

MODELO INTEGRADO PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA
VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

Planeación



Planeación

MODELO INTEGRADO PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE
LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

Planeación

Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual • Planeación

Primera Edición 2004

D.R. © Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Guadalajara 46, 7° Piso
Colonia Roma
C.P. 06700, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

Se imprimieron 1,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2004
ISBN 970-721-247-0

Esta publicación fue elaborada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en colaboración con Mujer y Medio Ambiente A.C. y con IPAS México, A.C. y con el apoyo del Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, PNUD.

Desarrollo General del Modelo y Evaluación Técnica de los Contenidos: Aurora del Río Zolezzi (1), Raquel Marchetti Lamagni (1), Fernando López Cruz (1)

Desarrollo de Contenidos: Gloria Salazar (2), Hilda Salazar (2), Rebeca Salazar (2), Adriana Ortega Ortiz (3), Nadine Gasman Zylbermann (3), Mara Zaragoza Ledesma (3), Claudia Moreno Uriza (3)

1. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Dirección General Adjunta de Equidad de Género
2. Mujer y Medio Ambiente, A.C.
3. IPAS México, A.C.

Consejo Editorial: Presidenta, Dra. Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Directora Ejecutiva, Dra. Aurora del Río Zolezzi, Directora General Adjunta de Equidad de Género. Coordinador de Publicaciones, Lic. Ulices Pego Pratt.

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Gabriel García Pérez

Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Eduardo González Pier

Titular de la Unidad de Control de Gestión de Programas Prioritarios

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

Comisionado Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Act. Juan Antonio Fernández Ortiz

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán

Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

T.R. Virginia González Torres

Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Coordinador de Asesores del Secretario de Salud

Lic. María Eugenia Galván Antillón

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa

Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo

Directora General de Comunicación Social

Contenido

| PÁGINA | |
|--------|-------------------------------------|
| 7 | Presentación |
| 9 | Introducción |
| 11 | Lineamientos |
| 13 | Marco Conceptual |
| 19 | Marco Contextual |
| 45 | Marco Jurídico |
| 83 | Estrategias |
| 133 | Tareas de Planeación Estatal |
| 157 | Anexos 1 |
| 159 | Anexos 2 |
| 161 | Referencias |

Presentación

La Secretaría de Salud, en cumplimiento con su responsabilidad para intervenir ante la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres (VFSM) ha diseñado un Modelo Integrado, cuyo objetivo es proporcionar una atención de calidad a las personas en situación de violencia, con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia.

El Modelo Integrado, como parte del Programa de Prevención y Atención a la VFSM, tiene como base de acción los servicios de salud, especialmente de esta Secretaría, pero su implantación total requiere de la intervención coordinada de diversas instituciones, por lo cual contiene lineamientos que permiten su adaptación en las dependencias y sectores que respondan a la convocatoria de sumar esfuerzos para disminuir la violencia y sus consecuencias en la salud de la población.

El Modelo se orienta, de manera general, a la atención de personas que viven en situación de violencia, pero su aplicación programática hace énfasis en el grupo de mujeres de 15 años de edad y más, toda vez que en este grupo se encuentra la mayor prevalencia de violencia basada en la inequidad de género. Por otro lado, la atención a las mujeres forma parte de la estrategia del Programa Mujer y Salud para vincular a la salud con el desarrollo económico y social y la equidad de género, para lo que cuenta con el respaldo del poder legislativo, interesado en promover acciones orientadas a atender este problema específico. Sin embargo, se reconoce que la VFSM afecta a toda la familia y a todos los ámbitos sociales del desarrollo, especialmente a grupos vulnerables, como son los niños y las niñas, discapacitados, adultos y adultas mayores y los indígenas. Por ello, el Modelo ofrece bases programáticas aplicables a todos los casos y sectores, pero sus lineamientos de atención deben ser adaptados a las características y condiciones específicas de cada grupo de población.

El Modelo se presenta en tres documentos que corresponden a los niveles de gestión del mismo dentro de la estructura de los servicios de salud: estratégico, de planeación estatal y de operación. El documento de Estrategia contiene los lineamientos que orientarán a los Secretarios de Salud Estatales para emitir las directrices relacionadas con la VFSM. El documento de operación es un manual para que el personal que presta los servicios de salud y que está en contacto directo con las usuarias, cuente con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.

El presente documento de Planeación Estatal es una guía metodológica que ayudará a los directores de servicios, a directores de planeación y a responsables de programas estatales de atención de violencia, a decidir previamente qué tipo de esfuerzos y actividades deben hacerse, cuándo y cómo deben realizarse

quiénes los llevarán a cabo y cuáles deben ser los resultados de la aplicación del Modelo de Atención. Los documentos que integran el Modelo son complementarios entre sí, pero pueden ser usados juntos o por separado.

Es necesario precisar que los tres documentos en conjunto constituyen el Modelo Integrado de Atención a la VFMS; éste requiere para su aplicación de una estructura institucional para lo cual se sugiere el desarrollo de un Programa de Prevención y Atención a la VFMS. A lo largo de los documentos se encontrarán referencias tanto al Modelo como al Programa que pueden aparecer como indistintas.

Introducción

Este documento establece los lineamientos para la aplicación del Modelo Integrado de Atención a la VFMS, con base en la metodología de planeación estratégica. Está organizado en tres capítulos. El primero proporciona los elementos conceptuales, jurídicos y de contexto a partir de los cuales se aplicará el Modelo de Atención, descritos en: el marco jurídico, el marco conceptual, el marco contextual, los criterios básicos para la atención, la misión, la visión. El segundo capítulo describe las estrategias que guiarán las tareas de planeación y operación con el fin de estructurar los programas de atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las entidades federativas, éstos son: institucionalización de la atención, coordinación interinstitucional, capacitación y sensibilización, promoción de la salud, desarrollo de infraestructura y comunicación y difusión. El tercer capítulo indica las tareas de planeación que los responsables de la puesta en marcha del Modelo deberán realizar para implantar u optimizar las actividades de atención a la VFMS, que son: diagnóstico situacional, establecimiento de objetivos, determinación del esquema de implantación, determinación de requerimientos, establecimiento de un programa de implantación y diseño de un plan de monitoreo y seguimiento.

La metodología que se describe constituye una guía estructurada para la aplicación del Modelo de Atención de acuerdo con las condiciones de cada estado de la república.

Para facilitar la consulta de este documento se presentan llamadas con la siguiente simbología:

★ *Información proporcionada para facilitar la comprensión de las tareas.*

► *Tareas a realizar.*

Lineamientos

Misión

DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Órgano rector que contribuye a mejorar la salud de la población a través de la incorporación de la perspectiva de género en programas y acciones del sector salud, así como de la salud sexual y reproductiva, con pleno respeto a los derechos humanos.

DEL MODELO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

El presente Modelo Integrado de la Secretaría de Salud busca encaminar esfuerzos hacia la institucionalización, el fortalecimiento y la profesionalización de la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, en los servicios de salud del país, entendida ésta, en el marco de la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Visión

DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Ser una organización de referencia en materia de equidad de género y salud sexual y reproductiva, con reconocimiento nacional e internacional, caracterizada por la competencia técnica y profesional, fundamentada en las evidencias científicas, las mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, con capacidad propositiva e innovadora, incluyente y abierta a la participación de la sociedad civil.

DEL MODELO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

Nos vemos como depositarios de la confianza de la población, especialmente de las mujeres, para brindar atención y comprensión a las que vivan situaciones de violencia, a partir de la institucionalización del Modelo para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual en todas las unidades médicas del país, tanto públicas como privadas.

Esta visión será la consecuencia de la inclusión del problema de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en la agenda del Estado, de la certificación ISO-9000 y de contar con profesionales sensibles y capacitados para otorgar atención esencial y especializada. Asimismo, será resultado de contar con la infraestructura y los recursos técnicos adecuados, del trabajo coordinado a través de redes interinstitucionales y multisectoriales que impulsen la movilización social hacia la prevención de la violencia con la participación efectiva de organismos del sector educativo, de la sociedad civil, de procuración de justicia, de desarrollo social y de protección a grupos vulnerables.

El desarrollo de un eficiente sistema de información contribuirá a la generación de conocimiento en el tema, aunado a la vinculación con centros académicos, nacionales e internacionales, de investigación y de servicios, para apoyar la toma de decisiones con fundamento científico.

La principal aliada estratégica para enfrentar este problema de salud pública será la sociedad civil en su conjunto.

OBJETIVO DEL MODELO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

Implantar y operar estrategias orientadas a hacer más efectiva la atención del sector salud en la prevención, detección, atención y rehabilitación de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Marco Conceptual

La aplicación del Modelo requiere que las y los responsables de la toma de decisiones, así como los prestadores y prestadoras de servicios de salud directamente involucrados con las mujeres que viven en situación de violencia familiar y/o sexual cuenten con un marco conceptual que les permita tener un enfoque común para la prevención, detección y atención de ésta.

Definiciones sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, define en el numeral 4.17 como violencia familiar *“al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física–, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.”*¹

La definición contempla no sólo daños físicos, sino también psicológicos y sexuales independientemente de la existencia de lesiones visibles, y no limita la violencia al ámbito del hogar sino que contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos como las calles, los medios de transporte, los centros de trabajo.

La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud capacitado para su detección, y de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar y sexual para generar alternativas de solución al problema.

La violencia es producto de las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales, y explican por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las personas con opciones sexuales diferentes sean más vulnerables a la violencia por su propia condición. Debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad, y que se reproduce a través de la ideología y de las instituciones, estas personas se vuelven más vulnerables a los abusos de poder y, por lo tanto, están más expuestas a la violencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999¹ identifica como “grupos vulnerables a las niñas, niños, adolescentes mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural”.

Si bien cualquier miembro de la familia –mujer u hombre– puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro –también de cualquier sexo– hay suficientes evidencias que muestran que son las niñas, los niños y las mujeres quienes mayoritariamente viven situaciones de violencia. Es por ello que la atención de este fenómeno ha sido reconocido como un problema de salud pública tanto en México como en el ámbito internacional.

Existen muy diversos términos y expresiones para referirse al problema de la violencia contra las mujeres. Es frecuente escuchar hablar de las mujeres maltratadas o mujeres golpeadas, de violencia doméstica o violencia intrafamiliar y violencia basada en el género. Después de una minuciosa revisión de la literatura existente y para los efectos de este Modelo, además de la que establece la NOM-190, México reconoce las definiciones que expresan los consensos alcanzados en el ámbito internacional y que describen las múltiples dimensiones del problema.

“La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”²

Asimismo se establece que la violencia contra las mujeres:

“Es consecuencia del orden de género que se establece en la sociedad, orden socialmente construido que determina una jerarquía y poder distintos para ambos sexos. Según este orden las mujeres se encuentran en una posición subordinada frente a los hombres, los que a su vez ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, siendo la violencia una manifestación de ese poder. Este orden es avalado y mantenido por el conjunto de la sociedad, a través de las costumbres, las leyes e instituciones. La discriminación y la violencia hacia las mujeres es aceptada socialmente porque forma parte del sistema social establecido.”³

“La violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, a lo largo del ciclo de vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de los derechos humanos. Es también un obstáculo para la equidad y un problema de justicia. Por las graves implicaciones que tiene para la salud de las mujeres, debe ser considerada una prioridad de salud pública.”⁴

* Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención Belém do Pará”, celebrada por la OEA el 9 de junio de 1994. Esta Convención obliga a los Estados que la ratifican a tomar acciones tanto en el ámbito legislativo como en la asignación de recursos técnicos y financieros para garantizar su implementación.

