes tienen impedimentos físicos, etc. Los centros de salud pueden

involucrar a organizaciones que trabajan específicamente con personas discapacitadas para determinar qué otros arreglos se deben hacer.

- **Reconocer y abordar las vulnerabilidades que las mujeres pueden tener específicamente ante la violencia**
 - Desarrollar protocolos de despistaje que reconozcan algunas de las tácticas especiales asociadas con el maltrato de las mujeres y las niñas con discapacidades, incluida la manipulación de la medicación; explotación económica; destrucción o retención de artículos de asistencia; negligencia o negar ayuda para el cuidado personal (tal como la higiene); abuso emocional específicamente enfocado en la discapacidad de la víctima (Hoog, 2003).
 - Asegurar que el despistaje de la violencia contra las mujeres y las niñas se haga durante una entrevista privada inicial, si es posible sin la presencia de la persona responsable del cuidado. Algunas mujeres y niñas con discapacidades tienen cuidadores que pueden ser perpetradores de violencia, ya sea miembros de la familia, personal institucional, o cuidadoras contratadas. Las mujeres y las niñas con discapacidades a menudo dependen de su cuidador para la supervivencia y la vida diaria, lo cual hace muy difícil que escapen de la situación abusiva (Hoog, 2003).

Despistaje de violencia doméstica para las mujeres con discapacidades

Puntos más importantes a tener en cuenta:

- Elaborar preguntas de despistaje que ayuden a la promotora a determinar cuáles son las barreras que encontró la víctima o sus temores sobre el uso de los servicios de atención para víctimas de violencia doméstica.
- Elaborar preguntas de despistaje que identifiquen las fortalezas de la víctima y su idoneidad para entender cómo su discapacidad afecta su vivencia de maltrato. Desarrollar preguntas que reconozcan la forma en que la discapacidad de una víctima puede haber afectado su vivencia de maltrato y sus actividades cotidianas.
- Elaborar preguntas que identifiquen el entorno físico de la situación abusiva y la relación con el perpetrador. Por ejemplo, ¿la persona vive en una residencia especializada o en una vivienda particular? ¿El perpetrador es un cuidador o guardián de la víctima?
- Elaborar preguntas de despistaje que ayuden a la promotora a determinar qué recursos hay disponibles para la víctima según su discapacidad, y si la víctima tiene alguna inquietud sobre la posibilidad que ese sistema de apoyo tome partido por su abusador o no respete la confidencialidad.

Ejemplos de preguntas de despistaje:

- ¿Hay algo que yo deba saber sobre usted que me permita brindar el mejor servicio posible?
- ¿Alguien controla su comunicación con otras personas o cambia lo que usted trata de decir?
- ¿Alguna vez alguien rompió o se llevó algo que usted necesita para ser independiente? Por ejemplo, su bastón, caminador, silla de ruedas, respirador, o TTY?
- ¿Alguien tiene control legal sobre su dinero o sus decisiones? ¿Qué pasa si usted no está de acuerdo con las decisiones que toman por usted?
- ¿Alguien le impide usar los recursos y el apoyo que usted necesita para ser independiente? Por ejemplo, recursos tales como servicios vocacionales, cuidadoras personales, asistente de una agencia de discapacidades, personal de apoyo especializado para lectores sordomudos, o intérpretes.
- ¿Alguna vez alguien se negó a darle su medicina, le impidió tomar su medicina o le dio demasiada o muy poca medicina?
- ¿Tiene problemas de salud que pueden ser peligrosos si no se controlan, tales como diabetes, epilepsia, escaras, cáncer o enfermedad cardiovascular?
- Si usted depende de cuidadores, ¿alguna vez su cuidador se valió de su dependencia en la asistencia para controlarla? ¿Tiene cuidadores suplentes de respaldo?

Extracto de Hoog, C., 2003. "Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities", p. 7, con información de Curry, M.A et al., 2002. *Development of An Abuse Screening Tool for Women with Disabilities*.

Ejemplo: Sada Action Strategy – New South Wales. La estrategia de acción contra la agresión sexual en las residencias para personas con discapacidad y para la tercera edad (SADA por sus siglas en inglés), con el auspicio de People With Disability Australia Incorporated, está dirigida a identificar las mejores prácticas en la prevención y respuesta a la agresión sexual. Fue establecida en el 2005 por Northern Sydney Sexual Assault Service (Servicio para casos de agresión sexual en el norte de Sidney) en respuesta a la cantidad de personas con discapacidad y de la tercera edad que se acercaban al servicio para víctimas de agresión sexual (People with Disability, 2007). En el 2006, el proyecto recibió fondos de la Oficina de la Mujer para continuar con su trabajo 2 años más. La

estrategia de acción SADA ha implicado un número de consultas con partes interesadas, que incluyó a los sectores de discapacidad, cuidado del adulto mayor, policía y agresión sexual para identificar estrategias de acción que permitan una mejor respuesta ante la agresión sexual de las personas que viven en residencias para personas con discapacidad, y para la tercera edad. Los hallazgos que surgieron de estas consultas han resaltado la importancia de reconocer la sexualidad de las personas con discapacidad así como su vulnerabilidad a la agresión sexual (People with Disability, 2007). El proyecto tiene una página web donde se recopilan las herramientas y recursos existentes para guiar los servicios de atención a discapacitados y adultos mayores en la prevención y respuesta a la agresión sexual. La próxima fase del proyecto es llevar a cabo un piloto de un paquete de capacitación para el personal del sector discapacidad y tercera edad sobre cómo reconocer y responder adecuadamente a la agresión sexual.

Por más información visite la [página web](#).

Fuente: extracto de Murray, S. & Powell, A., 2008. "[Sexual assault and adults with a disability: Enabling recognition, disclosure and a just response](#)" Australian Centre for the Study of Sexual Assault, p.11.

Ejemplo: Family Planning Australia. En la mayoría de los estados y territorios, Family Planning ofrece educación y capacitación profesional así como acceso a recursos e información, relacionados con la sexualidad y las relaciones personales, a personas con discapacidades, sus padres/cuidadores y profesionales que trabajan en el área de la discapacidad. Esto incluye capacitación formal acreditada para profesionales del sector discapacidad, así como asesoramiento y seminarios sobre desarrollo de programas sobre la sexualidad y la educación de personas con discapacidad. La mayoría de los estados también tienen una biblioteca de recursos sobre discapacidad, con material que se da en préstamo o se vende, incluidos servicios de educación en sexualidad y relaciones personales para personas con discapacidad, sus padres/cuidadores y profesionales que trabajan en el área de la discapacidad. Los servicios de Family Planning también ofrecen educación individual con especialistas en sexualidad para personas con discapacidad. Por ejemplo, Family Planning Victoria (FPV) tiene un servicio de "Educación en sexualidad e intervención" que brinda servicios de educación e intervención a personas cuyo comportamiento las pone en riesgo de causar ofensas sexuales o de ser explotadas sexualmente debido a su falta de conocimientos. FPV ha desarrollado una "caja de recursos sobre agresión sexual y discapacidad intelectual" para trabajar con víctimas/sobrevivientes de agresión sexual que tengan una discapacidad intelectual. Family Planning New South Wales, con fondos de New South Wales Department of Ageing, Disability and Home Care, brindan educación y capacitación para profesionales en el sector discapacidad, para identificar y responder mejor ante los comportamientos sexuales abusivos.

Por más información, visite la [página web](#).

Fuente: extracto de Murray, S. & Powell, A., 2008. "[Sexual Assault and Adults with a Disability: Enabling Recognition, Disclosure and a Just Response](#)" Australian Centre for the Study of Sexual Assault, pp.11 y 13.

Recursos ilustrativos:

- **Model Protocol on Screening Practices for Domestic Violence Victims with Disabilities (Protocolo modelo para prácticas de despistaje de víctimas de violencia doméstica con discapacidades)** (Hoog, C., 2003). Disponible en [inglés](#).
- La página web de **Women with Disabilities Australia** contiene una sección de derechos sexuales y reproductivos, incluidos un número de recursos que abordan la violencia. Disponible en [inglés](#).
- **Violence against Women with Disabilities (EE.UU.)** – Esta página web proporciona numerosos recursos sobre el abordaje de la violencia hacia las mujeres con discapacidades. Disponible en [inglés](#).
- [Center for Research on Women with Disabilities at Baylor College of Medicine](#) incluye generalidades de la violencia doméstica entre las mujeres con discapacidades, así como materiales educativos y otros recursos, incluidos: [Gynecological Considerations in Treating Women with Physical Disabilities \(ppt\)](#) y [Improving the Health and Wellness of Women with Physical Disabilities--Clinical Perspectives \(ppt\)](#)
- **Sexual and Reproductive Health of Persons with Disabilities: Emerging UNFPA Issues (Salud sexual y reproductiva de personas con discapacidades: Temas emergentes del UNFPA)** (UNFPA, 2007). Disponible en [inglés](#).

C. Trabajadoras sexuales

- Como el trabajo sexual es ilegal y/o estigmatizado en muchos lugares del mundo, con frecuencia las trabajadoras sexuales son marginadas. Su marginación las pone en riesgo de violencia de varias maneras: pueden trabajar solas, en zonas no conocidas, y sin protección policial; pueden no tener posibilidades de desarrollar redes de apoyo que las ayuden a evitar clientes o lugares peligrosos; y pueden buscar la protección de bandas u otros que viven al margen de la ley, lo cual las pone en mayor peligro de explotación y maltrato. Las trabajadoras sexuales pueden no conocer sus derechos y puede que no reconozcan que un acto es violencia si no requiere hospitalización, lo cual disminuye la probabilidad que denuncien la violencia, a su vez limitando su capacidad de prevenir futuros actos de violencia (International HIV/AIDS Alliance, 2008; OMS, 2005b).
- Aún si las trabajadoras solicitan asistencia, pueden ser víctimas de más abuso. Dentro del sector salud por ejemplo, cuando los profesionales de la salud no están debidamente capacitados, pueden perpetuar el estigma existente en la cultura que los

rodea mediante un tratamiento prejuiciado o abusivo. Los servicios de salud pueden exponer a las trabajadoras sexuales a la desaprobación, negarles el tratamiento para sus problemas de salud, imponerles la prueba obligatoria del VIH, revelar su condición de VIH y amenazarlas con denunciarlas a las autoridades. Las trabajadoras de la salud que han sido violadas o golpeada pueden ser inculpadas, o sus inquietudes pueden ser ignoradas (Montgomery, R., 1999 & Amin, A., 2004, citado en Organización Mundial de la Salud, 2005b).

