

La violencia intrafamiliar: experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud¹

*Gloria Maira*²

En materia de derechos humanos, la década de los noventa ha reportado avances importantes para las mujeres. La presión constante que ellas ejercieron en las últimas cumbres mundiales determinó que la comunidad internacional reconociera sus derechos como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos y las libertades fundamentales y que los Estados asumieran compromisos para garantizarlos. En 1993 en Viena, Austria, la violencia contra las mujeres y niñas fue catalogada como una grave violación de sus derechos e incompatible con la dignidad y valor del ser humano, posición reiterada posteriormente en El Cairo, Egipto, y Beijing, China. Ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) declaró que, por su magnitud y efectos sobre la salud y el desarrollo, se trata de un problema de salud pública que merece la atención prioritaria de sus Estados Miembros.

En los años ochenta en la Subregión Andina, diversas organizaciones de mujeres establecieron programas para la atención de las víctimas de actos de violencia y la promoción de los derechos de la mujer. Simultáneamente, varios Estados promulgaron leyes para prevenir y sancionar la violencia contra mujeres y niñas. Sin embargo, estas acciones no han tenido aún el impacto deseado; el problema no es de prioridad para los Estados ni concita la responsabilidad social necesaria para prevenirlo y atenderlo.

A fin de potenciar los esfuerzos que en este sentido realizan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y sociales, así como las entidades estatales que abogan por mejorar la situación de las mujeres, desde 1995 la OPS ejecuta un proyecto denominado "La violencia contra las mujeres y las niñas: propuesta para establecer intervenciones coordinadas de la comunidad en tres países de la Subregión Andina". El proyecto se ejecuta en Bolivia, Ecuador y Perú y cuenta con los auspicios del gobierno holandés. Existe una iniciativa similar en Centroamérica, que se implementa desde 1994 y que se ha sido fuente de aprendizaje y referencia permanente para el proyecto andino.

La iniciativa andina tiene por objetivo apoyar la formulación de políticas públicas y de servicios locales para prevenir y combatir la violencia como problema de salud pública. Entre los resultados esperados figuran la creación de redes de acción locales, la constitución de sistemas de recolección y difusión de información y la elaboración de propuestas legales

¹ Basado en una ponencia pronunciada por Gloria Maira en "Exploring Domestic Violence in the Americas: The Third Meeting of the Minds". Presentada en el workshop sobre "Violence Against Women in the Americas", 5 a 8 de noviembre de 1998, Tampa, Florida, EUA.

² Organización Panamericana de la Salud, Programa de Género, Salud y Desarrollo, Quito, Ecuador.

que faciliten la administración de la justicia en la sanción de la violencia contra mujeres y niñas. Las principales estrategias son la investigación y la producción de información; la sensibilización y capacitación de los prestadores de atención de salud y servicios de apoyo; la comunicación y la movilización social; la defensa organizada de los intereses de la mujer (*advocacy*), y el fortalecimiento institucional.

En las secciones siguientes se examinan, a la luz de las estrategias del proyecto subregional y de los resultados esperados, los avances y particularidades de la ejecución en el Ecuador. En ese país la OPS cuenta con la colaboración de tres ONG con una larga trayectoria de trabajo en cuestiones de salud y género y con experiencia en el abordaje de la violencia contra mujeres y niñas: el Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM) en Quito, el CEPAM en Guayaquil y los Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur (SENDAS). También trabaja en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU). El proyecto se ejecuta en tres localidades con condiciones similares de pobreza pero diferente ubicación geográfica y distinto tipo de población: el sector urbano popular serrano en Quito, el costero en Guayaquil, y el campesino en Sigüig.

Papel catalítico del sector de la salud en la lucha contra la violencia intrafamiliar

La meta ha sido lograr que el sector de la salud asuma un papel protagónico en la articulación entre la sociedad civil y el Estado para dar respuestas concertadas, de base multidisciplinaria y con amplia participación social, que aborden la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. A nivel local se constituyeron tres redes comunitarias de atención a la violencia intrafamiliar en las que participan los municipios; los sectores sanitario, educativo y legal; las organizaciones sociales y de mujeres; las ONG, y la Iglesia. Los pasos seguidos para alcanzar la meta fueron la investigación del fenómeno de la violencia intrafamiliar en cada localidad, la defensa organizada de los intereses de la mujer dentro de los sectores involucrados, la sensibilización y capacitación de personas prestatarias, la comunicación, y la movilización de la comunidad.