La importancia de las definiciones citadas radica en que establecen que las causas de la violencia contra las mujeres provienen de un orden social basado en las diferencias de poder y la jerarquía existentes entre hombres y mujeres, que es un problema relacionado con la justicia y la equidad social.

Tipos de violencia: definiciones operativas

En el Modelo Integrado se distinguen los siguientes tipos de violencia:

Violencia física. Se refiere al uso de la fuerza física o de armas en ataques que lesionan o hieren como golpear, asfixiar, morder, arrojar objetos contra la otra persona, patear, empujar, utilizar un arma, como un revólver, cuchillo u objeto punzo cortante. El abuso físico suele agravarse a lo largo del tiempo y puede culminar con la muerte de la mujer.⁵ La NOM-190 lo reconoce como maltrato físico y la define como “el acto de agresión que causa daño físico”.[†] Es la forma más evidente de violencia, sin embargo las consecuencias psicológicas pueden ser más graves que las secuelas de la violencia físicas.

Violencia psicológica. Es el abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o unas personas, mediante críticas, amenazas, insultos, comentarios despectivos y manipulación por parte del agresor. La NOM 190 la reconoce como “la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.”¹

Es preciso destacar que frecuentemente las diferentes expresiones de la violencia se presentan de manera combinada, sobre todo con la psicológica que acompaña al resto de las formas de agresión.

Algunos ejemplos de abuso psicológico son:

- Menospreciar o humillar frente a otras personas.
- Gritar, insultar, ofender.
- Celar, ejercer control.
- Aislar de la familia y amigos.
- Amenazar o dañar a personas o cosas queridas.
- Maltratar o dar muerte a los animales domésticos.
- Amenazas de golpe o muerte.
- Amenazar con quitar los hijos y las hijas.

[†] En la mayor parte de las entidades federativas de la República Mexicana este tipo de violencia está tipificado como delito.

Aunque la violencia psicológica es la que se da en mayor medida, está presente en todas las demás formas de violencia; es necesario identificarla cuando se presenta de manera única, puesto que es a la que se le pone menos atención y requiere un tratamiento específico.

Abandono. “Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones y que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.”⁶

Maltrato sexual. La NOM-190-SSA 1-1999, define el maltrato sexual como “la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir”.

Se refiere al acto que con fines lascivos cometa una persona de cualquier sexo contra otra para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral.

Este concepto incluye todas las formas de coerción sexual, por ejemplo: el hostigamiento, la imposición forzada de determinadas prácticas sexuales tales como el manoseo, la exposición a la pornografía, etcétera. Comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales sin su consentimiento; incluye el sexo forzado incluso por razones económicas, la violación durante una cita lo que puede incluir la administración de alcohol y drogas; la violación marital, la violación por grupos de hombres (pandilleros); el incesto; el embarazo forzado; el tráfico en la industria del sexo.⁶⁻⁹ Se incluyen las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio.

Es importante aclarar que la violación es el uso o amenaza de uso de fuerza física o coacción emocional, para penetrar en los orificios vaginal, oral o anal de una persona sin su consentimiento. Asimismo, el ataque sexual es un contacto sexual que no cuenta con el consentimiento de la mujer y no necesariamente incluye penetración. En la mayoría de los casos, el atacante es alguien que la mujer conoce y tanto la violación como el ataque sexual pueden ocurrir por única vez o continuamente.

La violencia sexual es la que permanece más oculta, particularmente la que ocurre en la familia contra las mujeres y niños o niñas.

Violencia Económica. Se refiere al control del dinero, a no informar el monto de los ingresos familiares y a impedir el acceso a ellos.

Violencia Patrimonial. Se refiere al control del patrimonio, herencia o bienes materiales de la pareja o hijos.

Violencia Institucional. Este tipo de violencia ha sido definido como una forma específica de abuso que las instituciones, privadas o públicas, cometen hacia las personas, se genera en dos niveles y puede causar daño físico o emocional:

- De la institución hacia sus propios trabajadores.
- De la institución hacia usuarios de los servicios que dicha institución presta.

Este último tipo de violencia incluye la negación del tratamiento, no referir a otros servicios, suministro deliberado de información defectuosa o incompleta, largas esperas injustificadas o discriminatorias para ser atendidas en las instalaciones, maltrato verbal, negación de medicamentos y atención, manejo del dolor como generador de culpa.* Amnistía Internacional ha señalado que los actos de violencia contra la mujer que causan dolor o sufrimiento físico o mental grave, y que pueden ser prevenidos por los Estados, son prohibidos por la Convención de la ONU contra la Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante.¹⁰

* En la legislación mexicana se establecen las obligaciones para las instituciones de salud así como para los prestadores y prestadoras de servicios de salud. La violencia institucional está asociada al incumplimiento de estas obligaciones

Marco Contextual

LAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA

La violencia es parte de nuestra realidad. Todas las personas, en diferentes contextos geográficos, políticos y culturales, con independencia de su condición económica, edad, etnia y sexo son objeto de violencia en sus múltiples expresiones cotidianas. La violencia está presente en todas partes, en las calles, las escuelas, los centros de trabajo y en los hogares. Los medios de comunicación nos muestran todos los días imágenes o descripciones de hechos violentos.

El uso de la violencia es motivo de preocupación y reprobación social que se expresa en el rechazo a la guerra, el genocidio, el homicidio, el terrorismo. Sin embargo, estos fenómenos son valorados de distinta manera, según el contexto en el que se presentan y los grupos sociales a los que afectan. Lo que en una sociedad o en un determinado momento histórico es considerado violento, puede no serlo en un contexto distinto. La aceptación, tolerancia o sanción de las conductas violentas varía de una sociedad a otra y se modifica en el tiempo, al modificarse las creencias y los valores. Más aún, en nuestra sociedad se expresan de manera simultánea manifestaciones ambivalentes de reprobación y tolerancia ante la violencia, en particular hacia algunas de sus manifestaciones y ámbitos de ocurrencia

El uso ancestral de la violencia como un mecanismo para la resolución de conflictos entre personas, grupos y naciones ha llevado a su interpretación como un rasgo inevitable de la conducta humana. Esta idea de que la violencia es un rasgo inherente a la naturaleza humana impide la comprensión de sus causas y limita las posibilidades de su prevención y de la atención a sus consecuencias.

La violencia es un comportamiento aprendido que tiene sus raíces en la cultura, en la forma como se estructuran y organizan las sociedades. La utilización de la violencia como un mecanismo para reducir los conflictos se aprende desde la niñez y se transmite de una generación a otra a través de la familia, los juegos, la educación, el cine, los medios de comunicación, etcétera.

- **El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud** publicado en 2002 por la Organización Mundial de la Salud, define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física y el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”¹¹

Si bien la violencia se ejerce de muchas maneras y sus consecuencias se manifiestan en daños de diversa índole, todos los actos violentos –ya sea entre personas, grupos, comunidades o países–, tienen en común el objetivo del sometimiento y el control de la otra parte, es decir, el ejercicio del poder mediante la fuerza.

“Para que una conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.”¹²

- El poder se puede definir como la habilidad de las personas o grupos de provocar la obediencia de otras personas o grupos. Para ejercer el poder, las personas o grupos que lo detentan deben poseer recursos superiores a los que tienen las personas que obedecen, recursos que estos valoran y necesitan. Los recursos se refieren no sólo a bienes materiales o al dinero, sino también a la aprobación social, al prestigio, a los servicios, a la seguridad, etcétera.¹³

La violencia contra las mujeres, en particular la que es infligida por la pareja, es frecuentemente explicada por razones individuales, es decir por características específicas tanto de la persona que agrede como de la que es agredida. Con esto se tiende a pensar que la violencia es ocasionada por el abuso del alcohol y las drogas por parte del agresor. También existe la percepción, muy generalizada, de que la violencia contra las mujeres en el contexto familiar es un fenómeno exclusivo de las familias o comunidades pobres. Estas creencias son erróneas. El abuso de alcohol y drogas son factores que influyen o que favorecen el surgimiento de la violencia, pero no son su causa. De igual manera, la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la educación, el hacinamiento, la falta de disponibilidad de bienes y servicios y la carencia de recursos, no son por sí mismos causas de la violencia, son factores que configuran condiciones de vida y situaciones que la propician y la favorecen; sin embargo, la violencia afecta a las personas, hogares y comunidades de todas las condiciones sociales y niveles de ingreso.

La diversidad de situaciones sociales y de historias personales configura los factores de riesgo de violencia que requieren explicaciones que no se limiten al campo de acción y conocimientos de los distintos profesionales que pueden poner mayor énfasis, ya sea en las patologías individuales o en aspectos del entorno social. La atención integrada de la violencia contra las mujeres requiere que el problema sea comprendido de manera integral e integrada, es decir, que se refiera a las características de las personas involucradas en el problema, agresores y quienes viven situaciones de violencia, y también al contexto en el que se desenvuelven, para identificar las necesidades y las capacidades de atención en los diferentes servicios que se requieren.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ES UNA MANIFESTACIÓN DE LAS INEQUIDADES

La violencia que se ejerce contra las mujeres ha sido considerada por mucho tiempo como algo “natural” y de carácter privado. No ha sido sino hasta muy recientemente cuando el movimiento de mujeres, aunado a la preocupación y acción de los gobiernos, ha hecho visible el problema y lo han posicionado en la agenda pública.

El origen de la violencia contra las mujeres se encuentra enraizado en las creencias que tienen las sociedades sobre las mujeres y los hombres. En México, como en casi todo el mundo, persisten las creencias sobre lo que deben ser los comportamientos femeninos y masculinos con base en estereotipos muy marcados: a esto se le llama roles o construcción de género. Se suele pensar que las mujeres son por naturaleza dulces, sumisas, sentimentales y pasivas, y que los hombres son fuertes, activos, agresivos y dominantes.

Con base en estas creencias se justifica que los hombres impongan su voluntad y autoridad sobre las mujeres, incluso recurriendo a la violencia. El comportamiento masculino de dominación y control no es natural, es resultado de la construcción de los géneros y sus relaciones que va modelando las actitudes y conductas diferenciadas entre unos y otras.

- El término género se refiere a las diferencias de comportamiento, de actividades y de actitudes de mujeres y hombres, que tienen su origen en la educación y la cultura. Dichas diferencias no están determinadas por la biología, sino que son resultado de las creencias sociales sobre lo que deben ser las mujeres y los hombres. El mayor valor que la sociedad asigna a los hombres ha originado una posición de desventaja para las mujeres que se traduce en un menor acceso a recursos, oportunidades y toma de decisión. El género da cuenta de las relaciones entre hombres y mujeres caracterizadas por la asimetría de poder. La violencia contra las mujeres es una expresión de las desigualdades de género.¹⁵

Las actitudes de violencia hacia las mujeres se deben a la exaltación y la valoración social de ciertas características consideradas como masculinas y, por lo tanto, no deben ser juzgadas como anormales o patológicas.¹⁴ Las mujeres, por su parte, asumen y reproducen los roles de sumisión y subordinación socialmente aceptados como parte de la feminidad. Tales conductas son resultado de un entorno social que avala el poder y la autoridad de los hombres sobre las mujeres.

Como resultado, estas desigualdades limitan la posibilidad de las mujeres para desarrollar y ejercitar sus capacidades, para su propio beneficio y para el conjunto de la sociedad. Por ello, la atención a la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de género implica reconocerla como un problema

que se explica por la posición de desventaja social de las mujeres frente a los hombres. Significa tomar en cuenta las características e historias personales de mujeres que viven en situación de violencia y agresores, sin perder de vista el contexto social en el que ocurre la violencia.