- El estándar mínimo que todo servicio de salud debe respetar es no hacer daño. Por tanto es esencial que los servicios de salud capaciten al personal para tratar a las trabajadoras sexuales con el mismo respeto y compasión con los que tratarían a otras personas, y no denunciarlas a las autoridades. Sin embargo, su vulnerabilidad a la violencia sexual significa que es esencial superar ese estándar mínimo, para brindar a las trabajadoras sexuales orientación comprensiva y basada en los derechos, prueba del VIH voluntaria, y derivarlas a servicios de asistencia legal si están disponibles. Además de proporcionar toda la gama de servicios relacionados con la violencia descritos en [construcción de la capacidad institucional para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas en los hospitales, clínicas de salud, y otros centros de salud primaria o secundaria](#), los centros de salud deben estar preparados para:
 - Brindar información a las trabajadoras sexuales sobre sus derechos y que la violencia es una violación de sus derechos.
 - Brindar información a las trabajadoras sexuales sobre a dónde pueden recurrir para solicitar ayuda en temas de violencia.
 - Brindar lugares seguros para informar sobre violencia con la confidencialidad y la privacidad garantizadas.
 - Brindar servicios de salud cerca de los lugares de trabajo de las trabajadoras sexuales, tales como clínicas dentro de los hoteles que frecuentan.
 - Promover organizaciones de trabajadoras sexuales que aboguen por la calidad de los cuidados y tratamientos médicos para las trabajadoras sexuales.
 - Capacitar a quienes prestan servicios a las trabajadoras sexuales con participación de ellas mismas para que la asistencia que les brindan no sea estigmatizante.

Fuentes: OMS and Global Coalition on Women and AIDS, ONUSIDA, 2005b; ONUSIDA, 2009.

- La violencia contra las trabajadoras sexuales es uno de los factores que aumenta la epidemia del VIH en muchos países, porque la violencia contra las mujeres y las niñas está vinculada con su imposibilidad de insistir para usar condones, y en consecuencia su imposibilidad de protegerse y proteger a sus clientes. Los programas del VIH tienen un importante papel en el abordaje de la violencia. International HIV/AIDS Alliance ha documentado algunas de las formas en las cuales los servicios del VIH/SIDA pueden ayudar a abordar la violencia contra las

trabajadoras sexuales al reclutarlas para participar en la capacitación de los profesionales y el desarrollo de protocolos:

- Los proyectos de VIH/SIDA pueden asistir a las trabajadoras sexuales en la organización de sesiones de capacitación para profesionales de servicios de salud, para mostrarles **formas no estigmatizantes de tratar y atender a las trabajadoras sexuales**. Las trabajadoras sexuales pueden trabajar con los servicios de salud para desarrollar directrices que promuevan [seguridad](#), [confidencialidad](#), y atención y apoyo no discriminatorios (International HIV/AIDS Alliance, 2008).

Ejemplo: En el 2003, la Fundación Bill & Melinda Gates presentó una iniciativa para reducir la propagación del SIDA en India. Avahan apoya específicamente a programas que atienden a los grupos más vulnerable a la infección del VIH, incluidas las trabajadoras sexuales y sus clientes y parejas. Mediante su intervención con las trabajadoras sexuales, Avahan se ha propuesto reducir la incidencia del VIH entre este segmento de la población y sus parejas, alcanzando a 59.000 trabajadoras sexuales desde 2004. Estas intervenciones han incluido la institución de un sistema por el cual se sensibiliza al personal de salud para brindar atención sanitaria adecuada a las trabajadoras sexuales, y las trabajadoras sexuales, educadoras de pares, reciben orientación para ayudarse entre sí y contactar a los profesionales sanitarios y a la policía cuando sufren violencia o coerción. Dentro de los 12 meses de introducido este sistema, el proyecto respondió a todas las crisis denunciadas dentro de un lapso de 20 minutos, beneficiando a 6.507 trabajadoras sexuales, lo cual resultó en una mejor negociación del uso de condón. Con anterioridad a este proyecto, el tiempo de respuesta era de 8 horas y la tasa de respuesta era solo el 80% de los casos denunciados. (Gaikwad y Kumar, 2008).

Ejemplo: Médecins sans Frontières (MSF) se enfrentó a un reto en su trabajo con trabajadoras sociales emigrantes en Svay Pak, Camboya. Desde el punto de vista de MSF, brindar solo servicios clínicos no era suficiente para asegurar la eficacia de sus esfuerzos para combatir el VIH/SIDA. Era importante encontrar formas de abordar algunos temas más amplios que afectaban la vulnerabilidad y el riesgo de las trabajadoras sociales, que no afectarían a los propietarios de los burdeles o a otros grupos poderosos como la policía. Sin embargo, estaban trabajando en un área donde las trabajadoras sociales sufrían grandes restricciones, con sus movimientos controlados por los propietarios de los burdeles y la policía. Los propietarios en general sospechaban de las actividades de cualquier organización que tratara de colaborar con las trabajadoras sexuales a pesar que les permitían asistir a los servicios clínicos. MSF por tanto trabajaba con las trabajadoras sociales para establecer un centro sin cita previa, justo encima de la clínica. El centro brindaba un espacio seguro e informal al cual podían acudir las trabajadoras sexuales al mismo tiempo que visitaban la clínica. Con el tiempo, el centro comenzó a organizar actividades grupales regulares, incluidas discusiones moderadas sobre el bienestar, las necesidades comunes de la comunidad y formas de abordarlas. Gradualmente, fue posible organizar discusiones sobre temas sensibles tales como violencia y cómo evitarla, a pesar

que las moderadoras tenían mucho cuidado de permitir que estas discusiones se generaran a su propio ritmo, en lugar de forzar el tema. (Busza, J., Hom-Em, X., Ly, S., Un, S., 2001. “*Petals and thorns: the dilemmas of PLA and debt bondage*”, PLA Notes, 40.

Fuente: extracto de International HIV/AIDS Alliance, 2008. “[Sex Work, Violence and HIV](#)”, p. 20.

Recursos adicionales:

- **Sex Work, Violence and HIV. A Guide for Programmes with Sex Workers (Trabajo sexual, violencia y VIH. Guía para programas sobre trabajadoras sexuales)** (International HIV/AIDS Alliance. 2008). Disponible en [inglés](#). Ver también la [página web](#) de AIDS Alliance.
- **UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work (Guía de ONUSIDA sobre VIH y trabajo sexual)** (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2009). Disponible en [inglés](#) et [francés](#).
- **The Global Network of Sex Work Projects (NSWP) (Red global de proyectos sobre trabajadoras sexuales)**. Visite el [sitio web](#) para ver “*Violence, Repression and Other Health Threats*”, (Wolffers, I. 2001) en ed. 4: *Risk and Violence of Research for Sex Work*. Disponible en [inglés](#).

D. Migrantes

- Hay migrantes internos – generalmente de zonas rurales a zonas urbanas dentro del mismo país – y migrantes transnacionales, o quienes emigran de un país a otro. La mayoría de las veces, la migración es impulsada por la pobreza y la falta de oportunidades en la tierra natal, y la percepción de que se encuentran mejores empleos y oportunidades en la ciudad o país de destino.
- Una gran proporción de mujeres y niñas migrantes consiguen solo empleos con baja remuneración e inestables en la industria de los servicios (por ej. como meseras), o en sector informal (trabajo doméstico, agrícola, y [trabajo sexual](#)) (UNFPA, 2006a). Las mujeres migrantes de todas las edades están en riesgo de sufrir violencia y acoso sexual debido al aislamiento, explotación, falta de protección legal, y acceso limitado a servicios de protección. Un estudio de la OIM en Sudáfrica determinó que los hombres y mujeres migrantes que trabajaban en agricultura eran especialmente vulnerables a contraer el VIH. El riesgo era considerablemente más alto entre las mujeres (Organización Internacional para las Migraciones, 2009).
- Muchas migrantes no tienen acceso a cuidados de salud sexual y reproductiva adecuados ni a otros servicios de salud debido a su condición de inmigrantes ilegales, la falta de seguro social de salud, las barreras culturales o lingüísticas, la falta de información sobre servicios disponibles, y la pobreza. Las mujeres migrantes que han sufrido abuso sexual o han sido forzadas a prostituirse y viven con el VIH/SIDA a

menudo no buscan atención médica por vergüenza o temor (Global Migration Group, 2008).

- Un primer paso importante para asegurar el acceso a los servicios de salud para inmigrantes es abordar la necesidad de leyes y políticas protectoras que aseguren la no discriminación contra las inmigrantes y eduquen a los profesionales de servicios a reconocer el alto riesgo de violencia entre las mujeres y las niñas inmigrantes. Se deben formular leyes y políticas no solo para los inmigrantes que trabajan en países extranjeros, sino también para los migrantes internos, y aquellos que regresan a su lugar natal.
- Además, los centros de salud pueden necesitar llevar a cabo acciones de difusión comunitaria para identificar y asistir a las trabajadoras migrantes. Como con cualquier otra población especializada, los profesionales sanitarios deben involucrar a los trabajadores migrantes y a las organizaciones para migrantes en el diseño e implementación de la difusión comunitaria. Los centros de salud deben entregar información que sea sensible a las culturas, y deben tener estrategias para abordar las barreras de lenguaje y niveles de alfabetización de los grupos meta, tales como disponer de intérpretes durante las entrevistas de admisión y para explicar los tratamientos.

Ejemplo: El Gobierno de Jordania, en colaboración con UNIFEM, desarrolló un contrato laboral para las trabajadoras domésticas extranjeras que garantiza los derechos de las mujeres inmigrantes al seguro de vida, seguro médico, y días de descanso. Además, es requisito para obtener la residencia, un permiso de trabajo y una visa para ingresar a Jordania (Secretario General de las Naciones Unidas, 2009).