Investigación sobre la ruta que recorren las mujeres victimizadas por la violencia.³ La investiga-

³ Lo que a continuación se expone fue recogido del informe final de la investigación sobre la ruta crítica que está actualmente en fase de impresión.

ción arrojó información sobre las características particulares que asume la violencia intrafamiliar en cada localidad donde se llevó a cabo la intervención, las acciones emprendidas por las personas afectadas para dar solución al problema, y las respuestas que estas reciben de las instituciones y organizaciones a las que acuden en busca de apoyo y atención.

Según los resultados, las mujeres víctimas de actos de violencia recorren rutas largas y casi siempre infructuosas en su esfuerzo por resolver y superar las situaciones de agresión que enfrentan en el medio familiar. La respuesta de los sectores es parcial e insuficiente y muchas veces refuerza papeles, actitudes y comportamientos que subvaloran y culpan a la mujer; los prestadores de servicios de apoyo no promueven procesos de empoderamiento que les permitan a las mujeres establecer relaciones basadas en el respeto a su dignidad y a su integridad física, psicológica, emocional y sexual.

En el caso del sector de la salud, los prestadores de servicios limitan su respuesta frente a los actos de violencia intrafamiliar a la curación y al examen medicolegal. Ante la ausencia de una política de salud integral y específica para la mujer, la violencia de género se pierde en los registros generales, es difícil de detectar, no recibe ningún tratamiento y no es objeto de acciones coordinadas con otros sectores. Las actitudes del personal de salud en torno a la violencia intrafamiliar refuerzan los papeles, atributos y situaciones de género que subrayan la importancia de la unidad familiar y la sublimación de la maternidad. Estos elementos impiden que la mujer pueda actuar contra las situaciones de violencia que suele enfrentar. En otros sectores, como el legal, el educativo y el comunitario, la situación es similar.

Los resultados del estudio, que es el primero de su tipo en el país, han sido ampliamente difundidos mediante folletos elaborados por las ONG para los prestadores de servicios, ponencias en foros y charlas sobre la violencia intrafamiliar, y actividades de movilización social en torno al 25 de noviembre, Día de la No Violencia, y al 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer. Con el informe final del estudio se preparará una publicación dirigida a formuladores de políticas, funcionarios y funcionarias de los ministerios, el personal de los niveles provincial y local y ONG dedicadas al problema de la violencia intrafamiliar.

Sensibilización y capacitación de prestadores de servicios de apoyo en instituciones y organizaciones comunitarias. Los conocimientos obtenidos permitieron identificar los factores que favorecen y desfavorecen la creación de condiciones

sectoriales y comunitarias conducentes al ejercicio de los derechos humanos y del derecho a la salud de las mujeres y las niñas, y dirigir el contenido de la capacitación de los prestadores de servicios de apoyo que tienen esta responsabilidad. Se trata de conseguir que la calidad de la atención garantice no solo la suficiencia técnica y la provisión de información a las víctimas, sino que también fomente en ellas procesos de recuperación de su autoestima y decisiones que les permitan superar su situación de violencia.

Otro producto importante de las actividades de capacitación y sensibilización es el de los módulos elaborados por las ONG, en los cuales se proponen contenidos y metodologías para todos los sectores con el fin de mejorar la calidad de los servicios.

Comunicación y movilización social. La comunicación y movilización social están orientadas a crear conciencia ciudadana sobre la magnitud y efectos del problema de la violencia en la vida de las víctimas y a promover cambios culturales que permitan avanzar hacia la erradicación de la violencia contra las mujeres y las niñas. En las localidades donde se llevan a cabo estas actividades, en todos los años de ejecución del proyecto, el 25 de noviembre, 8 de marzo y 28 de mayo, Día de Acción Mundial por la Salud de la Mujer, han sido días de sensibilización y acción en pro de los derechos de las mujeres, actividades en las que han participado las autoridades locales, instituciones y organizaciones sociales y la población en general.