En nuestra sociedad prevalece una imagen idealizada de familia a la que se percibe como el núcleo básico indivisible (madre, padre, hijos e hijas) que convive en armonía y amor. Sin embargo, esta imagen contrasta con la realidad cotidiana de un espacio en el que se expresan, simultáneamente, relaciones de colaboración y conflicto y en el que con frecuencia el poder se ejerce por cualquier medio, aun en contra de los derechos individuales. La experiencia muestra que justamente en el ámbito familiar es donde se registra la mayor prevalencia de violencia contra las mujeres y que es un hombre afectivamente cercano, generalmente la pareja, quien la inflige.

La creencia de que la familia debe ser preservada a toda costa implica la negación de la realidad del contexto familiar que, con frecuencia, se encuentra muy alejado del ideal e impide dar una atención adecuada al problema de la violencia que ocurre en las familias y a las consecuencias que tiene para la salud física y mental de quienes viven en situación de violencia.

Existe una gran variedad de familias y de arreglos de convivencia que es necesario tener en cuenta para comprender el contexto personal, cultural y afectivo en el que ocurre la violencia. La diversidad de familias está determinada por las distintas formas de convivencia y por el tipo de relaciones que establecen las personas que la componen.¹⁶ Las familias pueden estar formadas por personas que tienen lazos legales, de parentesco consanguíneo o vínculos afectivos que le dan cohesión y sentido de pertenencia a un grupo de personas. Muchas familias están formadas por una pareja —ya sea en matrimonio legal o no— y las hijas e hijos solteros; otras, están compuestas por la madre o el padre y los hijos e hijas solteros. Otras formas de convivencia son las familias extensas formadas por una o varias parejas con hijos e hijas, otros parientes como abuelas o abuelos, tíos y tías, e incluso algunas personas que no son parientes. Existen familias compuestas por parejas divorciadas o separadas con los hijos de matrimonios anteriores y, en algunos casos, con hijos comunes. Las parejas de homosexuales, ya sean de hombres o de mujeres, con o sin hijos e hijas, también son otra forma de familia. No todas las familias se forman con base en una pareja, algunas se constituyen con personas que conviven juntas por lazos de amistad y afecto y comparten gastos y responsabilidades. No debe suponerse que la violencia familiar sólo ocurre en un determinado tipo de hogar y ésta debe ser considerada como tal, con independencia de la forma que adopte la familia en la que se origina el problema.

El ejercicio de la autoridad se convierte comúnmente en generador de violencia como mecanismo de control de los hombres hacia los demás integrantes de la familia, particularmente hacia las mujeres. La rigidez de las jerarquías y el apego a las creencias respecto a lo que deben ser los comportamientos de mujeres y hombres son elementos que se deben considerar para evaluar el riesgo de violencia contra las mujeres en la familia.

Es necesario enfatizar que existe una doble moral sobre la violencia en el ámbito doméstico que a la vez la rechaza socialmente y la justifica o tolera porque ocurre entre las cuatro paredes de la vivienda. Esta visión de la violencia dentro del hogar como un asunto privado sustenta la idea de que no se debe intervenir y contribuye al agravamiento del problema.¹⁴ Por ello es necesario insistir en que la violencia contra las mujeres en la familia es un problema público a pesar de que suceda, la mayoría de las veces, en la esfera de lo privado.

EL MODELO ECOLÓGICO AYUDA A LA COMPRESIÓN INTEGRAL DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

La violencia contra las mujeres no se puede atribuir a una sola causa, es un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, culturales y biológicos. El modelo denominado ecológico —recomendado por especialistas en el tema—^{8,12,15,17} enfoca el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, y ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores. *Figura 1*

De acuerdo con este modelo, los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia interactúan en cuatro niveles:

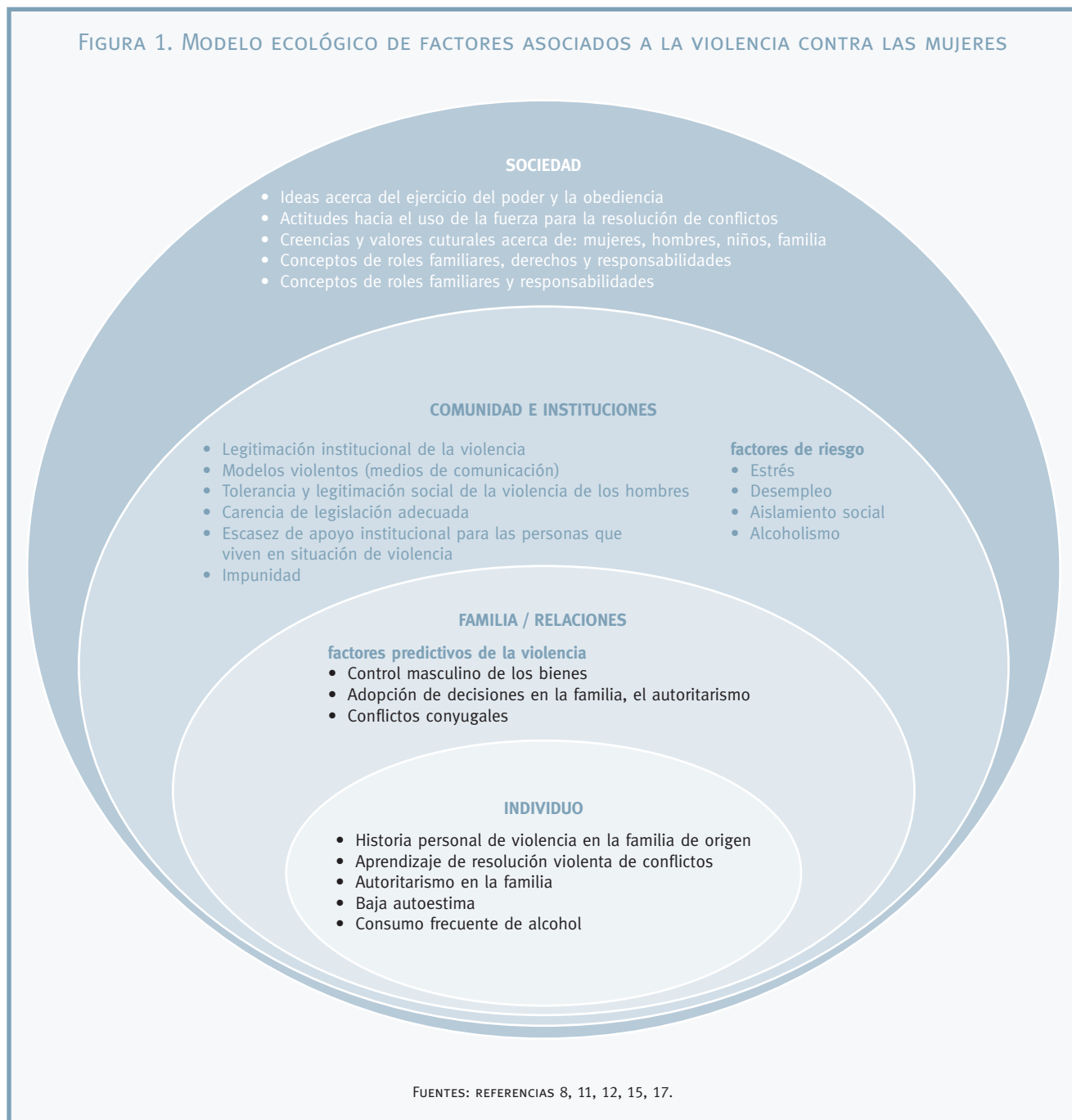
- **El nivel individual de las personas.** Se refiere a los antecedentes personales que influyen en el comportamiento del individuo y en sus relaciones. Se consideran en este ámbito las experiencias de maltrato sufrido en la niñez o de presencia de episodios violentos, el aprendizaje de la resolución de conflictos por medios violentos, la baja autoestima tanto de las mujeres que viven en situación de violencia como de los hombres violentos.
- **El nivel familiar/relacional.** Es el contexto de las relaciones más cercanas del individuo en el que el abuso tiene lugar, generalmente la familia u otra relación de trato íntimo, la pareja, las amistades. Se refiere a las relaciones familiares autoritarias que se expresan en el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones dentro de la familia, y a los conflictos conyugales como factores predictivos de la violencia.
- **El nivel de la comunidad.** Se refiere a la influencia de valores, usos, costumbres y dinámicas de organización comunitaria que establecen y refuerzan el aislamiento de las mujeres, la falta de apoyo social, la tolerancia y legitimación social de la violencia. En este nivel se encuentran las instituciones y estructuras sociales en las que se desarrollan las relaciones sociales y las características que incrementan el riesgo de actos violentos. Las instituciones son el medio de reproducción de las creencias y normas sociales y estereotipos prevalecientes sobre las mujeres y los hombres, por ejemplo, la escuela, los medios de comunicación, la Iglesia, el ámbito laboral, las instituciones

recreativas, los organismos judiciales y de seguridad, etcétera. La pobreza y el desempleo son también factores que inciden en condiciones que favorecen la presencia de la violencia. La falta de una legislación y servicios para las mujeres en situación de violencia, así como la atención inadecuada que las agrede aún más son elementos explicativos. El aislamiento de las mujeres, tanto de la comunidad como de la familia, y la impunidad de los agresores, contribuyen a la reproducción del problema.

- **El nivel de la sociedad.** Es el contexto más amplio y se refiere a factores relativos al medio económico y social, a las formas de organización de la sociedad, a las normas culturales y a las creencias que contribuyen a crear un clima en el que se propicia o inhibe la violencia. Está relacionado con los mecanismos de socialización, formales y no formales, que articulan y refuerzan las relaciones de poder; que pregonan los esquemas de autoridad y subordinación para hombres y mujeres, respectivamente; que toleran el castigo físico a las mujeres y a las niñas; que estimulan y aceptan la violencia como medio para resolver los conflictos; que sostienen y defienden la ubicación de las mujeres como “propiedad” de los hombres. Se refiere a las relaciones desiguales de poder entre ambos en todos los ámbitos; a las ideas sobre la obediencia, a las concepciones sobre la familia y los derechos y deberes de sus integrantes. En este nivel se ubican las políticas públicas en diversos ámbitos (económicas, educativas, sanitarias y sociales) que contribuyen a mantener las desigualdades entre los diferentes grupos de la sociedad.