Ejemplo: Overseas Workers Welfare Administration (OWWA) en Filipinas ofrece servicios de salud, orientación y la prueba de VIH voluntaria, junto con muchos otros servicios para asistir en la repatriación. (ONUSIDA, OIT, y OIM 2008).

Ejemplo: En el 2002, el Instituto de Sociología de la Academia China de Ciencias Sociales (CASS por sus siglas en inglés) en asociación con la UNESCO, comenzó el proyecto "*Together with Migrants*" (Junto con las migrantes) que busca promover la integración de las mujeres inmigrantes en la trama urbana socioeconómica mediante capacitación en salud, derechos, preparación para la vida, orientación vocacional. En los últimos años, el proyecto ha ampliado sus alianzas incorporando a artistas chinos contemporáneos para fomentar, a través del arte contemporáneo, percepciones no discriminatorias de las trabajadoras migrantes (Extracto de la [UNESCO](#), 2010).

Recursos:

- ***An Action Oriented Training Manual on Gender, Migration and HIV (Manual de capacitación orientado a la acción sobre género, migración y VIH)*** (Organización Internacional para las migraciones, 2009a). Disponible en [inglés](#).
- El Secretario General produce un informe periódico sobre el problema de la violencia contra la mujer, que incluye actualizaciones de las actividades de los estados miembro para abordar las necesidades de protección de las migrantes. El informe 2000 está disponible en [inglés](#).
- La base de datos del Secretario General sobre violencia contra la mujer incluye una opción de búsqueda sobre mujeres migrantes que permite acceder a resúmenes cortos de políticas y programas dirigidos a las migrantes. Disponible en [inglés](#).

E. Trata de mujeres y niñas

- De acuerdo con el Protocolo de Palermo, por trata de personas se entiende: “la captación, el transporte, el traslado, la acogida, o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos” (Naciones Unidas 2000, Art. 3).
- La servidumbre forzada es la característica esencial de la trata. Se estima que en el 2010 más de 12 millones de personas en todo el mundo fueron víctimas de trata (Departamento de Estado, EE.UU. 2010). La forma más común de trata es la explotación sexual, y la mayoría de las víctimas de explotación sexual son mujeres y niñas (UNODC, 2009).
- A medida que se desarrolla cada instancia de trata, peligra la salud física y mental de la víctima. Desde la etapa anterior a la partida, al viaje, el tránsito y el destino, hasta la detención, deportación e integración o retorno y reintegración, las mujeres y las niñas pueden sufrir repetidamente de maltrato o tortura física y psicológica.
- **Las políticas y los protocolos deben asumir los riesgos en la salud de las mujeres víctimas de trata.** Aunque las mujeres y las niñas se pueden presentar en cualquier servicio de salud, incluidas las salas de emergencia, los altos riesgos de salud que enfrentan hacen que sea esencial proporcionarles información, orientación y servicios.
- A medida que se pone más énfasis en poner fin a la trata de personas y a apoyar a las víctimas de trata a través de programas gubernamentales y de ONG, los profesionales de la salud tendrán más contacto con las mujeres y las niñas víctimas

de trata. El personal sanitario debe saber cuáles son las señales para identificar a una persona que ha sido víctima de trata:



Fuente: extracto de UN.GIFT (Iniciativa mundial de las Naciones Unidas para luchar contra la trata de personas), OIM (Organización Internacional para las Migraciones) y La Escuela de Londres de Higiene y la Medicina Tropical. 2009. [Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers](#).

- Muchas mujeres y niñas víctimas de trata están estrechamente vigiladas y no tienen acceso a atención médica, a pesar de los serios peligros de salud que corren. Cuando el personal sanitario tiene contacto con ellas, las mujeres y las niñas víctimas de trata pueden ser reacias a revelar su situación por temor a la persecución (donde el trabajo sexual es ilegal) o la deportación, ya que a menudo su estatus en el país de acogida es ilegal (Amnesty International, 2006). Los profesionales sanitarios deben conocer, en particular, los riesgos de seguridad que corren las mujeres víctimas de trata, y deben tratar de entrevistarlas en privado, en una habitación segura, a prueba de sonido. Aún si el profesional no habla el idioma de la usuaria, no se debe recurrir a la traducción de ninguna persona que acompañe a la usuaria.
- En todos los casos, la principal tarea del personal de salud es brindar la atención y orientación necesaria según las mismas directrices y procedimientos que para las mujeres que sufren violencia, pero con especial atención a la [evaluación de seguridad](#) y [planificación de la seguridad](#), así como [confidencialidad](#) estricta.
- El personal de salud también debe respetar los siguientes principios cuando atienda a mujeres víctimas de trata:

1. Seguir las recomendaciones existentes en [Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas](#) (Disponible en armenio, bosnio, croata, inglés, japonés, rumano, ruso, español y serbio)

2. Considerar todo contacto con personas víctimas de la trata como un posible paso hacia la mejora de su salud. Cada encuentro con una persona víctima de trata puede tener un efecto positivo o negativo en su salud y bienestar.

3. Priorizar la seguridad de las personas víctimas de la trata, de sí mismos y del personal mediante la evaluación de los riesgos y tomando decisiones en consulta y bien informadas. Tener conciencia de los temores de las personas víctimas de la trata respecto a su seguridad y los posibles riesgos que corren ellas y sus familiares.

4. Brindar atención respetuosa, equitativa, no discriminatoria por género, edad, clase social, religión, raza o etnia. La atención médica debe respetar los derechos y la dignidad de quienes son vulnerables, en especial las mujeres, la niñez, las personas pobres y las minorías.

5. Tener a disposición información para hacer derivaciones y los datos de contacto de personas de apoyo de confianza para una variedad de servicios de asistencia, incluidos refugios, servicios sociales, orientación, asistencia legal y fuerzas policiales. En caso de proporcionar información a personas que se sospecha, o se sabe, que son víctimas y que aún pueden estar en contacto con delincuentes de trata de personas, debe hacerse con discreción, por ej. con pequeños trozos de papel que pueden esconder.

6. Colaborar con otros servicios de apoyo para implementar actividades de prevención y estrategia de respuesta que sean cooperativas y apropiadas para las diferentes necesidades de las víctimas de trata.

7. Asegurar la confidencialidad y privacidad de las víctimas de trata y de sus familias. Instaurar medidas para asegurar que todas las comunicaciones con y sobre las víctimas sean tratadas con confidencialidad, y que cada víctima tenga asegurado el respeto por su privacidad.

8. Proporcionar información de forma que cada víctima de trata pueda comprenderla. Comunicar los planes, los propósitos y los procedimientos de atención con descripciones apropiadas lingüísticamente y para la edad, tomando el tiempo necesario para asegurar que cada persona entienda qué se le dice y tenga la oportunidad de hacer preguntas. Este es un paso esencial antes de solicitar el consentimiento informado.

9. Obtener el consentimiento voluntario e informado. Antes de compartir o transferir información sobre pacientes, y antes de comenzar los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o derivación, es necesario obtener el consentimiento voluntario, y con conocimiento de causa, de la paciente. Si una paciente acepta que la información sobre su caso o el de otras sea compartida, solo proporcione la información que sea necesaria para asistir a la paciente (por ej. cuando se hace una derivación a otro servicio) o para asistir a otras (por ej. otras víctimas de trata).

10. Respetar los derechos, las opciones, y la dignidad de cada individuo por medio de las siguientes prácticas:

- Llevar a cabo entrevistas en ambientes privados.
- Ofrecer a la paciente la opción de interactuar con personal masculino o femenino, o intérpretes. Para las entrevistas y los exámenes clínicos de las mujeres y las niñas víctimas de trata, es especialmente importante disponer de personal femenino e intérpretes mujeres.
- Tener una actitud no prejuiciada y compasiva, y mostrar respeto y aceptación por cada persona, su cultura y su situación.
- Ser paciente. No presione para obtener información si la persona no parece pronta para hablar sobre su situación o experiencia.
- Hacer solo preguntas relevantes para brindar la asistencia necesaria. No hacer preguntas solo por curiosidad, por ej. Sobre la virginidad de la persona, el dinero que pagó o que recibió, etc.
- Evitar solicitar la misma información en varias entrevistas. Cuando sea posible, pida el consentimiento de la persona para enviar la información necesaria a otros profesionales relevantes.
- No permitir el acceso a los medios de comunicación, periodistas, u otros que busquen entrevistas con víctimas de trata, sin el permiso expreso de esta. No coaccione a las usuarias a participar. Las personas en un estado de salud 'frágil' o en circunstancias de riesgo deben ser disuadidas de participar.

11. Evitar llamar a las autoridades, tales como la policía o los servicios de inmigración, a menos que la víctima de trata haya dado su consentimiento. Las víctimas de trata deben tener razones bien fundadas para evitar a las autoridades. Se debe intentar conversar sobre opciones viable y obtener consentimiento para tomar medidas.

12. Mantener toda la información sobre víctimas de trata en lugares seguros. Los datos y los archivos de los casos de víctimas de trata deben estar codificados y en lo posible guardados en archivos bajo llave. La información electrónica debe estar protegida con claves.

Fuente: **OIM (Organización Internacional para las Migraciones). 2006. [Breaking the Cycle of Vulnerability: Responding to the Health Needs of Trafficked Women in East and Southern Africa.](#)**

Herramientas ilustrativas:

- La [página web](#) de **UN.GIFT (Iniciativa mundial de las Naciones Unidas para luchar contra la trata de personas)** contiene una gama completa de referencias

básicas, manuales y herramientas, y noticias sobre eventos pasados y próximos sobre la trata. El enlace referente a “mejores prácticas” es especialmente útil.