Por iniciativa de las ONG, las demandas planteadas en cada jornada se han articulado con los planteamientos del movimiento de mujeres nacional y regional. Estas fueron, por un lado, la difusión de las propuestas presentadas por las mujeres ante la Asamblea Nacional Constituyente y la presión local sobre los constituyentes de ambos sexos para que las incorporaran en el nuevo texto constitucional, entre ellas la del derecho a una vida libre de violencia y a tomar decisiones que afectan a su salud sexual y reproductiva; por otro, formaron parte de las campañas en pro de la salud de las mujeres impulsada por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) que en 1998 se centró en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y la Campaña por los Derechos Humanos de las Mujeres promovida por las Naciones Unidas.

Como resultado de las estrategias y acciones enunciadas, en las tres localidades donde se efectuó la intervención quedaron conformadas las redes comunitarias de atención a la violencia intrafamiliar, en las que participan los sectores sanitario, educativo

y legal, las organizaciones sociales y de mujeres y las ONG. En el caso de Sigsig, también se incluyeron el gobierno municipal y la Iglesia. Es importante destacar que cada sector y organización asume la responsabilidad desde su mandato y que por lo tanto se produce un doble movimiento en la generación de respuestas: uno intrasectorial y dentro de la organización y el otro, multisectorial y comunitario. Cabe resaltar también que estos espacios de acción conjunta para combatir la violencia intrafamiliar como problema de salud pública se traducen en el nivel local en articulaciones del Estado y la sociedad civil, habiéndose creado canales efectivos de participación ciudadana tanto en la identificación del problema como en la toma de decisiones para erradicarlo.

Recolección y difusión de información sobre la magnitud del problema y su impacto

La estrategia básica es el registro de los casos dentro del sector de la salud y la creación de sistemas de referencia y contrarreferencia entre los integrantes de las redes comunitarias arriba mencionadas. No existe todavía una propuesta común para las tres localidades donde se efectuó la intervención, dadas las particularidades de cada lugar. Sin embargo, en los formularios elaborados ha primado el concepto de que las mujeres y las niñas que son víctimas de la violencia no deben verse obligadas a repetir su historia en cada una de las instituciones y organizaciones a las que acuden para obtener ayuda con su situación de violencia.

En los servicios de salud de las localidades donde se lleva a cabo el proyecto también se ha avanzado en el registro de los casos de violencia en las fichas clínicas de las usuarias. Esta información se incorpora en los diarios y resúmenes mensuales que las unidades de salud envían a las direcciones provinciales y la agresión se hace constar como diagnóstico presunto en el sistema de referencia y contrarreferencia del sector sanitario.

La coyuntura favorable ya señalada en relación con el MSP también está permitiendo la revisión del sistema de información donde se incluirá la violencia intrafamiliar, que consta como problemática de vigilancia epidemiológica en el registro internacional de enfermedades de la OMS.

La violencia intrafamiliar como problema de salud pública: leyes y adopción de normas en el sector de la salud

Las estrategias utilizadas para lograr este resultado han sido la capacitación del personal de los

servicios medicolegales, la elaboración de normas y la formación de los prestadores de servicios de salud y apoyo en la forma de aplicarlas.

Servicio medicolegal alternativo. Se realizó el primer seminario-taller nacional sobre medicina legal, titulado "¿La construcción de un nuevo paradigma en la atención médico legal para la violencia intrafamiliar y sexual?", que convocó a personal de los sectores sanitario y legal de las localidades donde se llevó a cabo el proyecto y de los servicios medicolegales de la Policía Nacional, del Instituto de Criminología de la Universidad de Cuenca, de Ambato, Portoviejo y Esmeraldas, y profesionales vinculadas a las Comisarías de la Mujer y la Familia que funcionan en el país.

El CEPAM de Quito fue la ONG que convocó esta iniciativa, cuyos resultados fueron la difusión del servicio medicolegal alternativo que ofrece esta organización, la propuesta de un formulario único para los informes medicolegales en casos de violencia intrafamiliar y sexual, y la definición de indicadores para la calidad de la atención, incluida la anticoncepción de emergencia. También se discutió la facultad que tienen legalmente las comisarías para designar peritos de ambos sexos en violencia intrafamiliar. Esta disposición facilitó la formación del servicio legal del CEPAM y su aplicación fue recibida con entusiasmo por las delegadas de las ONG que son las contrapartes de las comisarías. Fue menos entusiasta su acogida por miembros del personal de los servicios medicolegales, quienes sostienen que la elaboración de los informes exige conocimientos técnicos que no todo profesional de la salud posee. Esta percepción del personal medicolegal deberá examinarse más a fondo a fin de superar los obstáculos de acceso que enfrentan las mujeres y niñas víctimas de la violencia en lugares donde no hay servicios medicolegales.