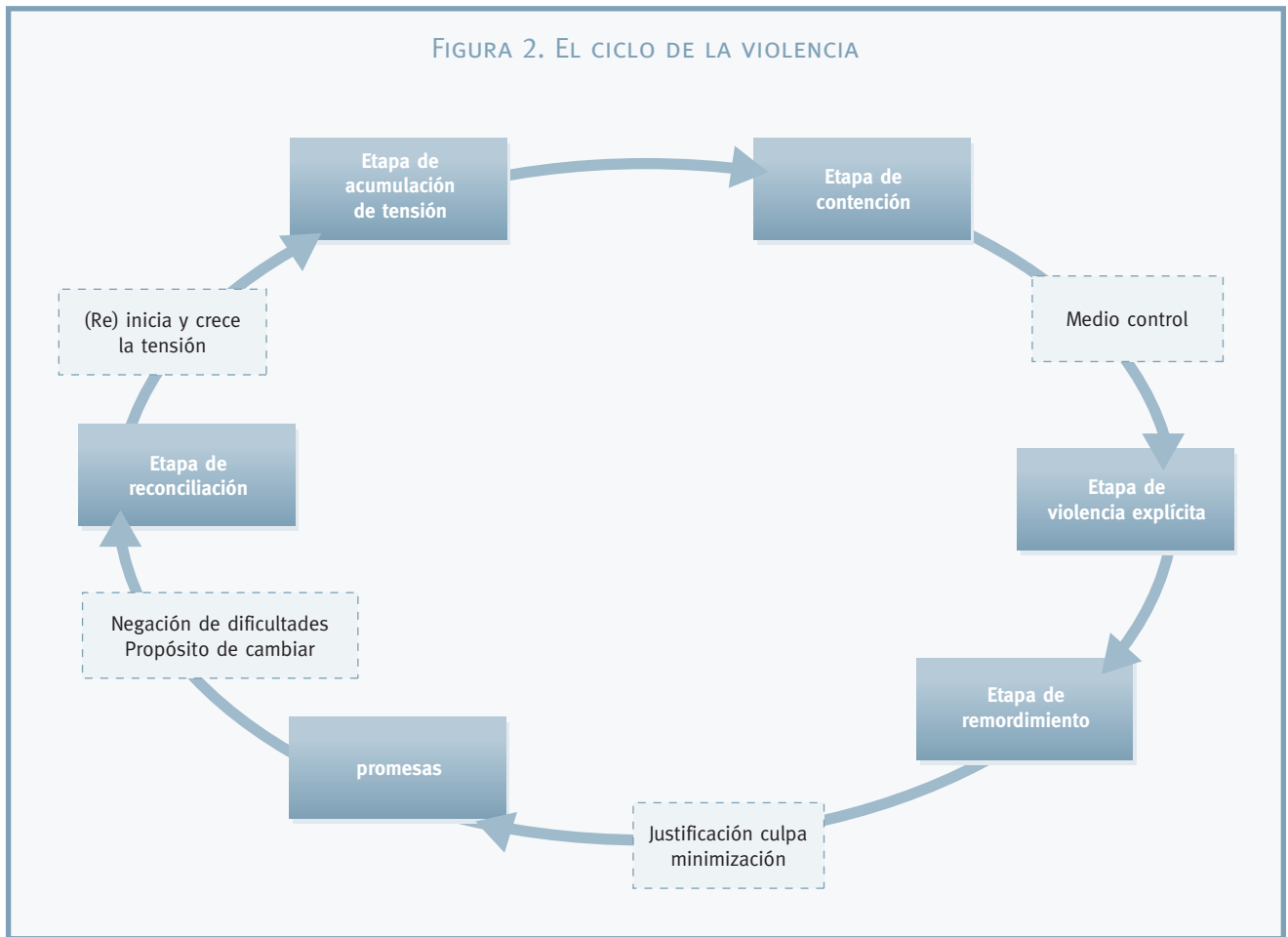
Como se puede observar en la figura, la superposición de los cuatro niveles ilustra la forma como los factores de cada nivel influyen entre sí y muestra sus interacciones. El análisis mediante el modelo ecológico permite advertir que la atención de la violencia contra las mujeres debe comprender múltiples medidas mediante la participación de una diversidad de actores e instituciones, para con ellos abarcar los diferentes niveles en los que se manifiesta.

FIGURA 1. MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



EL CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia tiene profundos efectos psicológicos que deterioran la autoestima, provocan sentimientos de impotencia e inhiben la capacidad de las mujeres para tomar decisiones respecto a la situación en la que viven. A esta incapacidad que desarrollan las mujeres para enfrentar la situación en la que se encuentran se le ha denominado síndrome de indefensión aprendida, que se refiere a las actitudes de aceptación, culpa y pasividad que suelen ser interpretadas erróneamente como falta de voluntad para enfrentar las agresiones. La dependencia económica de las mujeres, el miedo a las represalias, la esperanza de que las conductas violentas del agresor cambiarán cuando él muestra arrepentimiento, son mecanismos que intervienen en la reproducción de la violencia. La autoincriminación de la agredida y la creencia de que la conducta de la pareja depende de su propio comportamiento, es otro de los mecanismos de su reproducción. “La mujer permanece en el ciclo de la violencia hasta que pierde la esperanza.”¹⁸



Las conductas violentas contra el componente femenino de la pareja generalmente aparecen desde que inicia la relación, y se agravan con el paso del tiempo. Es común que estas conductas se extiendan a otros miembros de la familia, sobre todo a las niñas y los niños, los que a su vez aprenden a comportarse violentamente o a tolerar el abuso.

Existe una creencia, muy extendida, que sostiene que las mujeres que viven en situación de violencia tienen cierta responsabilidad en ella, es decir, la provocan o la propician y, además, la toleran porque les gusta. No es así. Estas apreciaciones impiden la comprensión acerca de la enorme dificultad e incluso la imposibilidad de las mujeres para romper con el ciclo de la violencia sin ayuda externa. Como se ilustra en la *Figura 2*, el ciclo de la violencia tiene varias etapas: acumulación de tensión, contención, violencia explícita, remordimiento, promesas y reconciliación.¹⁹

El aislamiento en el que se mantienen las mujeres que viven en situación de violencia, les impide percibir formas alternas de vida y de relaciones interpersonales, por lo cual, la asumen como lo “normal” hasta que tienen acceso a medios que les permitan tomar conciencia de las afecciones y las afectaciones.

La comprensión de estos efectos de la violencia es crucial para quienes prestan servicios de salud, ya que ubica el problema en su justa dimensión y evita, ya sea la minimización del problema o la culpabilización de las mujeres por la violencia de la que son objeto.

Es importante saber que la violencia suele agravarse cuando la mujer determina poner fin a la relación, hacer una denuncia o iniciar los trámites de divorcio, ya que al enfrentar la pérdida de control y sometimiento de la mujer, el agresor adopta actitudes extremas. Otros factores como el embarazo, el uso de anticonceptivos, el aborto —ya sea espontáneo o provocado—, el nacimiento de hijos no deseados o del sexo femenino y la decisión de la mujer de buscar un trabajo pueden también ser factores para que los umbrales de la violencia aumenten. Las percepciones de riesgo de las mujeres que acuden a solicitar apoyo deben ser consideradas con mucha seriedad para el diseño de las medidas de protección y seguridad que deban tomarse.

Por todo lo anterior, los programas y acciones para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres deben contribuir a eliminar sus causas, atenuar las condiciones que la favorecen y prevenir los factores de riesgo, mediante una infraestructura de apoyo que proporcione a las mujeres que se encuentran en situación de violencia las condiciones mínimas para remontar su situación; por ejemplo, informarlas sobre sus derechos y brindarles alternativas de asesoría legal y apoyo psicológico; enlazarlas con las instituciones de atención existentes como refugios, oficinas de atención a la mujer y organizaciones no gubernamentales especializadas e, incluso, explorar las alternativas de obtención de ingresos y capacitación para lograr su autonomía económica.

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Según el Banco Mundial la violencia de género es responsable por uno de cada cinco años de vida saludable perdidos (AVISA) por las mujeres en edad reproductiva y estudios recientes destacan que es causa significativa de enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencias alimenticias y de escaso acceso a los servicios de salud, entre otras.

Otros datos en el ámbito mundial, señalan que por lo menos una de cada cinco mujeres en algún momento de su vida ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres. En muchos casos, en los que se incluyen mujeres embarazadas, niñas, jóvenes, son objeto de ataques graves, sostenidos o repetidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, reportó que 40 estudios cuantitativos llevados a cabo en 24 países durante el año 2000, revelaron que entre 20 y 50% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de su pareja y que por lo menos una de cada cinco sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Otro dato relevante es que el tipo más común de abuso es la “violencia doméstica” o el maltrato físico, emocional o sexual de las mujeres por parte de sus parejas íntimas.

Se estima que en América Latina y el Caribe, 50% de las mujeres sufre algún tipo de violencia dentro de la familia, sin contar otras formas de violencia que afectan a las mujeres y niñas en diferentes espacios sociales.⁵

En 1993, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), estableció que de 45 a 60% de los homicidios contra mujeres se perpetran dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son cometidos por el marido o el conviviente. Asimismo, los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que sufrieron violencia que entre las que no la padecieron.²⁰

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MÉXICO

En México se están multiplicando los esfuerzos por contar con datos y estudios que permitan conocer la magnitud y características de la VFMS, tanto por parte de las instituciones académicas y civiles, como de las gubernamentales. Los indicadores con los que se cuenta permiten describir las características y el impacto de la violencia. Algunos datos importantes son:

- La alta prevalencia de la violencia hacia las mujeres y hacia los niños y las niñas.
- El alto porcentaje de hombres, generalmente el de la pareja, que son responsables de la violencia contra las mujeres.
- Las diferentes manifestaciones de la violencia contra las mujeres tienen graves consecuencias en su salud física y mental y atentan contra su integridad personal.
- La violencia física está ineludiblemente acompañada de la violencia psicológica y, eventualmente, de la sexual.
- La violencia sexual tiende a invisibilizarse en la medida en que es perpetrada por una persona emocionalmente involucrada con la agredida.
- Las mujeres en situación de violencia, generalmente sufren múltiples agresiones en el tiempo y éstas suelen agravarse progresivamente, convirtiéndose esto en un padecimiento crónico.
- Los hombres que agreden a sus parejas con frecuencia muestran un alto control de su comportamiento frente a otras personas.

Para contar con una estimación con representatividad nacional y estatal, la Secretaría de Salud, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, con una muestra de 26 042 usuarias, de 15 años de edad y más, que acudieron a hospitales y centros de salud del primer y segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, con representatividad para las 32 entidades federativas.

Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 21.5% de las mujeres viven en violencia de pareja actual, 34.5% ha sido agredida alguna vez en su vida por su pareja, y 60.4% ha sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea por su pareja o por familiares. (*Cuadro 1*)

CUADRO I. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN EXPRESIÓN DE VIOLENCIA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA - ENVIM 2003

| Violencia | Cantidad | Porcentaje |
|------------------------|----------|------------|
| De pareja actual* | 45 369 | 21.5 |
| De pareja de por vida† | 8 319 | 34.5 |
| Alguna vez en la vida‡ | 15 509 | 60.4 |

Aunque inicialmente sólo 6.5% de las mujeres declaró sufrir violencia por parte de su pareja, al responder las preguntas para caracterizar las agresiones, la prevalencia fue de 21.5%,²¹ con esto se robustece el planteamiento de que la violencia no resulta evidente para quienes la padecen en la mayoría de los casos, primero por los procesos que la naturalizan en las relaciones interpersonales y segundo, por la falta de elementos para reconocer la violencia en sus diferentes manifestaciones.

El *Cuadro II* muestra que la mayor prevalencia corresponde a la violencia psicológica, manifestada por 19.6% de las mujeres entrevistadas; en segundo lugar se encuentra la violencia física, con 9.8%; en tercero, la violencia sexual, con 7.0%, y en cuarto lugar, con 5.1%, la violencia económica.

CUADRO II. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL - ENVIM 2003. Total: 5 369

| Tipo de violencia | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------|----------|------------|
| Psicológica | 4 895 | 19.6 |
| Física | 2 438 | 9.8 |
| Sexual | 1 751 | 7.0 |
| Económica | 1 264 | 5.1 |

* Se incluye a las mujeres que hayan padecido violencia psicológica, física, económica o sexual por parte de su novio, esposo o compañero en los últimos 12 meses.