- ***Caring for Trafficked Persons: Guidance for Health Providers (Cuidado de las víctimas de trata: guía para profesionales sanitarios)*** (Iniciativa mundial de las Naciones Unidas para luchar contra la trata de personas), OIM (Organización Internacional para la Migración) y la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, 2009). Brinda consejos prácticos, no médicos para ayudar a profesionales de la salud a entender la trata, reconocer los problemas asociados, y considerar enfoques seguros y apropiados para brindar atención sanitaria a las víctimas de trata. La guía también es útil para satisfacer las necesidades de salud de las [trabajadoras migrantes](#) víctimas de maltrato. Las “hojas de acción” incluyen: salud sexual y reproductiva, consideraciones especiales cuando se examinan niñas, niños y adolescentes, atención con conocimiento del trauma, derivaciones seguras, atención de salud mental, discapacidades, y consideraciones médico-legales. Disponible en [inglés](#).
- ***Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas*** (Zimmerman, C. y Watts, C. 2003). Disponible en [armenio](#), [bosnio](#), [croata](#), [inglés](#), [japonés](#), [rumano](#), [ruso](#), [español](#) y [serbio](#))
- ***Handbook on Direct Assistance for Victims of Trafficking (Manual sobre la asistencia directa para las víctimas de la trata de personas)*** (Organización Internacional para las Migraciones, 2007). Disponible en [inglés](#).
- ***Breaking the Cycle of Vulnerability: Responding to the Health Needs of Trafficked Women in East and Southern Africa (Rompiendo el ciclo de vulnerabilidad: Respuesta a las necesidades sanitarias de las mujeres víctimas de trata en África oriental y meridional)*** (Organización Internacional para las Migraciones, 2006). Disponible en [inglés](#).
- ***Manual for Medical Officers Dealing with Child Victims of Trafficking and Commercial Sexual Exploitation and Child Sexual Abuse (Manual para personal médico tratante de menores de edad víctimas de tráfico y explotación sexual comercial y abuso sexual infantil)*** (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Departamento para el Desarrollo de las Mujeres y la Niñez, Gobierno de India, Nueva Delhi, 2005). Disponible en [inglés](#).
- ***National Referral Mechanisms: Joining Efforts to Protect the Rights of Trafficked Persons: A Practical Handbook (Mecanismos nacionales de derivación: Unión de esfuerzos para proteger los derechos de las personas víctimas de trata: Manual práctico)*** (Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, 2004). Disponible en [albanés](#), [inglés](#), [francés](#), [ruso](#) y [turco](#).

- Por recursos adicionales sobre la trata, busque en la [base de datos de herramientas](#) presionando sobre “tema”, y luego en explotación sexual y trata.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Generalidades sobre la importancia del monitoreo y evaluación de las iniciativas del sector salud

- La base de pruebas sobre la eficacia de las diferentes estrategias e intervenciones en el sector de la salud, aunque creciente, aun es débil en muchas áreas. Esto plantea desafíos en varios niveles. En los casos en los que no se dispone de evaluaciones minuciosas, las decisiones respecto a cómo deben invertirse los recursos y qué programas deben ser apoyados pueden realizarse basándose en información incompleta o hallazgos de evaluaciones que no son adecuadas para los contextos específicos. En los peores casos, la ausencia de programas de evaluación apropiados también puede causar más daño que beneficio a las sobrevivientes.
- Las evaluaciones proporcionan un marco para identificar intervenciones prometedoras, apuntar a los aspectos específicos de esas intervenciones que contribuyen a su éxito, y desventajas y lagunas de cada estrategia. Sin esta información, pueden desperdiciarse recursos esenciales en programas que no conducirán a los resultados directos deseados o que incluso pueden empeorar la situación para las mujeres.
- Idealmente, un programa de salud debería ser capaz de medir el progreso hacia la consecución de sus objetivos y evaluar si una intervención ha sido beneficiosa o si ha creado riesgos adicionales. Sin embargo, muchos programas de salud desarrollan actividades sin aclarar qué resultados están tratando de lograr o si de hecho lograron esos resultados o no.
- Los programas de salud que tratan la violencia tienen especialmente la gran responsabilidad de invertir en el monitoreo y la evaluación dada la posibilidad que una intervención mal planificada puede aumentar el riesgo para las mujeres o infligir un daño no intencionado. Por ejemplo, una sesión de capacitación puede fallar en cambiar las interpretaciones erróneas y prejuicios que pueden dañar a las víctimas de violencia, o incluso pueden reforzarlas. O una política de tamizaje de rutina puede ser implementada de forma tal que en realidad incremente el riesgo de violencia o daño emocional de las mujeres.
- El monitoreo y la evaluación ofrecen una información invaluable sobre la mejor forma en que los programas de salud pueden proteger la salud, derechos y seguridad de las mujeres que padecen la violencia.
- Los servicios de salud brindan un horizonte de oportunidades único para abordar las necesidades de las mujeres que sufren tratos abusivos y son esenciales para la

prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres y niñas, dado que la mayoría de las mujeres entran en contacto con el sistema de salud en algún momento de sus vidas. Con frecuencia el sector de la salud es el primer punto de contacto con cualquier sistema formal para las mujeres que sufren tratos abusivos, ya sea que lo divulguen o no. Cada visita clínica presenta una oportunidad para mejorar los efectos de la violencia así como para ayudar a prevenir incidentes futuros. El monitoreo y la evaluación de este servicio en el sector de la salud es crucial para ampliar la respuesta a la violencia contra mujeres y niñas. (Heise, Ellsberg and Gottomoeller, 1999)

- El monitoreo y la evaluación debe mirar todos los elementos del enfoque de salud que abarca todo el sistema, incluyendo políticas, protocolos, infraestructura, suministros, capacidad del personal para brindar apoyo médico y psicosocial de calidad, capacitación del personal y otras oportunidades de desarrollo profesional, documentación de caso y sistemas de datos, el funcionamiento de las redes de información de servicios disponibles, evaluaciones de seguridad y peligro, entre otros puntos que son relevantes para contextos y programas específicos.

Realización de una evaluación de las intervenciones del sector de salud

Tenga presente que las evaluaciones deben estar basadas en marcos operacionales y teóricos y que deben ser incorporadas en las etapas de planificación de un programa. Los análisis de línea de base y situación son cruciales para los esfuerzos de monitoreo y evaluación, pero rara vez se realizan. Por favor remitirse a la sección de introducción por información adicional sobre el desarrollo de un [marco](#) apropiado y la recolección de [datos de base](#).

- **Defina una meta programática clara para la intervención**
Una [meta](#) refleja el objetivo conceptual, básico y muy amplio del proyecto y el resultado a largo plazo deseado. Los ejemplos de las metas posibles incluyen:
 - Mejorar la calidad de atención que las sobrevivientes de violencia de género reciben en los centros de salud.
 - Fortalecer la capacidad del sector de atención de la salud para prevenir la violencia de género.
- **Teniendo presente esta meta general, identificar [objetivos](#) claros y resultados esperados.**
- **Recuerde tener presente la diferencia entre las actividades, productos y resultados propuestos**, entre lo que será llevado a cabo, lo que será producido y lo que se espera que suceda como resultado. Por ejemplo:
 - Las actividades pueden incluir llevar a cabo una capacitación para proveedores de servicios de salud o desarrollar protocolos estandarizados para responder a los casos de violencia sexual.

- Los productos pueden incluir el número o porcentaje de proveedores de servicios de salud en un área objetivo que han sido capacitados, o la cantidad de centros de atención de la salud que han adoptado protocolos estandarizados para responder a los casos de violencia sexual.
- Los resultados pueden incluir el fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de servicios de salud para responder a la violencia contra las mujeres de una forma significativa y apropiada o una respuesta integrada por parte del centro de atención de la salud al seguir protocolos estandarizados.
- **Desarrolle [indicadores](#) para medir cada uno de los objetivos.**
- **Recuerde distinguir entre los indicadores de proceso y resultados.** Por lo general los programas de salud recolectan datos sobre procesos más que sobre resultados o efectos directos y pueden no concentrarse en determinar si sus actividades fueron beneficiosas o eficaces. Sin embargo, esto no significa que los marcos de monitoreo y evaluación deban excluir los indicadores de procesos.
 - Los **Indicadores de Procesos** se utilizan para monitorear la cantidad y tipos de actividades desarrolladas, tales como la cantidad y tipos de servicios prestados, cantidad de personas capacitadas, cantidad de materiales producidos y repartidos o la cantidad y porcentaje de usuarias examinados.
 - Los **Indicadores de Resultados** se utilizan para evaluar si la actividad logró los objetivos propuestos o no. Los ejemplos incluyen indicadores del conocimiento, actitudes y prácticas de proveedores o a nivel comunitario determinados por una encuesta, las percepciones de las mujeres sobre la calidad y beneficios de los servicios prestados por una organización o institución de acuerdo con entrevistas individuales, las experiencias de las mujeres con la atención de la salud, y la idoneidad o disponibilidad de capacidad e infraestructura de la unidad de salud.

Ejemplos de estrategias, objetivos e indicadores para el monitoreo y evaluación de las iniciativas del sector de salud

Estrategia/intervención	Ejemplos de objetivos posibles	Indicadores de ejemplo
1) Difusión de materiales e información	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar el nivel de conciencia y comprensión de los proveedores de servicios de salud sobre la violencia de género, en particular: <ol style="list-style-type: none"> a) La VdG como un problema crucial de derechos humanos y salud pública b) Las barreras que las mujeres que viven con la violencia o sobrevivientes de la violencia enfrentan cuando acceden a los servicios c) Vínculos entre la VdG y VIH y SIDA d) Las leyes que tratan la VdG y las responsabilidades de los proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de proveedores que identifican a la VdG como un problema crucial de derechos humanos y salud pública • Proporción de proveedores que pueden identificar y examinar (la cantidad de) barreras que enfrentan las mujeres • Proporción de proveedores que son capaces de identificar (la cantidad de) vínculos entre la VdG y el VIH/SIDA • Proporción de proveedores que resumen correctamente las obligaciones legales respecto a la VdG
2) Capacitación de proveedores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de atención de la salud para responder a los casos de violencia de género [en particular..] <ol style="list-style-type: none"> a) Seguir protocolos de tamizaje de rutina apropiados b) Responder a los casos de violación y violencia sexual c) Abordar los vínculos entre la VdG y VIH/SIDA de forma holística d) Establecer y usar redes de referencia de proveedores de atención y servicios sociales basadas en la comunidad e) Mejorar la documentación médica-legal de los casos f) Cambiar las normas y actitudes estigmatizantes g) Prestar asistencia a crisis y emergencias • Fortalecer la capacidad de los proveedores de atención de la salud para prevenir la posible violencia de género mediante: <ol style="list-style-type: none"> a) Seguir protocolos de tamizaje de rutina apropiados b) Responder a los casos de violación y violencia sexual c) Abordar los vínculos entre la VdG y VIH/SIDA de forma holística d) Establecer y usar redes de referencia de proveedores de atención y servicios sociales basadas en la comunidad e) Mejorar la documentación médica-legal de los casos f) Cambiar las normas y actitudes estigmatizantes g) Prestar asistencia a crisis y emergencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de proveedores que comprenden y usan protocolos de tamizaje apropiados • Proporción de proveedores que pueden proporcionar una atención apropiada a las sobrevivientes de violación y violencia sexual • Proporción de proveedores que abordan vínculos entre la VdG y VIH en la atención • Proporción de proveedores que están capacitados para identificar, referir y atender a las sobrevivientes • Proporción de proveedores que han referido a las sobrevivientes • Proporción de proveedores que se sienten cómodos preguntando sobre violencia • Proporción de proveedores que demuestran prácticas y actitudes apropiadas respecto a la violencia de género • Proporción de mujeres que acceden a servicios que indican que recibieron atención apropiada e integral