Normas y protocolos de atención en el sector de la salud. Por iniciativa del MSP, actualmente se cuenta con normas para la atención de la violencia intrafamiliar que forman parte de un paquete sobre salud reproductiva elaborado por el Ministerio. El proyecto apoyó la elaboración del documento inicial de normas, el pilotaje de las mismas y su reformulación. Aun cuando los instrumentos podrían mejorarse, la OPS y las ONG han destacado la voluntad política del MSP de tratar la violencia contra mujeres y niños de ambos sexos como un problema de salud pública. Existe en estos momentos una co-

yuntura favorable dentro del MSP; con el nuevo gobierno, y en particular con su autoridad sanitaria, se han establecido acuerdos para emprender acciones efectivas que garanticen el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y las niñas. Uno de los temas prioritarios es la violencia intrafamiliar, que ha sido objeto de una estrategia para garantizar la aplicación de las normas de atención a nivel nacional mediante un proceso progresivo que comenzó en las tres principales provincias del país.

En las localidades donde se efectuó la intervención también se han logrado avances importantes en la calidad de la atención que recibe la violencia intrafamiliar dentro del sector de la salud. Aun cuando todos los sectores y organizaciones han participado en talleres de capacitación, el personal de salud ha sido el objeto de mayor atención. Como resultado, en las tres localidades las unidades operativas del sector han organizado internamente comités de atención a la violencia intrafamiliar que se encargan de planificar, ejecutar y dar seguimiento a las acciones para el manejo del problema.

Entre las actividades desarrolladas en el marco del proyecto cabe mencionar la atención directa de las víctimas mediante grupos de autoayuda. Procesos de este tipo han recibido apoyo en las tres localidades donde se llevó a cabo la intervención y en Cuenca, aunque las estrategias han variado de acuerdo con el origen y la experiencia vital de las víctimas. Se observó, por ejemplo, que las mujeres de clase media y alto nivel educativo prefieren la atención psicológica directa individual y con pareja. En cambio, las mujeres ciudadanas de extracción urbana proletaria y campesina parecen sentirse más cómodas en situaciones colectivas, donde pueden comprobar que su historia de violencia no es única, sino parte de la realidad que también viven sus vecinas y amigas. En Cuenca, la OPS auspició la Corporación Mujer a Mujer, que desarrolló una metodología innovadora para la atención de las mujeres víctimas de la violencia en que se subraya la recuperación de su integridad corporal y, en consecuencia, de su autoestima. Este producto será publicado y difundido con el apoyo del CONAMU.

Sistematización de la experiencia. La experiencia que arroja el proyecto se está sistematizando en las tres localidades donde se ejecutó. A partir de un taller nacional, cuyas facilitadoras fueron dos expertas en el tema, se elaboró el proyecto de sistematización que busca rescatar los aprendizajes de la constitución de redes locales de prevención y atención a la violencia intrafamiliar. Este proceso cuenta

con un asesoramiento técnico que se extenderá hasta mediados de 1999, cuando se espera tener el producto final.

Retos y proyecciones

Sin lugar a dudas, en estos tres años de ejecución se han dado avances importantes en la elaboración de respuestas a la violencia. De hecho, existen en el Ecuador tres experiencias demostrativas exitosas que se convierten en puntos de referencia para el desarrollo de acciones similares en otras ciudades y regiones del país. Estos aportes desde el nivel local comienzan a tener repercusiones en el nivel mediano, es decir, en los planes, normas y funciones del sector, y en el nivel más alto, el de las políticas nacionales.