† Se incluye a mujeres que hayan tenido una relación violenta de su pareja actual o de por vida, o cuando estuvieron embarazadas hayan sido obligadas a tener relaciones sexuales con su pareja, o hayan experimentado alguna vez en su vida una relación violenta.

‡ Se incluye a las mujeres que hayan tenido violencia de su pareja de por vida, o hayan sido golpeadas o maltratadas por su padre o padrastro, madre o madrastra, suegro o suegra, otro miembro de la familia u otra persona.

El 17.3% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia sexual alguna vez en su vida, es decir, se infiere que una de cada seis usuarias fue víctima de agresiones sexuales. Asimismo, 7.6% de las mujeres reportó tener antecedentes de abuso sexual en la infancia, la mayor parte de las veces (5.2%) por parte del padre, padrastro u otro hombre de la familia.

Es interesante aclarar que la distinción de los diferentes tipos de violencia permite una mayor precisión en el conocimiento del problema y constituye una información valiosa para la atención al problema; sin embargo, es frecuente que las mujeres tengan que enfrentar simultáneamente varios tipos de violencia. El análisis²¹ de las intersecciones de tres tipos de violencia –física, psicológica y sexual–, muestra que de un total de 5 369 casos de mujeres en situación de violencia de pareja, 21.8% reconoció sufrir los tres tipos de violencia; 19.6% informó ser víctima de violencia física y psicológica, y 6.6% padece violencia sexual y psicológica. La suma de las intersecciones es de 48%. La información que aportan estos datos combinados pone de manifiesto la relevancia de las consecuencias psicológicas que tiene la violencia en las mujeres. *(Cuadro III)*

| CUADRO III. INTERSECCIONES ENTRE TRES TIPOS DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA ACTUAL - ENVIM 2003, Total: 5 369 | | |
|--|----------|------------|
| Tipo de violencia | Cantidad | Porcentaje |
| Psicológica, física y sexual | 1 173 | 21.8 |
| Física y psicológica | 1 051 | 19.6 |
| Sexual y psicológica | 352 | 6.6 |
| TOTAL | 2 576 | 48 |

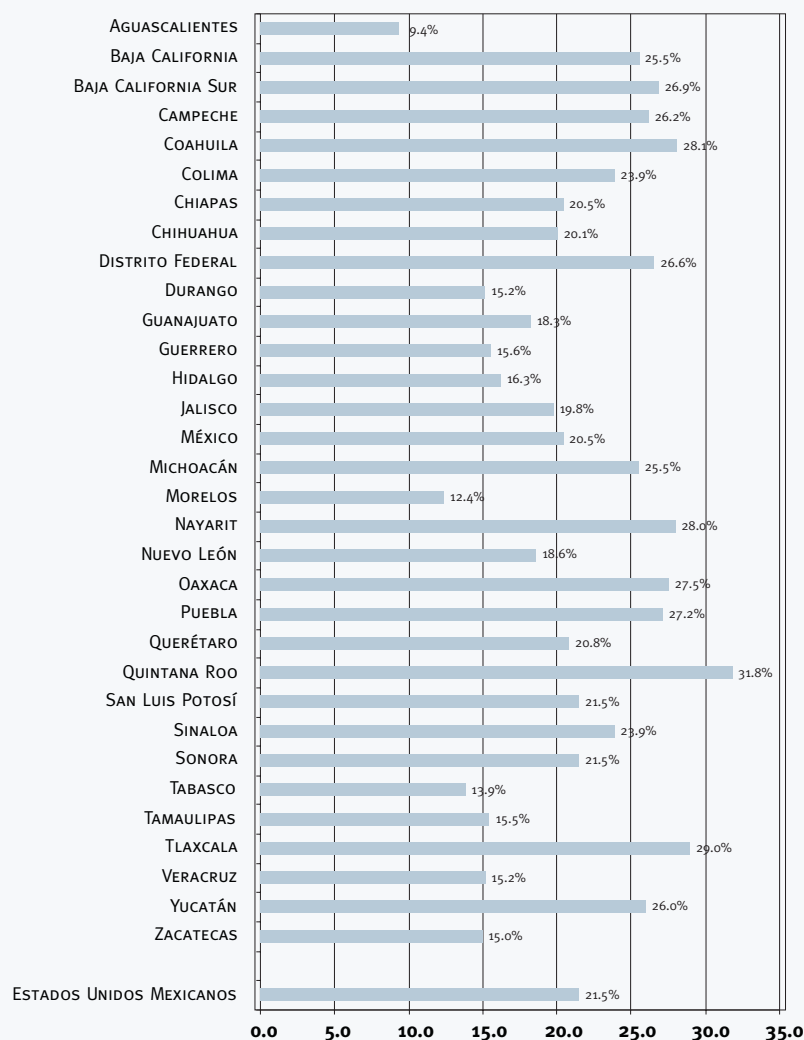
El embarazo es una etapa de notable riesgo para las mujeres. El 25% de las mujeres encuestadas informó que durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato; el tipo más frecuente fueron las humillaciones, en segundo lugar el ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales y en tercer lugar, los golpes. *(Cuadro IV)*

CUADRO IV. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN TIPO DE MALTRATO QUE SUFRIÓ CUANDO ESTUVO EMBARAZADA - ENVIM 2003

| Tipo de maltrato | Cantidad | Porcentaje |
|--|----------|------------|
| Humillada | 1 935 | 8.4 |
| Obligada a tener relaciones sexuales con su pareja | 1 448 | 6.3 |
| Golpeada | 1 227 | 5.3 |
| Amenazada | 1 387 | 6.0 |
| No responde | 140 | 0.6 |

La ENVIM 2003 aporta datos importantes sobre la distribución de la violencia de pareja actual por entidad federativa. La *Figura 3* muestra que las cinco entidades con mayor índice de violencia de pareja actual por orden descendente fueron: Quintana Roo, Tlaxcala, Coahuila, Nayarit y Oaxaca.

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES QUE SUFRIERON ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL, POR ENTIDAD FEDERATIVA - ENVIM 2003



El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM-2003 puede ser consultado en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ya sea a través de la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, o directamente en: <http://200.78.201.34>.

El mayor detalle de los datos arrojados por la ENVIM 2003 puede ser consultado en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a través de la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx.

LOS COSTOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES

La VFMSM representa un problema social de envergadura, no sólo por las consecuencias que tiene en la vida de las personas, sino también por los costos sociales y económicos que representa.

“Existen costos directos, referidos a la pérdida de vidas y de los servicios proporcionados, sean de salud, legales, de protección o de otro tipo. También hay costos indirectos, como los días de trabajo perdidos o la disminución de la productividad, con un impacto en la economía global. Además, pueden considerarse otros muchos costos indirectos (a veces denominados “costos intangibles”) que, en su mayoría, no son contabilizados debido a la dificultad que entraña su medición. Entre ellos se encuentran el costo de las vidas destrozadas, del dolor crónico, del sufrimiento, del miedo, de la depresión, de los intentos de suicidio, de la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas y de la pérdida del amor propio.”²²

De acuerdo con varios estudios como el de García-Moreno,²³ los costos de la violencia pueden clasificarse como sigue:

Costos directos

Se relacionan con el valor de los bienes y servicios destinados a la prevención y el tratamiento de la violencia, entre éstos se encuentran: atención a la salud, gastos policíacos, sistema de justicia penal, refugios y albergues para las mujeres que viven en situación de violencia y los servicios sociales que se ofrecen tales como asesoría psicológica, jurídica, entre otros.

- En Canadá los costos directos de la violencia se calculan en un millón de dólares canadienses al año.²⁴

Costos no monetarios

Se relacionan con el dolor y sufrimiento de las mujeres que viven en situación de violencia y propician el aumento de la morbilidad y mortalidad por homicidios o suicidios, el abuso de drogas y alcohol, así como los trastornos depresivos.

La violencia tiene un impacto directo en la vida laboral y, por consiguiente, en la situación económica de las mujeres que la padecen.

- En el mundo, las violaciones y la violencia doméstica llevan a la pérdida de nueve millones de años de vida saludables (AVISA) por año.²⁵
- En México, la violencia doméstica ocupa el tercer lugar entre las principales causas de AVISA perdidos en la Ciudad de México, después de la diabetes y las complicaciones de parto.²⁶

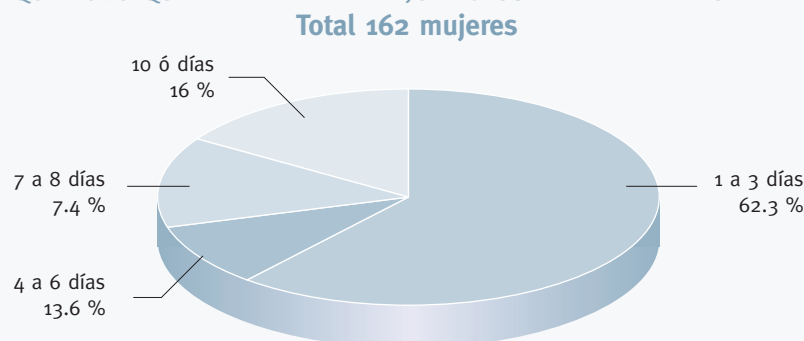
En México, los datos de la ENVIM 2003 muestran que 6.9% de las entrevistadas declaró que por encontrarse en una situación de violencia ha tenido que cambiar de trabajo y 5.4% se ha quedado sin trabajo por razones relacionadas con la violencia que padece.¹ (Cuadro V)

CUADRO V. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN NÚMERO DE MUJERES AGREDIDAS QUE POR CONSECUENCIA DEL MALTRATO PERDIERON EL TRABAJO O SE HAN VISTO EN LA NECESIDAD DE CAMBIAR DE ÉSTE. ENVIM 2003

| Tipo de violencia | Cantidad | Porcentaje |
|----------------------|----------|------------|
| Cambiaron de trabajo | 116 | 6.9 |
| Perdieron su trabajo | 91 | 5.4 |

En otros casos, las mujeres se han visto obligadas a faltar a su trabajo debido a la violencia: 16.6% tuvo que ausentarse de su trabajo 10 o más días en un año, 7.4% faltó de 7 a 8 días, 13.6% perdió entre cuatro y seis días en el mismo período, y 62.4% se tuvo que ausentar de uno a tres días. De acuerdo con los cálculos de la ENVIM 2003, la violencia en el grupo de mujeres estudiadas ha tenido como consecuencia la pérdida de 1 048 días productivos en un año.¹

FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, SEGÚN EL NÚMERO DE DÍAS QUE TUVO QUE FALTAR AL TRABAJO A CAUSA DEL MALTRATO - ENVIM 2003



Estos datos dan una idea del impacto macroeconómico que tiene la violencia en el mercado laboral por la baja productividad de las personas que la padecen. A esto habría que agregar el efecto de la baja productividad de las personas que ejercen la violencia. Los impactos en las relaciones sociales y en la calidad de vida tienen costos asociados a la transmisión intergeneracional de la violencia, al deterioro de los procesos de vida, a la erosión del capital social y a la menor participación de las personas que viven en situación de violencia en los procesos sociales.

- Detectar y atender oportunamente la VFSM, sin duda va a ahorrar la atención de muchas enfermedades relacionadas con la violencia y va a redundar en una disminución de la demanda por todos los síntomas asociados a ella.

LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES LA CONVIERTEN EN UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La magnitud del fenómeno de la violencia, los costos antes mencionados y las consecuencias en la salud de las mujeres muestran que se trata de un problema de salud pública.