	<p>a) El cambio de las normas y actitudes estigmatizantes</p> <p>b) El fortalecimiento de la capacidad de detectar posible violencia, proporcionar la atención adecuada y referir según sea necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de sobrevivientes de violación/ violencia sexual que indican que recibieron atención apropiada e integral • Proporción de sobrevivientes de violación/ violencia sexual que indican que recibieron atención apropiada e integral • Proporción de sobrevivientes de VdG que indican que recibieron atención apropiada e integral
3) Desarrollo de protocolos y normas para la gestión de casos de VdG	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer protocolos y normas en todo el sistema • Mejorar la implementación de protocolos, políticas y normas en todo el sistema para la gestión de los casos de VdG • Mejorar la infraestructura clínica para brindar espacios seguros y confidenciales para las consultas • Fortalecer la colaboración multisectorial con otros servicios basados en la comunidad como parte de protocolos de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de unidades de salud que han documentado y adoptado un protocolo para la gestión clínica de VdG • Proporción de unidades de salud que han realizado una evaluación de disponibilidad para la prestación de servicios por VdG • Proporción de unidades de salud que cuentan con materiales para la gestión clínica de VCM • Proporción de unidades de salud que cuentan con por lo menos un proveedor capacitado para atender y referir los casos de VdG
4) Tamizaje de rutina	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar los niveles de estudio, detección y referencias • Ayudar a las mujeres que han padecido o viven con la violencia para que compartan sus experiencias más fácilmente • Fortalecer la capacidad de los proveedores de atención de la salud para diagnosticar con precisión y atender a sus pacientes • Mejorar y asegurar la calidad de atención durante el examen 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de mujeres que denuncian la violencia física y/o sexual • Proporción de mujeres a las que se les preguntó sobre violencia física y/o sexual durante una visita a una unidad de salud • Proporción de mujeres examinadas y referidas conforme a las políticas de la clínica • Porcentaje de mujeres que informaron que el tamizaje fue realizado en privado, no durante el examen clínico, y de forma sensible y respetuosa

		<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de proveedores que pueden demostrar capacidad para realizar el tamizaje y responder a adecuadamente a lo que este revela, durante un juego de roles • Porcentaje de mujeres que se sienten cómodas revelando y hablando de la violencia en sus vidas con el proveedor
5) Campañas para empoderar a las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el conocimiento de la mujer sobre las posibles fuentes de ayuda para la violencia de género • Incrementar la sensación de empoderamiento respecto a recibir la atención apropiada por violencia de género 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de mujeres que pueden identificar organizaciones y recursos para la atención y ayuda para casos de violencia de género • Porcentaje de mujeres que expresan que la violencia de género es un asunto de salud y derechos humanos que los proveedores de atención de la salud deberían estar abordando

Fuente: PATH, 2010.

Ejemplos de diferentes enfoques del monitoreo y evaluación para el sector de salud

Enfoque	Ejemplos de métodos utilizados
Evaluaciones formales por consultores externos en la línea de base, a mitad del período de ejecución y seguimiento	Encuestas que utilizan cuestionarios estructurados Grupos de discusión con proveedores y usuarias Revisiones aleatorias de registros Observaciones clínicas Entrevistas en profundidad con informantes clave
Estudios de caso a pequeña escala para evaluar nuevas políticas o herramientas	Estadísticas rutinarias de servicios Grupos de discusión con el personal Grupos de discusión con usuarias
Sistemas de información para recolectar datos sistemáticos del servicio	Estadísticas rutinarias de servicios sobre indicadores clave
Reuniones periódicas con el personal para analizar nuevas políticas y herramientas	Discusiones informales y diálogo entre el personal en primera línea y los administradores
Esfuerzos individuales de los administradores para seguir el progreso de las reformas necesarias en la organización	Listas de verificación Planes estratégicos Observación personal
Esfuerzos individuales de los administradores para monitorear la moral y desempeño del personal	Estadísticas rutinarias de servicios Revisiones informales de registros médicos Discusiones informales con miembros del personal
Pre y postest de conocimiento y habilidades para los proveedores antes y después de la capacitación	Cuestionarios Juegos de roles Discusiones informales de grupo

Fuente: Bott, Guedes and Claramunt, 2004.

Estudio de Caso: Evaluación para Mejorar la Respuesta del Sector de la Salud a la Violencia Basada en Género de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Hemisferio Oeste (IPPF/WHR)

La evaluación incluyó **cuatro componentes principales**:

1. Un **estudio de base** que incluyó:

>Una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores utilizando entrevistas en persona. IPPF/WHR diseñó un cuestionario de encuesta para recabar información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores de atención de la salud relacionadas con la violencia de género. El cuestionario contiene aproximadamente 80 preguntas. Aunque el cuestionario incluye algunas preguntas de interpretación abierta, la mayoría de las preguntas son cerradas para que los resultados puedan ser tabulados y analizados más fácilmente. El cuestionario cubre un gama de temas, que incluyen: con qué frecuencia y cuándo los proveedores han conversado sobre la violencia con las usuarias; qué piensan los proveedores sobre cuáles son las barreras para el tamizaje; qué hacen los proveedores cuando descubren que un cliente ha sufrido violencia; las actitudes hacia las mujeres que sufren violencia; el conocimiento sobre las consecuencias de la violencia de género; y qué tipo de capacitación han recibido los proveedores en el pasado. Este cuestionario también puede ser adaptado para evaluar una capacitación única. Una posibilidad es usar todo o parte del cuestionario antes de que comience el taller y usar solo parte del cuestionario después que el taller ha finalizado. Si el cuestionario es usado inmediatamente “antes y después” de una capacitación única, la organización podrá medir los cambios en el conocimiento, pero los cambios en las actitudes y prácticas por lo general llevan un tiempo.

>Una guía de observación y entrevista clínica. La Guía de Observación y Entrevista Clínica reúne información sobre los recursos humanos, físicos y escritos disponibles en una clínica. La primera mitad de la guía consiste en una entrevista con un pequeño grupo de miembros del personal (por ejemplo, el director de la clínica, un doctor y un consejero). Esta sección incluye preguntas sobre los recursos humanos de la clínica, protocolos escritos relacionados con estudios, atención y sistemas de referencia por violencia de género; y otros recursos, tales como si la clínica ofrece anticonceptivos de emergencia o no. Siempre que es posible, la guía instruye al entrevistador para que solicite ver una copia o ejemplo del artículo a efectos de confirmar si el material existe y está disponible en la clínica. La segunda parte de esta guía comprende una observación de la infraestructura física y funcionamiento de la clínica, que incluye la privacidad en las áreas de consulta (por ejemplo, si las usuarias pueden ser vistos u

oídos desde afuera), así como la disponibilidad de materiales de información sobre temas relacionados con la violencia de género.

2. **Estadísticas del servicio** sobre índices de detección y servicios suministrados usando preguntas de tamizaje e indicadores estandarizados.

>Tablas de muestras para recolectar los datos de tamizaje. Para asegurar que las tres asociaciones participantes pudiesen recolectar datos de tamizaje comparables, IPPF/WHR desarrolló una serie de tablas modelo, que cada asociación completó cada seis meses. Estas tablas pueden ser útiles o no para otros programas de salud, dado que esto depende de si el programa de salud decide implementar o no los tamizajes de rutina, qué tipo de política adopta, qué tipo de preguntas formula y qué tipo de sistema de información tiene. No obstante, estas tablas ilustran los tipos de datos que pueden ser reunidos y analizados en forma periódica.

3. Una evaluación a mitad del periodo, principalmente cualitativa, que incluya:
>**Discusiones de grupo y entrevistas en profundidad** con proveedores, sobrevivientes, interesados e informantes claves externos- un protocolo resumido para la recolección de datos cualitativos describe estos métodos, incluyendo las entrevistas en profundidad y discusiones de grupo, y también proporciona una idea de a qué tipo de proveedores, usuarias y otras interesados se les solicitó que participen.

>**Encuesta de satisfacción de la usuaria.** El Cuestionario de Encuesta de Salida de Usuarías es un instrumento de encuesta estándar para recabar información sobre las opiniones de las usuarias sobre los servicios que han recibido. Esta encuesta está diseñada principalmente para los servicios de salud que han implementado una política de tamizaje de rutina. Es importante tener en cuenta que las encuestas de salida tienden a tener una limitación significativa: Muchas usuarias no desean compartir las opiniones negativas de los servicios, en especial cuando la entrevista es realizada en el centro de salud. IPPF/WHR no pudo entrevistar a las usuarias fuera del lugar, pero sí coordinó para que todos los entrevistadores no pertenecieran a la organización de modo que infundiesen confianza a las mujeres que participaban en cuanto a que ellos no iban a violar su confidencialidad. Este cuestionario contiene en su mayor parte preguntas cerradas sobre los servicios. Le pregunta a las mujeres si se les preguntó sobre la violencia de género y sobre cómo ellas se sintieron respondiendo esas preguntas; sin embargo, el cuestionario no le solicita a las mujeres que revelen si ellas mismas padecieron violencia o no.