La ejecución también ha revelado los obstáculos que es preciso salvar para crear condiciones que fomenten el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y las niñas. Los retos que se perciben son enormes. En el nivel local es necesario conseguir la sustentabilidad del modelo de atención propuesto. La estrategia consiste en conseguir que se defina la violencia contra las mujeres y niñas como asunto prioritario en las juntas de salud cantonales que se están formando como resultado de la política de descentralización del Estado. Esto se ha logrado en Sigsig pero continúa pendiente en las otras localidades, aunque es muy probable que en ellas también se logre, ya que la población está sensibilizada y las mujeres comienzan a exigir atención a sus problemas específicos de salud.

En el nivel local también es necesario fortalecer la respuesta del sector de la salud y de las organizaciones comunitarias. Si bien es cierto que la violencia comienza a detectarse y registrarse, se necesitará un esfuerzo sostenido para garantizar la calidad de la atención que se presta a las mujeres. Además de los aspectos técnicos y de capacitación, se debe concienciar al personal de los sectores sanitario, educativo y legal sobre su responsabilidad ética y profesional en calidad de servidores públicos frente a la violencia contra mujeres y niñas, por tratarse de una violación de los derechos humanos.

La coordinación comunitaria e intersectorial debe garantizar una respuesta integral al problema de la violencia; en cambio, la ausencia de coordinación puede llevar a que cada sector u organización atienda al problema de forma parcial —un ejemplo sería el de concentrarse únicamente en la curación en el caso de la salud—, sin asumir la responsabilidad directa, remitiendo los casos a otras institucio-

nes sin dar respuestas rigurosas y sin promover la recuperación de la autoestima y el empoderamiento de las víctimas.

Otro reto es el de replicar la experiencia y abordar a mujeres de diferente condición. El Ecuador es un país multiétnico y la violencia intrafamiliar se ve condicionada por factores particulares en las comunidades indígena y negra. También es necesario formular respuestas aplicables a las víctimas en otros sectores sociales, como en la clase media, porque en ellos la clase social y la dependencia económica se convierten en obstáculos importantes para superar las situaciones de violencia.

En los niveles alto y medio sigue siendo un reto institucionalizar el modelo descrito como vía hacia la adopción de políticas públicas para la prevención de la violencia intrafamiliar y su manejo como problema de salud pública. La estrategia consiste en incorporar el modelo al proceso de reforma del sector de la salud y se apoya en los siguientes argumentos:

- La prevención y atención del problema de la violencia intrafamiliar contribuyen a resolver las faltas de equidad en el derecho a la salud que afectan a un sector poblacional mayoritario.
- El modelo se sustenta en la participación comunitaria y fortalece el papel rector del MSP.
- El modelo es efectivo en función del costo porque la violencia intrafamiliar representa una carga muy grande para los servicios de salud y rehabilitación.
- El modelo mejora la calidad de la atención en los servicios de salud y permite abordar la salud desde un enfoque multisectorial y con participación social.

Otro reto es garantizar la integración de las acciones de salud orientadas a crear condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres y las niñas. Actualmente no hay vinculación entre las actividades de las áreas de salud reproductiva, salud infantil, nutrición, salud mental, violencia, etc. Las intervenciones no confluyen y ello refleja la visión parcial que aún se tiene sobre la vida y salud de las mujeres y las niñas. Implica, también, una duplicación de esfuerzos, un uso ineficiente de los recursos y una sobrecarga de trabajo para el personal de la salud. La integridad y el carácter inalienable de los derechos humanos, de los cuales la salud forma parte, deben convertirse en el sustento y marco de acción de las políticas y programas que se definan e implementen en el sector de la salud en pro del derecho a una vida digna y del desarrollo de las mujeres y niñas ecuatorianas.

SYNOPSIS

Violence in families: Ecuadorian experience in formulating policies for health sector services

Since 1995, PAHO has been carrying out in Bolivia, Ecuador, and Peru a project known as "Violence against Women and Girls: Proposal to Establish Community-coordinated Interventions in Three Countries of the Andean Subregion." Its purpose is to support initiatives being conducted by various nongovernmental organizations (NGOs), government

agencies, and social institutions in an attempt to improve the status of women. One of its objectives is to formulate public policies and local services aimed at preventing and combating violence against women and girls through local action networks, data-gathering systems, and legal proposals. This article examines what the initiative has achieved so far in Ecuador, in efforts conducted in Quito, Guayaquil, and Sigsig with the support of three national NGOs and in conjunction with the Ministry of Health and the National Women's Council.