La literatura sobre las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres señala que el tipo de violencia más visible es la que produce lesiones físicas; sin embargo, el impacto de la violencia en la salud mental y en la salud sexual y reproductiva está menos documentado.

La relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño, puede provocar embarazos forzados, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y abortos.

La violencia o el temor a ella, también pueden afectar la salud de las mujeres, ya que influyen en su capacidad para negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y de la anticoncepción.²² La relación entre violencia y trastornos de salud mental ha sido poco estudiada.

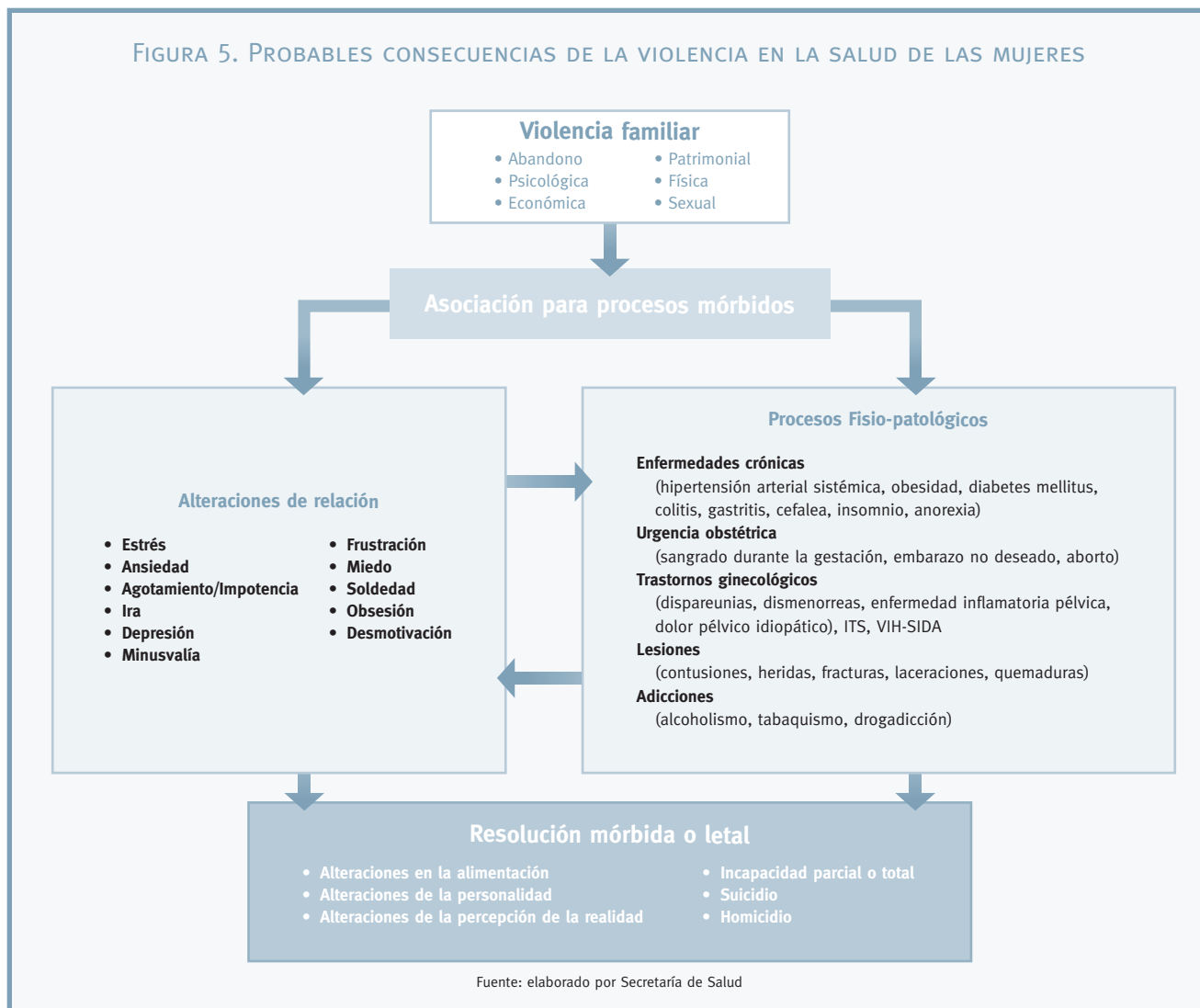
Algunos estudios²⁷ revelan que la violencia durante el embarazo tiene como consecuencias la afectación no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido, ya que se asocia con abortos, muerte fetal o perinatal, parto prematuro y lesiones fetales o del recién nacido. En varios estudios se observó asimismo su asociación con el bajo peso al nacer. El embarazo es una etapa en la cual las mujeres son especialmente vulnerables. De acuerdo con la información de la ENVIM 2003, 25% de las mujeres refirió que durante el embarazo sufrió algún tipo de maltrato, 4.4% de ellas refirió que fue pateada en el abdomen mientras estuvo embarazada y que 88.9% de las veces el agresor fue el padre del niño.¹

De las muertes por agresión, una buena parte corresponde a la violencia de pareja; sin embargo, existe una tendencia creciente a los “feminicidios”, por ejemplo en Ciudad Juárez, lo que constituye un problema social preocupante del que existe evidencia en otras entidades federativas. Aún cuando la tasa de muerte por feminicidio suele ser mucho menor que las muertes registradas en varones, se asocia con antecedentes de violencia familiar, y una elevada proporción la ocasionan conocidos de la víctima, especialmente su pareja o antigua pareja. Muchas de estas muertes se producen en el momento cuando la mujer decide buscar ayuda o abandonar a su agresor, por lo que éste es un periodo que requiere de especial atención.

- En datos de diversos estudios de México se ha encontrado que entre 7.4 y 26% de las mujeres que viven violencia sexual quedan embarazadas como resultado de una violación.^{28,29}

Investigaciones efectuadas en los Estados Unidos de América, Nicaragua y Suiza demuestran que las mujeres que sufren palizas o abusos sexuales en forma crónica, corren un riesgo mayor de intento de suicidio debido a la tensión emocional y física,²² esto constituye un testimonio dramático de las limitadas opciones de romper el ciclo de la violencia en el que se encuentran algunas de las mujeres que sufren una relación agresiva.

Para tener una idea más general de las posibles consecuencias que tiene la violencia en la salud de las mujeres, la *Figura 5* muestra la amplitud de los impactos ocasionados por este flagelo.



LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

Desde el enfoque de los derechos humanos, la violencia contra las mujeres es definida como “una forma de discriminación que inhibe seriamente la capacidad de las mujeres para disfrutar de sus derechos y libertades en igualdad de condiciones que los hombres”.⁴ En diversas reuniones internacionales se han caracterizado los distintos tipos de violencia contra las mujeres como una forma de discriminación y como una violación a los derechos humanos³, ya que las mujeres que viven en un medio violento no pueden ejercer plenamente sus derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la protección de la salud, a la educación, a la libertad, a la integridad física y a la seguridad personal.

El significado de los derechos humanos redefinido en función de la realidad y aspiraciones de las mujeres debe:⁴

- Enfocar la autonomía de las mujeres dentro de la familia, en condiciones adecuadas para la salud reproductiva y con unos recursos suficientes para sostenerse a sí misma y a su familia.
- Garantizar la igualdad con los hombres en las áreas de la vida común a ambos sexos (derechos civiles y políticos).
- Promover la justicia social en la vida privada y pública.
- Propiciar que los intereses colectivos de la humanidad integren la perspectiva de género.
- Insistir en el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

El enfoque de los derechos humanos comparte con el enfoque de salud pública el objetivo de incrementar el bienestar de las personas, particularmente de las mujeres, a través de la prevención de la violencia y la reducción de su impacto y prevalencia. El pleno ejercicio de los derechos económicos, culturales y sociales de las mujeres son fundamentales en la prevención de la violencia en la medida que reducen la probabilidad de que ésta ocurra.

La intervención de las instituciones, basada en un enfoque de género y derechos humanos, se orienta al empoderamiento de las mujeres, es decir, a la oferta de servicios y apoyos que permitan que sean las propias mujeres las que tomen las decisiones que resulten adecuadas para su situación específica.

- El **empoderamiento** es el proceso por el cual se adquiere conciencia de la capacidad, habilidad y facultad para ejercer el poder. Es la toma de conciencia.
- El **empoderamiento** se refiere al desarrollo de capacidades individuales y de habilidades para negociar e influir en la naturaleza de las relaciones y la toma de decisiones al interior de las mismas.³⁰

Desde esta perspectiva, el Modelo Integrado se inscribe en el marco de las políticas que se proponen la equidad social, en particular la equidad entre mujeres y hombres, como medio para impulsar el desarrollo económico y social de la población, a partir del mejoramiento de sus condiciones de salud. En todo momento, la intervención de la Secretaría de Salud establece que las mujeres, una vez informadas sobre los apoyos disponibles, tomarán las decisiones que consideren más convenientes para resolver su problema de violencia con plena autonomía, siempre con la disposición de apoyo y orientaciones del personal de salud.

El abordaje a la violencia y el posicionamiento del tema en las políticas públicas

Hay diversas “puertas de entrada” desde las cuales las mujeres pueden acudir a solicitar el apoyo de las instituciones; sin embargo, el sector salud resulta estratégico en materia de detección y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Para entender mejor la situación prevaleciente es necesaria una revisión de las principales fortalezas y debilidades que enfrentan actualmente las instituciones involucradas en la prevención y tratamiento de la VFMS. Esta revisión fundamenta los lineamientos estratégicos a corto y largo plazo del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

LOS AVANCES Y FORTALEZAS MÁS IMPORTANTES PUEDEN RESUMIRSE EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Reconocimiento público de la VFMS como un problema social y multicausal. El tema de la violencia ha ido ganando terreno en la opinión pública y en las instituciones gubernamentales. Ello se refleja en la implantación de acciones y programas específicamente orientados a la atención del problema en diversas instituciones y entidades federativas del país. La sensibilización de los tomadores de decisiones de alto nivel acerca del problema de la violencia ha contribuido a fortalecer el posicionamiento del tema en las políticas públicas.

Avances en la creación de un marco jurídico y normativo en materia de VFMS. La existencia de leyes, reglamentos, normas y programas propicia que se reconozca que la VFMS es una conducta ilícita que debe ser sancionada por la sociedad. El marco jurídico y las instituciones creadas proporcionan las definiciones, la tipificación de las distintas manifestaciones de la violencia y establecen los castigos y sanciones correspondientes. El marco jurídico actual es un avance importante.

Desarrollo de un Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres de la Secretaría de Salud. El Programa de Prevención y Atención a la VFMS se inició formalmente con un programa piloto en agosto de 2002 en Coahuila, Distrito Federal, Michoacán, Nuevo León y Tabasco. En 2003 y 2004 se incorporaron Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas.

Este Programa ha logrado un conjunto de acciones positivas, entre las que se destacan: a) una mayor visibilidad de la violencia contra las mujeres; b) la generación de información sobre el fenómeno mediante la aplicación de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM); c) la sensibilización de prestadores y prestadoras de servicios en el tema a través de talleres de sensibilización y capacitación presenciales y, en línea, el conocimiento y aplicación de la NOM-190; d) la realización de seminarios así como la publicación de boletines, libros, guías y manuales y materiales de difusión.