>**Estudios de caso** de estrategias piloto para abordar diferentes aspectos de la violencia de género.

4. Una **evaluación final** que sirva de seguimiento a la línea de base, que incluya:

- >Encuesta CAP de proveedores utilizando entrevistas en persona
- >Una guía de observación/ entrevista
- >Análisis de registros al azar y desarrollo de un protocolo:

A lo largo del curso de la iniciativa regional de IPPF/ WHR, las asociaciones participantes recolectaron estadísticas rutinarias de servicios a las usuarias, incluyendo el número y porcentaje de usuarias que contestaron afirmativamente a las preguntas de tamizaje. Sin embargo, la calidad de estas estadísticas de servicio depende de la confiabilidad de los sistemas de información y de la buena disposición de los proveedores de atención de la salud de cumplir con las políticas clínicas, las cuales pueden variar de clínica a clínica. Por lo tanto IPPF/WHR diseñó un protocolo para medir los niveles de estudio y documentación utilizando un enfoque de análisis de registros aleatorios. Este manual contiene una breve descripción del protocolo así como una hoja de tabulación.

Descargue las publicaciones principales relacionadas con esta iniciativa: ¡Basta! El Sector Salud Combate la Violencia contra la Mujer) Disponible en [inglés](#) y en [español](#).

Fortaleciendo la Respuesta del Sector de la Salud a la Violencia Basada en el Género). Disponible en [inglés](#) y en [español](#).

Indicadores

MEASURE Evaluation, , a solicitud de la [Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional \(USAID\)](#) y en colaboración con el Grupo de Trabajo Interagencial de Género, compiló una serie de indicadores para el sector judicial. Los indicadores fueron diseñados para medir el desempeño y los logros del programa a nivel comunitario, regional y nacional usando métodos cuantitativos. Tenga en cuenta que mientras muchos de los indicadores han sido utilizados en el terreno, no han sido necesariamente probados en múltiples escenarios. Para revisar los indicadores exhaustivamente, incluyendo sus definiciones, la herramienta que debe usarse y las instrucciones sobre cómo hacerlo, ver la publicación [Violencia Contra las Mujeres y Niñas: Un Compendio de Control y Evaluación de Indicadores](#).

Los indicadores compilados para el sector salud son:

- **Proporción de unidades de salud que han documentado y adoptado un protocolo para la gestión clínica de mujeres y niñas sobrevivientes de la violencia (VCM/N)**

Qué Mide: Este indicador mide si una unidad de salud tiene o no un protocolo estándar que guíe la identificación, prestación de servicio y mecanismo de

referencia para las sobrevivientes de VCM/N. El protocolo debe describir los elementos de atención que deben ser proporcionados y la forma en la cual se debe realizar. El protocolo debe ser exhibido o ser accesible de otro modo para el personal del centro de salud.

- **Proporción de unidades de salud que han realizado una evaluación de disponibilidad para la entrega de servicios en caso de VCM/N**
Qué Mide: Esto mide los esfuerzos de una unidad de salud para proporcionar un nivel de servicio básico que se puede esperar que sea brindado a las sobrevivientes de VCM/N. Si hay una baja proporción de instalaciones que han realizado tal evaluación, indicaría que los servicios que están siendo brindados pueden ser de calidad desigual. Una vez que una evaluación de disponibilidad se completó, las unidades de salud estarán en condiciones de ver sus fortalezas y rectificar las lagunas en la prestación de servicios por VCM/N.
- **Proporción de unidades de salud que cuentan con productos para la gestión clínica de VAW/G**
Qué Mide: Es una medida de la disponibilidad de las unidades de salud para prestar servicios por VCM/N. Si los materiales necesarios no están presentes en la unidad de salud, se presume que los servicios por VCM/N no pueden ser prestados en un nivel aceptable. El indicador no mide la calidad del servicio que se presta con estos materiales.
- **Proporción de unidades de salud que cuentan con por lo menos un proveedor capacitado para atender y referir a las sobrevivientes de VAW/G**
Qué Mide: Es un indicador de la disponibilidad de las unidades de salud para prestar servicios por VCM/N. Si el personal no ha sido sometido a una capacitación específica, la prestación de tales servicios puede ser realizada de forma inadecuada o perjudicial. Este indicador refleja la capacitación, pero no la calidad de la capacitación ni qué tan bien los miembros del personal integraron lo que aprendieron a la práctica.
- **Cantidad de proveedores de servicio que están capacitados para identificar, referir y atender a las sobrevivientes de VAW/G**
Qué Mide: Este indicador es una medida de producto para un programa diseñado para proporcionar capacitación a los proveedores de servicios de salud en la prestación de servicios por VCM/N. Esto proporcionará una medida de cobertura de personal capacitado por área geográfica de interés y ayudará a monitorear si el programa está logrando o no su cantidad meta de proveedores capacitados.
- **Cantidad de proveedores de salud capacitados en la gestión y orientación de la mutilación genital femenina o ablación (MGF/A)**
Qué Mide: Este indicador es una medida de producto para un programa diseñado para proporcionar capacitación a los proveedores de servicios de la salud en el manejo de complicaciones, tanto físicas como psicosociales, que resultan de los procedimientos de MGF/A. Esto proporcionará una medida de

cobertura de personal capacitado por área geográfica de interés y ayudará a monitorear si el programa está logrando o no su cantidad meta de proveedores capacitados.

- **Proporción de mujeres a las que se les preguntó sobre violencia física y sexual durante una visita a una unidad de salud**

Qué Mide: La cantidad de mujeres que se presentan para cualquier tipo de atención en unidades de salud a las que se les pregunta si alguna vez sufrieron algún tipo de violencia física o sexual. El conteo puede ser determinado por unidad de salud o por área de interés.

- **Proporción de mujeres que informan violencia física y/o sexual**

Qué Mide: Este indicador de producto proporciona una medida de utilización del servicio por parte de sobrevivientes de VCM/N que revelan su experiencia a los proveedores de salud.

- **Proporción de sobrevivientes de VCM/N que recibieron una atención adecuada**

Qué Mide: Este indicador de producto proporciona una medida de entrega de servicio adecuada a las sobrevivientes de VCM/N que revelan su experiencia a los proveedores de salud. No evalúa la calidad de la prestación del servicio.

- **Proporción de sobrevivientes de violación que recibieron una atención integral**

Qué Mide: Este indicador de producto proporciona una medida de prestación de servicio adecuada a las sobrevivientes de violación que acuden a las unidades de salud. No evalúa la calidad del servicio prestado.

Métodos de evaluación de línea de base (y línea final)

Cuatro áreas generales para los datos de línea de base incluyen:

- La evaluación del conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores
- La evaluación de la idoneidad y disponibilidad de la infraestructura y capacidad de la unidad de salud
- La evaluación de las experiencias de las mujeres con la atención de la salud
- La evaluación del cumplimiento de políticas y protocolos

La evaluación del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores relacionadas con la violencia contra mujeres y niñas

La información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores puede ayudar a los administradores a comprender qué es lo que su personal sabe y cree sobre la violencia, qué temas deben ser atendidos durante la capacitación y qué

recursos faltan en las clínicas o centros de salud. Es más, esta información puede ser usada para documentar una línea de base de modo que los programas de salud puedan medir los cambios en el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores con el transcurso del tiempo.

Algunas formas de recabar información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores incluye encuestas y la recolección de datos cualitativos a través de discusiones de grupo u otros métodos de participación con proveedores. Los datos cualitativos pueden proporcionar una comprensión en profundidad de las perspectivas de los proveedores. Los datos cuantitativos facilitan la medición de cambios durante el transcurso del tiempo.

Las encuestas de conocimiento, actitud y prácticas de los proveedores de atención de la salud son útiles porque:

- Ofrecen información en cuanto a si los proveedores han conversado sobre la violencia con las usuarias, qué tan a menudo y cuándo; qué piensan los proveedores sobre cuáles son los obstáculos para el tamizaje; qué hacen los proveedores cuando descubren que una cliente ha padecido violencia; las actitudes discriminatorias o estigmatizantes de los proveedores; las actitudes hacia las mujeres que han padecido violencia; el conocimiento sobre las consecuencias de la violencia de género; y qué tipo de capacitación han recibido los proveedores en el pasado; y
- Puede ser usada como una medida pre y post intervención.

Es mejor usar o adaptar instrumentos y preguntas ya diseñadas y validadas, que incluyen:

- **“Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women” de la Organización Mundial de la Salud (WHO)**. Esta encuesta incluye preguntas para calibrar las actitudes hacia la violencia contra las mujeres. Disponible en [inglés](#).
- **Escala de Equidad de Género para Hombres (GEM, por sus siglas en inglés)** (Horizons y Promundo). La escala mide las actitudes hacia las normas equitativas de género, proporciona información sobre las normas imperantes en una comunidad y la eficacia de los programas que esperan tener influencia sobre las mismas. Disponible en inglés, español y portugués.
- **National Community Attitudes towards Violence against Women Survey 2009** (The Victorian Health Promotion Foundation) tiene incisos que se enfocan en las actitudes hacia la violencia doméstica y la violencia sexual usando una escala de acuerdo o desacuerdo. Disponible en [inglés](#).

- **“The Attitudes Towards Rape Victims Scale”** (The Arizona Rape Prevention and Education Project). Estas escalas son instrumentos autoadministrados diseñados para evaluar las actitudes de las personas hacia las víctimas de violación más que hacia la violación en general. Disponible en [inglés](#).
- **“The Sexual Violence Research Initiative”** recopiló un paquete integral de herramientas y métodos de evaluación de programas para evaluar la prestación de servicios, conocimiento, actitudes, prácticas y comportamientos en proyectos y servicios en materia de violencia sexual. Al hacer que tales materiales estuviesen disponibles para los proveedores de servicios, administradores, investigadores, formuladores de políticas y activistas, entre otros, se esperaba que la [evaluación](#) pudiese ser incorporada más fácilmente dentro de los planes del proyecto y programa.