Este Programa es el marco adecuado para la puesta en marcha del Modelo y hace posibles las acciones tendientes a que los servicios operen, ya que proporciona la infraestructura institucional que éste requiere y lo posiciona como uno de los mecanismos de la Secretaría para la promoción e implantación de las políticas de combate a la violencia desde una perspectiva de equidad de género.

Existencia del Programa Nacional por una Vida sin Violencia 2002-2006. Este Programa es de observancia general para todos los servidores/as públicos en todo el país. Ofrece un marco que presenta avances internacionales en la materia y ubica el origen del problema en las desigualdades de género y en la asimetría de poder entre hombres y mujeres. Plantea áreas prioritarias con acciones de intervención y la competencia de las instituciones gubernamentales, entre otras: Educación, Salud, Procuración de Justicia, Institutos Estatales de las Mujeres, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Comisiones de Derechos Humanos y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres).

Creación de unidades de atención a la violencia familiar y de agencias especializadas de atención a los delitos sexuales. En diversas entidades federativas del país se han creado diversas instancias responsables de la administración de justicia y atención en delitos relacionados con la violencia familiar y sexual, lo que constituye un reconocimiento de la necesidad de contar con servicios especializados.

Existencia de una red de refugios para las mujeres en situación de violencia. La creación de instalaciones para recibir y ofrecer servicios (alimentación, hospedaje, atención psicológica, asesoría jurídica, capacitación para el trabajo, atención médica) a mujeres en situación de violencia y a sus hijos e hijas, si es el caso, constituye una infraestructura de seguridad muy importante, especialmente para quienes su vida se encuentra en peligro (violencia extrema). Actualmente se consolida la Red de Refugios en varias entidades federativas, lo que constituye un avance significativo de atención.

Establecimiento de líneas telefónicas para la atención y rescate de personas que viven en situación de VFSM. En diversas entidades federativas el INMUJERES instaló o acondicionó líneas telefónicas que atienden a personas en situación de violencia. En el futuro, los servicios de atención telefónica pueden constituirse en centros de intervención en crisis y de referencia accesibles para las mujeres de escasos recursos y con poca capacidad de movilización.

Organizaciones de la sociedad civil con experiencia en diversos servicios de atención a la violencia. Los grupos y organizaciones de la sociedad civil, con larga historia como promotores del tema en la agenda pública, han acumulado experiencia en la oferta de servicios de atención a las mujeres que viven en situación de VFSM, en especial en las actividades relacionadas con la asesoría jurídica, el apoyo psicológico, la formación de grupos de reflexión y autoayuda, la operación de albergues y refugios, la atención a quienes sufren de violencia sexual y la capacitación en temas de género. Algunos grupos ofrecen una atención completa, pero su cobertura es muy limitada.

El impulso a la investigación y documentación, cualitativa y cuantitativa, sobre VFMS. La necesidad de establecer la magnitud del problema de la violencia, comprender sus causas, y características y los factores asociados a ella, detonan el desarrollo de encuestas y estudios al respecto. Hay clara conciencia de que esta información será una poderosa herramienta para fundamentar la formulación de políticas públicas específicas y para reforzar los programas institucionales existentes. Se cuenta con amplia bibliografía que ofrece planteamientos teóricos, conceptuales y metodológicos relacionados con la VFMS. También es posible encontrar estudios regionales y se han preparado y desarrollado encuestas con cobertura nacional, como la Encuesta Nacional de la Dinámica de Relaciones en los Hogares (ENDIRH) del INMUJERES.

Existen iniciativas para abrir el tema de la violencia ante la opinión pública. Las diversas instituciones y organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, producen un cúmulo importante de materiales de diversa índole dirigidos a la población abierta o a grupos específicos: manuales, modelos, videos, carteles, trípticos, folletos y volantes, entre otros, que son muy útiles en campañas de difusión en el ámbito nacional y estatal.

La búsqueda de mecanismos de coordinación interinstitucional. A partir de los mandatos del Programa nacional y de los Programas estatales de prevención y atención a la violencia, o bien para dar cumplimiento a lo estipulado en diversas leyes en la materia se ensayan formas de coordinación interinstitucional con diversos grados de avance y consolidación, por ejemplo la Red de Referencia y Contrarreferencia.

Asignación de recursos para la atención a la VFMS. La instauración de programas institucionales en coordinación con la sociedad civil motiva la asignación de recursos humanos, materiales, institucionales y financieros, así como la asignación de los recursos que en su momento etiquetó la Comisión de Equidad y Género, de la Cámara de Diputados, para la atención a la violencia contra las mujeres.

DEBILIDADES Y OBSTÁCULOS

El tema es de baja prioridad en las instituciones públicas. A pesar del reconocimiento formal de la importancia del problema de la VFMS, los programas de violencia, con frecuencia forman parte de otros programas o áreas, sin que se asignen los recursos humanos suficientes; ello ocasiona cargas de trabajo adicionales para el personal que realiza las nuevas funciones. Se destina poco presupuesto para las actividades de prevención, detección, atención y rehabilitación de las personas violentadas y no se cuenta con la infraestructura adecuada para dar una atención que considere los criterios de seguridad y confidencialidad. Es decir, la institucionalización de los programas de atención a la violencia es incipiente.

El marco jurídico actual es un avance importante, pero aún insuficiente. Hay diferencias notables entre las legislaciones estatales vigentes y se pueden identificar incongruencias, vacíos y contradicciones entre las leyes específicas en la materia y los códigos penales, civiles y administrativos. El mayor rezago en la atención a los casos de VFMS, se encuentra en los mecanismos para la procuración e impartición de justicia, debido a que en las instituciones responsables aún predomina personal que no cuenta con la sensibilidad y conocimientos suficientes, desdeñan los delitos asociados a la VFMS e incluso incurren en prácticas de corrupción.

Son frecuentes diversas formas de agresión acumulada contra las mujeres en situación de violencia. El insuficiente desarrollo institucional de marcos conceptuales, metodologías, herramientas técnicas y protocolos aunado a legitimación social de la violencia y a la carencia de personal especializado, propicia diversas formas de agresión acumuladas, que pueden ir desde la atención negligente hasta el ejercicio de violencia institucional. La ruta crítica que siguen las mujeres que se acercan a solicitar los servicios de atención a la VFMS, con frecuencia las conduce a trámites interminables o a situaciones que no están en capacidad de enfrentar.

Prevalecen los enfoques que consideran la VFMS como un problema personal e individual. En la formulación de las políticas y programas públicos se plantea que la violencia es un problema social, multicausal y multidimensional; sin embargo, es frecuente que en la atención a las personas en situación de violencia prevalezcan enfoques que la consideran un problema individual o que se busque la conciliación de la pareja y la preservación del núcleo familiar, con permanente carencia de una perspectiva de derechos humanos y de género.

Los prestadores y prestadoras de servicios carecen de sistemas de información unificados. No se ha logrado contar con un sistema de información básico unificado para el sector salud y el resto de sectores involucrados, ni con vías de comunicación interinstitucional que permitan dar seguimiento a los casos hasta su resolución, ni disponer de una base de información confiable para el análisis permanente de la VFMS en México. Las dificultades se relacionan con la multiplicidad de formatos a llenar en las consultas, con la incertidumbre en la forma y el lugar de registro, y con la falta de acuerdos en los criterios sobre los datos que resultan relevantes, así como sobre el procesamiento y el uso de dicha información. Además, existen dificultades relacionadas con la confidencialidad y seguridad en el registro y uso de la información de la VFMS. Estos problemas dificultan la atención sistemática de los casos de violencia porque entorpecen el seguimiento de su referencia y contrarreferencia.

La promoción y comunicación no se realizan con base en una estrategia coordinada. La apertura hacia la opinión pública del tema de la violencia a través de los medios de comunicación masiva y otras formas de difusión ha sido un gran acierto; sin embargo, las campañas son intermitentes y aisladas, por lo que resulta difícil medir su efectividad e impacto. Además, la baja coordinación interinstitu-

cional e interestatal propicia la duplicidad de esfuerzos; hay un importante cúmulo de materiales de difusión que no se intercambian ni se conocen en las diferentes dependencias de gobierno. Algunos materiales tienen una orientación inadecuada porque generan falsas expectativas, no ofrecen información suficiente sobre la oferta de servicios, refuerzan los estereotipos tradicionales de mujeres y hombres y muestran imágenes idealizadas de la familia. En definitiva, la mayoría de los materiales carecen de perspectiva de género.

Los intentos y mecanismos para establecer mesas o coordinaciones interinstitucionales son laxos e intermitentes. Es palpable la necesidad de una instancia rectora que promueva el tema y encabece la coordinación de las iniciativas, pero hasta ahora ninguna institución gubernamental ha logrado contar con los lineamientos estratégicos, los recursos y la experiencia suficiente para legitimar tal liderazgo. La complejidad del tema y la insuficiente delimitación de las áreas de competencia y responsabilidad generan conflictos políticos o desinterés para consolidar los mecanismos de coordinación interinstitucional. Por otro lado, los esfuerzos de colaboración entre el gobierno y la sociedad civil son escasos y muestran dificultades, a pesar de que tienen gran potencial.

El análisis de las fortalezas y avances muestra que las estrategias apuntan en una dirección adecuada, pero que su desarrollo es limitado y la voluntad política que representan aún se encuentra en un nivel declarativo; en consecuencia, los resultados del abordaje a la VFMS, vistos a la luz de los testimonios de mujeres en situación de violencia son aún escasos. El propósito de construir una cultura de no-violencia contra las mujeres parece aún muy lejano, ya que implica un cambio profundo de creencias, estereotipos, actitudes y valores.

Sin embargo, la Secretaría de Salud confía en la voluntad de los diferentes sectores para asumir un compromiso tangible a favor de la construcción de nuevas formas de relaciones interpersonales, no basadas en la violencia, motivo por el cual convoca a unificar esfuerzos en torno a la operación plena del presente Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

Marco Jurídico

La intervención del sector salud en la prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres se fundamenta en un marco jurídico que establece sus atribuciones y obligaciones en la materia.

Los aspectos que norman, en el ámbito de la Secretaría de Salud, el accionar del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I “De las garantías individuales”, Artículos 1º, 4º y 20. (D. O. 05-II-1917); REF. (D. O. 21-IX-2003).

Tratados internacionales

- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer por la Asamblea General de Naciones Unidas, en 1979.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, el 17 de noviembre de 1988.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 23 de diciembre de 1993.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en El Cairo, en 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Pará, en 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing, en 1995.

Leyes

- Ley General de Salud (DOF:7-II-1984); REF. (DOF: 4 junio 2002,19 enero 2004).
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF: 9 enero 1986) Ref. (DOF: 19 enero 2004).

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos (DOF: 31 diciembre 1982) Ref. (DOF: 13 marzo 2002).
- Ley Federal de Derechos (31 diciembre 1981), Ref. (DOF: 4 junio 2002).

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (DOF: 14 mayo 1986).
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF: 05 julio 2001).
- Reglamento Interno del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (DOF: 21 noviembre 2002).

Normas

- NOM-001-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud (DOF: 6 diciembre 1994).
- NOM-005-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. 8DOF: 21 enero 2004).
- NOM-007-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. (DOF:6 enero1995).
- NOM-009-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para el fomento de la salud del escolar. (DOF: 3 octubre 1994).
- NOM-010-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. (DOF: 17 enero 1995) MOD. (DOF: 21 junio 2000).
- NOM-017-SSA2-1994 Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica. (DOF: 11 octubre 1999).