Los instrumentos de evaluación se extraen de artículos en publicaciones revisadas por especialistas que informan hallazgos de evaluaciones de servicios basados en la atención de la salud e intervenciones para mujeres que son víctimas o sobrevivientes de violencia sexual, escritos en inglés o español, publicados entre enero de 1990 y junio de 2005. Los instrumentos se encuentran disponibles en la sección evaluación del sitio web de la iniciativa para la investigación de violencia sexual.

Las entrevistas semi-estructuradas con proveedores de atención de la salud son útiles porque:

- Ofrecen comprensión sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores; y
- Ofrecen el potencial para trabajar más con más profundidad sobre cualquier desafío, barrera, inquietud que pueda afectar la capacidad para proporcionar atención.

Encuesta sobre el Conocimiento, Actitudes y Prácticas del Proveedor (CAP) de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región

Hemisferio Oeste (IPPF/WHR): Esta entrevista en persona está diseñada para hacerla a los proveedores de atención de la salud de las mujeres. Se enfoca en el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores relacionadas con la violencia en las vidas de sus pacientes. Consta de aproximadamente 80 preguntas (la mayor parte cerradas) que cubren una gama de temas, que incluyen: Si los proveedores han conversado sobre la violencia con las usuarias, qué tan a menudo y cuándo; qué piensan los proveedores sobre cuáles son las barreras a los tamizajes; qué hacen los proveedores cuando identifican a un cliente ha padecido violencia; las actitudes hacia las mujeres que han padecido violencia; el conocimiento sobre las consecuencias de la violencia de género; y qué tipo de capacitación han recibido los proveedores en el pasado. Disponible en [inglés](#) y en [español](#).

Los métodos cualitativos, de participación con personal de la clínica y unidad de salud que incluya discusiones de grupo, cuentos abiertos, mapeo, juegos de roles, diagramas de Venn y otros pueden ser útiles porque:

- Ofrecen comprensión sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores; y
- Ofrecen comprensión sobre las prácticas y normas institucionales, así como sobre la dinámica de grupo y flujo de trabajo.

Ver la sección sobre [métodos cualitativos](#) por ideas y ejemplos de lo que se puede utilizar.

Evaluación de la idoneidad de la infraestructura y capacidad de la clínica y unidad de salud

La mejora de la respuesta del sector salud a la violencia de género tiene repercusiones en muchos aspectos para la forma en que funciona una clínica. Por ejemplo, asegurar la atención adecuada a las mujeres que sufren violencia puede requerir espacios de consulta privados, políticas y protocolos escritos para el manejo de casos de violencia, flujo de usuarias que facilita una atención significativa, acceso a anticonceptivos de emergencia, y un directorio de recursos en la comunidad. Una forma de evaluar qué recursos existen en una clínica es hacer que un observador independiente visite la clínica y evalúe la situación mediante una observación de primera mano. Otra forma de hacer esto es que un grupo de personal complete una lista de verificación o un cuestionario autoadministrado que incluya recursos que son importantes para prestar una atención de calidad a las sobrevivientes de violencia.

Los métodos que pueden ser usados incluyen:

- **Observaciones clínicas**
- **Las entrevistas confidenciales** con personal clínico son una excelente fuente de información sobre la infraestructura, protocolos y capacidad de la instalación de atención de la salud. Sin embargo, ellos requieren garantías de tiempo y confidencialidad, y el personal puede no querer involucrarse en evaluaciones críticas del centro que los emplea.
- **Las listas de verificación de gestión y cuestionarios** son mecanismos de monitoreo sencillos y compatibles con los recursos. Una lista de verificación de gestión puede ser utilizada para monitorear qué medidas ha tomado una institución para asegurar una respuesta adecuada para las mujeres que padecen violencia de género.
- **Revisión de protocolos y políticas**

Ejemplo de Lista de Verificación para el Monitoreo de Elementos Clave Mínimos de Atención de Calidad de la Salud de Mujeres Víctimas y Sobrevivientes de Violencia de Género

Todas las organizaciones de salud tienen una obligación ética de evaluar la calidad de la atención que proporcionan a todas las mujeres, ya sea a través de evaluaciones

completas y/o actividades de monitoreo periódicas y constantes. Una evaluación también puede controlar los elementos mínimos requeridos para proteger la seguridad de las mujeres y proporcionar una atención de calidad en vista de la violencia de género generalizada, según se indica a continuación:

1. **Valores y compromiso institucional:** ¿La institución ha adquirido un compromiso para abordar la violencia contra la mujer, incorporado un “enfoque de sistema”? ¿Quiénes ocupan los cargos jerárquicos saben que la violencia de género contra la mujer constituye un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos y han expresado su apoyo a los esfuerzos para mejorar la respuesta a la violencia por parte del servicio de salud?
2. **Redes de alianzas y referencias:** ¿La institución ha desarrollado una red de referencias de servicios en la comunidad, que incluye grupos de mujeres y otros respaldos? ¿Se encuentra disponible esta información para todos los proveedores de atención de la salud?
3. **Privacidad y confidencialidad:** ¿La institución tiene un espacio separado, privado y seguro para que las mujeres se reúnan con los proveedores de atención de la salud? ¿Existen protocolos para proteger la privacidad, confidencialidad y seguridad de las mujeres, incluyendo la confidencialidad de los registros? ¿Los proveedores y todos aquellos que toman contacto con las mujeres, o tienen acceso a los registros, entienden los protocolos?
4. **Comprensión y cumplimiento de la legislación local y nacional:** ¿Todos los proveedores están familiarizados con las leyes locales y nacionales sobre violencia de género, incluyendo lo que constituye un delito, cómo conservar pruebas forenses, qué derechos tienen las mujeres respecto a la presentación de cargos contra un agresor y protegerse a sí mismas contra futura violencia, y qué pasos deben tomar las mujeres para separarse de un cónyuge violento? ¿Los proveedores de atención de la salud comprenden sus obligaciones conforme a la ley, incluyendo los requerimientos legales de información (por ejemplo, en los casos de abuso sexual) así como las disposiciones en cuanto quiénes tienen acceso a los registros médicos (por ejemplo, si los padres tienen derecho a acceder a los registros médicos de adolescentes)? ¿La institución facilita y apoya el total cumplimiento de las obligaciones?
5. **Sensibilización y capacitación permanente de proveedores:** ¿La institución proporciona o colabora con las organizaciones para ofrecer capacitación constante para el personal vinculada con la violencia de género, normas y prácticas perjudiciales, obligaciones legales y el manejo médico adecuado de los casos?
6. **Protocolos para la atención de casos de violencia de género:** ¿La institución posee protocolos claros y fácilmente disponibles para la detección, atención y referencia de los casos de violencia de género? ¿Estos protocolos fueron creados de forma participativa, incorporando la retroalimentación del personal en todos los

niveles así como de las usuarias? ¿Todo el personal está en conocimiento de los protocolos y es capaz de implementarlos?

7. **Profilaxis posterior a la exposición, anticoncepción de emergencia y otros suministros:** ¿La institución posee suministros fácilmente disponibles y el personal está adecuadamente capacitado sobre su difusión y uso?
8. **Materiales de información y educativos:** ¿La información sobre la violencia contra las mujeres está visible y disponible e incluye los derechos de las mujeres y los servicios locales a los cuales las mujeres pueden acudir por ayuda?
9. **Registros médicos y sistemas de información:** ¿Se cuenta con sistemas para la documentación de información sobre la violencia contra las mujeres así como para cotejar datos estandarizados y estadísticas del servicio sobre la cantidad de víctimas de violencia? ¿Los registros se guardan de forma protegida y segura?
10. **Monitoreo y evaluación:** ¿La institución integra mecanismos para el monitoreo y evaluación permanente de su trabajo, que incluyan la recepción de retroalimentación del personal así como de las mujeres que procuran servicios? ¿Los proveedores y administradores habitualmente disponen de oportunidades para intercambiar retroalimentación? ¿Existe un mecanismo para que las usuarias proporcionen retroalimentación respecto a la atención?

Source: adapted from Bott, Guedes/International Planned Parenthood Federation. (2004)

Herramientas ilustrativas:

- **How to Conduct a Situation Analysis of Health Services for Survivors of Sexual Assault** (South African Gender-based Violence and Health Initiative and Medical Research Council of South Africa). Esta guía proporciona herramientas y reseña los pasos para realizar un análisis de situación sobre la calidad de los servicios de salud para las víctimas y sobrevivientes de agresión sexual. Incluye una *lista de verificación de instalaciones* para recabar información sobre la infraestructura de los centros donde se controla a las sobrevivientes y donde se llevan a cabo los exámenes médico-legales y forenses, incluyendo los medicamentos, equipos y pruebas disponibles en la instalación. También incluye un *cuestionario estandarizado de proveedor de atención de la salud* diseñado para ser utilizado en entrevistas en persona con proveedores de atención de la salud que tratan la atención de sobrevivientes. Hay que tener presente que la herramienta no aborda el estigma y la discriminación, el tiempo que un paciente espera para ser atendido por un proveedor o lo que sucede después que el proveedor ha completado el examen. Disponible en [inglés](#).
- **Guía de Entrevista y Observación Clínica** (Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Oeste) Esta herramienta de

evaluación recoge información sobre los recursos humanos, físicos y escritos disponibles en una clínica. La primera mitad de la guía consiste en una entrevista con un pequeño grupo de miembros del personal (por ejemplo, el director de la clínica, un doctor y un consejero). Esta sección incluye en su mayor parte preguntas cerradas sobre los servicios, que incluyen: los recursos humanos de la clínica, protocolos escritos relacionados con el tamizaje, atención y sistemas de referencia de servicios por violencia de género; y otros recursos, tales como si la clínica ofrece anticonceptivos de emergencia o no. La segunda parte de esta guía comprende una observación de la infraestructura física y operaciones de la clínica, tales como, la privacidad en las áreas de consulta, así como la disponibilidad de materiales de información sobre violencia sexual. Disponible en [inglés](#) y en [español](#).

- **Módulo de Autoevaluación de ITS/VIH** (Federación Internacional de Planificación de la Familia /Región Hemisferio Oeste). Este módulo de autoevaluación contiene un cuestionario diseñado para evaluar si una organización cuenta con la capacidad necesaria, incluyendo sistemas de administración, para asegurar servicios de alta calidad de atención de la salud sexual y reproductiva. El cuestionario permite que el personal de diferentes niveles de una organización evalúe la medida en la cual su organización ha abordado múltiples temas a propósito de la violencia de género, incluyendo la violencia sexual. Disponible en [inglés](#) y en [español](#).
- **Management of Rape Victims Questionnaire** (Azikiwe, Wright, Cheng & D'Angelo). Este cuestionario autoadministrado fue diseñado para que los directores de programa de departamentos de emergencia pediátrica y de adultos de hospital informen la administración de atención a sobrevivientes de violación en sus departamentos. Las 22 preguntas recogen información relacionada con el volumen de casos de violación del departamento, estudios para detección de ETS, políticas de anticoncepción de emergencia, medicamentos ofrecidos o recetados para anticoncepción de emergencia, políticas de profilaxis posterior a la exposición al VIH no laboral, medicamentos ofrecidos o recetados para la profilaxis posterior a la exposición al VIH y seguimiento del paciente. Disponible en inglés para la compra en [Elsevier](#).
- **Standardized Interview Questionnaires and Facilities Checklist** (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams & Martin). Este cuestionario de entrevista en persona fue diseñado para recabar información de los proveedores de atención de la salud que atienden a las sobrevivientes de violación. El cuestionario contiene 5 secciones que reúnen información sobre: Las características demográficas de los proveedores, los tipos de servicios disponibles para las sobrevivientes de violación; si se dispone en la instalación de protocolos de atención para los sobrevivientes de violación; si el profesional ha recibido capacitación sobre cómo atender a las sobrevivientes de violación y las actitudes del profesional hacia la violación y las mujeres que han sido violadas. Las respuestas a los puntos particulares se usan para desarrollar una escala que mide la calidad de la atención clínica. Además, la herramienta de

evaluación incluye una lista de verificación que los trabajadores del terreno completan en cada centro de atención de la salud indicando la presencia o ausencia de equipos y medicamentos y la calidad estructural de las instalaciones. Disponible en [inglés](#).

- **Quality of Care Composite Score** (Christofides, Jewkes, Webster, Penn-Kekana, Abrahams & Martin). El Puntaje Compuesto de Calidad de la Atención es una medida autoinformada usada a nivel del profesional individual para evaluar la atención clínica proporcionada por doctores y personal de enfermería que atienden a las víctimas de violación en términos de indicadores de estrategias de prevención de infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos, asesoramiento y calidad de los exámenes forenses. Consiste de 11 puntos tales como el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y vestimenta o ropa interior enviada alguna vez a examen forense. Disponible en [inglés](#).

Evaluación de las experiencias de las mujeres en la atención de la salud

El fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud hacia la violencia de género requiere una comprensión de las experiencias de las mujeres que acceden o intentan acceder a los servicios de salud. Esto incluye las medidas tomadas para comprender y abordar las barreras y desafíos que enfrentan las mujeres que padecen violencia cuando buscan atención. Esto es más viable a través de entrevistas con las mujeres a medida que se retiran de la institución de atención de la salud. Puede ser difícil que las mujeres se sientan cómodas manifestando alguna crítica sobre los servicios que han recibido cuando aún están en las instalaciones. Si es posible, las entrevistas adicionales y las discusiones de grupo con las mujeres identificadas a través de otros servicios sociales fuera del escenario de la atención de la salud pueden ser usadas para evaluar el acceso al servicio de salud y la calidad de la atención.

Los métodos que pueden usarse incluyen:

- Métodos cualitativos y participativos con mujeres que acceden o intentan acceder a los servicios de salud incluyendo grupos de discusión, juegos de roles, cuentos abiertos, mapeo, diagramas de Venn;
- Entrevistas de salida del cliente; y
- Entrevistas con mujeres que no pueden acceder a los servicios de salud para determinar las barreras que enfrentan esas mujeres y para proporcionar un entorno fuera de la atención de la salud para que las mujeres hablen más libremente sobre sus experiencias.

Herramientas ilustrativas:

- **Metodología Caminando en sus Zapatos** ([Washington Coalition on Domestic Violence](#)) Esta metodología fue desarrollada y adaptada para América Latina para capacitar y sensibilizar a los proveedores de servicios sobre las barreras que enfrentan las mujeres que viven con la violencia. También ha sido adaptada para América Latina en [español](#) por InterCambios Alliance.

- **Cuestionario de Salida para la Usuaría** (Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región Hemisferio Oeste). Este es un instrumento de encuesta estándar para recoger información sobre las opiniones de las usuarias con relación a los servicios que han recibido y está diseñado principalmente para los servicios de salud que han implementado una política de tamizaje de rutina. Este cuestionario contiene en su mayor parte preguntas cerradas sobre los servicios. Le pregunta a las mujeres si se les preguntó sobre la violencia de género y sobre cómo ellas se sintieron respondiendo esas preguntas; no le solicita a las mujeres que revelen si ellas mismas padecieron violencia o no. Disponible en [inglés](#) y en [español](#).

- **Using Mystery Clients: A Guide to Using Mystery Clients for Evaluation Input** (Pathfinder, 2006). Disponible en [inglés](#).

Evaluación del cumplimiento de políticas y protocolos

Las estadísticas rutinarias de servicios a las usuarias, que incluyen las cantidades y porcentajes de usuarias que responden afirmativamente a las preguntas de tamizaje, son una manera importante para calibrar la respuesta de una institución a la violencia de género.

Sin embargo, la calidad de estas estadísticas de servicio depende de la confiabilidad de los sistemas de información y de la buena disposición de los proveedores de atención de la salud de cumplir con las políticas clínicas, las cuales pueden variar de clínica a clínica. La disponibilidad y calidad de las estadísticas también depende de si el programa de salud decide implementar o no tamizajes de rutina, qué tipo de política adopta, qué clase de preguntas formula, qué tipo de sistema de información posee y la capacidad del personal para recolectar datos.

Las revisiones aleatorias de registros son una forma para evaluar qué tan completos se llevan los registros respecto a la detección de violencia de género y qué tan bien los proveedores comprenden y usan las políticas y protocolos de tamizaje.

Los métodos que pueden ser usados incluyen:

- **Revisión de datos de tamizaje**
- **Revisión de estadísticas rutinarias de servicios**
- **Revisión de protocolos y procedimientos:**
 - Solicitando documentación de todos los protocolos y procedimientos disponibles, incluyendo los protocolos de tamizaje
 - Determinando si hay protocolos y procedimientos para la gestión de la violencia de género, incluyendo la violencia sexual
 - Determinando si los protocolos son claros, inequívocos y fácilmente accesibles para todo el personal.

Herramientas ilustrativas:

- **Tablas de muestra para la recolección de datos de estudio** (Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región Hemisferio Oeste). Esta serie de tablas modelo fueron desarrolladas para recolectar transversalmente datos de tamizaje comparables en las instalaciones. Estas tablas ilustran los tipos de datos que pueden ser reunidos y analizados en forma periódica. Su uso de estas tablas depende de si el programa de salud decide implementar o no los estudios de rutina, qué tipo de política adopta, qué tipo de preguntas formula y qué tipo de sistema de información tiene. Disponible en [inglés](#) y [español](#).
- **Protocolo de Revisión Aleatoria de Registros** (Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región Hemisferio Oeste). La calidad de las estadísticas rutinarias de servicios tales como las cantidades y porcentajes de usuarias que respondieron afirmativamente a las preguntas de tamizaje depende de la confiabilidad de los sistemas de información y de la buena disposición de los proveedores de atención de la salud de cumplir con las políticas clínicas, las cuales pueden variar de clínica a clínica. Disponible en [inglés](#) y [español](#).

Próximos pasos

Estas recomendaciones se extraen de la publicación Fortaleciendo la Respuesta del Sector de la Salud a la Violencia Basada en el Género de la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

- Use los hallazgos del estudio de línea de base durante la sensibilización y capacitación del personal. Los hallazgos de la encuesta de proveedores pueden ser usados para identificar qué temas específicos necesitan ser abordados durante la sensibilización y capacitación de proveedores. Por ejemplo, la encuesta de proveedores puede apuntar a los tipos de conocimiento y actitudes que pueden ser debatidos en un taller de sensibilización.
- Organice un taller participativo para compartir los resultados, identificar las áreas que necesitan trabajo y desarrollar un plan de acción. Luego de recolectar datos de línea de base, los programas de salud pueden considerar que es valioso llevar a cabo un taller con un grupo amplio de miembros del personal para discutir los resultados.
- Planifique la recolección de datos de seguimiento usando los mismos instrumentos para determinar el progreso que ha logrado su organización en el transcurso del tiempo. Una vez que una organización tiene datos de línea de base sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los proveedores, así como de los recursos clínicos, entonces más tarde se puede repetir la encuesta u observación clínica y de ese modo medir el cambio con el transcurso del tiempo.

Informes ilustrativos del seguimiento y evaluación del sector salud:

- **Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud** (Velzeboer, Ellsberg, Arcas, García-Moreno/Organización Panamericana de la Salud, 2003). Disponible en [inglés](#) y en [español](#).
- **Evaluating an Intervention of Post Rape Care Services in Public Health** (Kilonzo, Liverpool VCT, 2007). Power Point disponible en [inglés](#).
- **Review of PAHO's Project towards an Integrated Model of Care for Family Violence in Central America. Final Report** (Arcas and Ellsberg, 2001). Disponible en [inglés](#).

Herramientas y Recursos Adicionales:

- **Ver y Atender, Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual** (Una Guía Práctica para Evaluar y Mejorar los Servicios de Salud para las Mujeres Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual) (Troncoso, Billings, Ortiz, Suárez/Ipas 2006). Disponible en [inglés](#) y en [español](#).
- ***Prevención de la Violencia Sexual y entre la Pareja: Tomar Medidas y Generar Evidencia*** (World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). Disponible en [Inglés](#).
- **Fortaleciendo la Respuesta del Sector de la Salud a la Violencia Basada en Género** (Bott, Guedes, Claramunt, Guezmes, Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Hemisferio Oeste, 2004). . Disponible en [inglés](#) y en [español](#).
- **Página Web: Sexual Violence Research Initiative.** Sección Evaluación. Disponible en [inglés](#).