- NOM-025-SSA2-1994, Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica. (DOF: 16 noviembre 1995).
- NOM-167-SSA1-1997, Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. (DOF: 17 noviembre 1999).
- NOM-168-SSA1-1998, Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. (DOF: 22 agosto 2003).
- NOM-190-SSA1-1999 Norma Oficial Mexicana de la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar. (DOF: 8 marzo 2000).

Acuerdos

- Acuerdo del Consejo de Salubridad General. (D.O. 26-I-1986) REF. (D.O. 30-III-1992).
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (25 septiembre 1996).
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura (23 abril 1999).
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas del Programa de Ampliación de Cobertura (14 marzo 2000).
- Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la realización de proyectos para prestación de servicios (26 marzo 2003).
- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (20 septiembre 2002).

Programas

- Plan Nacional de Desarrollo, 2001-2006.
- Programa Nacional de Salud, 2001-2006.
- Programa Nacional por un Vida sin Violencia 2002-2006.

1. EL MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL RELACIONADO CON LA VIOLENCIA

La atención a la violencia contra las mujeres está regulada por diversos ordenamientos legales nacionales e internacionales que se han promulgado en las últimas décadas. Este marco jurídico permite a los prestadores de servicios de salud tener certeza sobre las posibilidades y los límites de su participación en la atención de quienes sufren violencia.

Como es sabido, el sistema jurídico o sistema de leyes en México se organiza jerárquicamente. El Artículo 133 Constitucional* establece la supremacía de la Constitución, los tratados internacionales signados y ratificados por México y las leyes constitucionales por encima de las leyes estatales. Respecto a la jerarquía entre estas leyes consideradas como supremas, la Suprema Corte de Justicia ha precisado que la Constitución se eleva incluso por encima de los tratados y que éstos, a su vez, se elevan por encima de las leyes federales y estatales.† En seguimiento de este orden jerárquico, a continuación se explican los aspectos legales más relevantes referidos a la VFSM en México.

Constitución

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las garantías para todas las personas que se encuentren en el territorio, sin distinción de sexo, religión, raza, opinión política, condición socioeconómica o cualquier otra circunstancia. Este precepto constitucional establece en el Artículo 1º que: “queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, de esta manera, da marco para la atención de la VFSM en la medida en la que ésta se constituye en una forma de discriminación.

El Artículo 4º Constitucional, párrafo tercero, señala que “*toda persona tiene derecho a la protección de la salud*” y en el párrafo cuarto que “*toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar*”; estos derechos son violados en el caso de las personas que viven en situación de violencia familiar y sexual, ya que se ven afectadas en su salud y desarrollo, tanto físico como emocional con consecuencias que pueden llevarlas incluso a la muerte. Además, el párrafo 2º. del mismo Artículo contempla el derecho a la autodeterminación reproductiva y el derecho a tomar decisiones informadas, responsables y libres, al establecer que “*Toda persona tiene derecho a decidir de*

* Artículo 133 Constitucional: “Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados”.

† El 11 de mayo de 1999 la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió el amparo en revisión 1475/98 emitiendo una tesis aislada que, en su parte conducente señala: “...esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental (La Constitución) y por encima del derecho federal y el local.

manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, derechos que se ven trasgredidos en los casos de violencia sexual que tienen como consecuencia el embarazo impuesto.

Por su parte, el Artículo 20 señala que: *“En todo proceso penal, la víctima o el ofendido por algún delito, tendrá derecho a recibir asesoría jurídica, a que se le satisfaga la reparación del daño cuando proceda, a coadyuvar con el Ministerio Público, a que se le preste atención médica de urgencia cuando la requiera...”*.

El Artículo 109, párrafos 2º y 3º señalan que: *“La comisión de delitos por parte de cualquier servidor público será perseguida y sancionada en los términos de la legislación penal”*. *“Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones”*.

Convenciones y Tratados Internacionales

Los acuerdos y tratados internacionales signados por México son de observancia obligatoria y general en el país, inclusive su jerarquía es mayor que los códigos civiles o penales de cada entidad federativa.* Se han celebrado varias convenciones internacionales que tratan el tema de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, y sus grados de avance en la precisión del tema han sido paulatinos.

En la década de los setenta el interés estuvo puesto en la violencia sexual. En los años ochenta al tema de violación se agrega el de violencia en la familia. En los noventa, se registran avances sustanciales al ampliarse el concepto y sus alcances al incorporar los derechos humanos y la salud pública. En esa década se registran, también, avances legislativos en la restitución del daño y la ampliación de penalizaciones. En el nuevo siglo se inicia el establecimiento de medidas para homogeneizar la recopilación estadística como una acción incorporada por mandato jurídico en las legislaciones nacionales. En este último periodo el tema se redefine como violencia de género o contra las mujeres. Este cambio apenas se comienza a considerar en las nuevas legislaciones. Todas estas iniciativas legislativas recibieron un fuerte impulso del movimiento de las mujeres en el mundo.

Entre las convenciones más importantes destaca la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), adoptada en 1979 por las Naciones Unidas, aprobada en México por el Senado el 18 de diciembre de 1980, ratificada el 23 de marzo de 1981, y publicada en el Diario Oficial el 12 de mayo de 1981. Esta Convención constituye uno de los pasos más relevantes en la superación de las discriminaciones que viven las mujeres. La CEDAW define en su Artículo 1 la discriminación contra la mujer como:

* Es importante hacer notar que las Conferencias Internacionales generalmente tienen como conclusión declaraciones que suscriben los diferentes países, pero no logran la categoría de leyes de observancia interna, como es el caso de las Convenciones.

“...toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”⁴

Esta Convención señala, entre otras cosas, que los Estados que la ratifican deben promulgar leyes nacionales para prohibir la discriminación, recomienda medidas especiales para acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer, y disposiciones para modificar los patrones socioculturales que perpetúan la discriminación contra la mujer.

Si bien la violencia contra las mujeres puede interpretarse como una forma de discriminación hacia ellas, esta problemática no fue tratada de inicio explícitamente en la Convención⁴, por lo cual el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*, publicó en 1992 la Recomendación No.19, donde puntualizó que en la noción de discriminación debe entenderse que *“se incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o porque la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad”⁴*.

Como un avance para el cumplimiento de esta Convención, se aprueba en 1999, por parte de la Asamblea General de Naciones Unidas, el Protocolo Facultativo a la CEDAW. Este Protocolo es un instrumento jurídico que complementa la Convención al establecer un procedimiento de comunicaciones para denunciar las violaciones a la Convención de parte de los Estados que la han ratificado y reconocer la competencia del Comité para recibirlas.³¹

Por otro lado, merece una mención especial la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, adoptada en Belem Do Pará el 9 de junio de 1994 por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, aprobada por el Senado el 26 de noviembre de 1996, ratificada por México el 12 de noviembre de 1998, y publicada en el Diario Oficial el 19 de enero de 1999.

Con la suscripción y ratificación de la Convención, el Estado mexicano reconoce que:

“La violencia contra las mujeres y niñas es una manifestación de la desigualdad entre varones y mujeres; y es violatoria de los derechos humanos y, al mismo tiempo, entorpece el ejercicio pleno de derechos fundamentales, como los derechos a la vida, a la salud, a la educación y a la integridad física.”

* Los Comités son los órganos creados por las propias Convenciones para vigilar su cumplimiento. Estos Comités reciben los informes de los Estados respecto del avance de los compromisos aceptados en las Convenciones y las quejas de los hombres y las mujeres de tales Estados por el incumplimiento de éstos.

De conformidad con este reconocimiento, y para dar cumplimiento al compromiso asumido, el Estado mexicano contrajo obligaciones específicas, tales como la adopción de medidas legislativas, administrativas y programáticas, para que a través de sus dependencias y más específicamente de sus servidores, se fomente el conocimiento y la observancia del derecho que toda mujer tiene a una vida sin violencia y de otros derechos inherentes a éste.

En la Declaración de las Naciones Unidas, surgida de la Convención sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que se realizó en Viena en 1993 se establece que:

“Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer.”

Esta Declaración define compromisos precisos cuyas directrices, en el campo legislativo, son centrales para castigar todo acto de violencia contra la mujer, donde propone que se:

- Establezcan sanciones penales, civiles, laborales y administrativas.
- Den los mecanismos de la justicia para un resarcimiento justo y eficaz del daño padecido.
- Les informe sobre sus derechos a pedir reparación por medio de esos mecanismos.
- Diseñen planes de acción nacionales para promover su protección, teniendo en cuenta la cooperación que puedan proporcionar las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la cuestión de la violencia contra la mujer.
- Elaboren enfoques de tipo preventivo y todas las medidas de índole jurídica, política, administrativa y cultural que puedan fomentar su protección y eviten eficazmente la reincidencia en ser agredida como consecuencia de leyes o prácticas de aplicación de la ley.
- Garantice que ellas y sus hijos, dispongan de asistencia especializada, como servicios de rehabilitación, ayuda para el cuidado y manutención de los niños, tratamiento, asesoramiento, servicios, instalaciones y programas sociales y de salud, así como estructuras de apoyo y se adopten medidas adecuadas para fomentar su seguridad y rehabilitación física y psicológica.
- Consignen en los presupuestos del Estado los recursos adecuados para sus actividades relacionadas con el tema.

- Adopten medidas para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los funcionarios que han de aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra las mujeres reciban una formación que los sensibilice respecto de las necesidades de éstas.
- Adopten medidas apropiadas para modificar las pautas sociales y culturales de comportamiento del hombre y de la mujer que eliminen los prejuicios y las prácticas consuetudinarias basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en la atribución de papeles estereotipados al hombre y a la mujer.
- Promuevan la recolección, compilación y publicación de estadísticas, que apoyen y fomenten las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia.

La consideración de la violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres*, constituye una de las formas más avanzadas de aproximación al problema de la violencia, porque reivindica los derechos de las mujeres en general y, especialmente, de las mujeres que viven en situación de violencia. Ubicar la violencia contra las mujeres en el ámbito de los derechos humanos, permite la utilización de herramientas y medios legales para exigir el cumplimiento del derecho a una vida libre de violencia.¹⁴ El enfoque de derechos humanos no sólo marca un avance en términos conceptuales, sino también en lo referente a aspectos legales.

Códigos penales, civiles y Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.

El siguiente escaño de cumplimiento obligatorio está constituido por las leyes, en general las federales y en lo particular las estatales como: Códigos Civiles, Códigos de Procedimientos Civiles, Códigos Penales, Códigos de Procedimientos Penales y Leyes de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.

Las leyes para hacer frente a la violencia presentan variaciones relacionadas con la multiplicidad de vías mediante las cuales puede ser enfrentada por los actores públicos y la diversidad legal en nuestro país que otorga a cada entidad federativa absoluta potestad para emitir sus propias leyes, siempre que no contravengan las disposiciones federales. La violencia doméstica, familiar o intrafamiliar ha sido tipificada como delito en los códigos penales de la mitad de las entidades federativas, y se asignan sanciones que consisten, en la mayoría de los casos, en pena privativa de libertad y multa, tratamiento psicológico, y la pérdida de algunos derechos familiares como la patria potestad y los derechos de sucesión y alimentos.

* Este es el enfoque de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993; de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1995), y de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de Naciones Unidas en 1998.

Otras entidades federativas cuentan con leyes administrativas específicas sobre violencia doméstica. Es menor la cantidad de entidades federativas en las que se ha incorporado la violencia familiar como causal de divorcio, con lo que el o la cónyuge que la padece puede solicitar la disolución del vínculo matrimonial ante la autoridad judicial.

En el caso de la violencia sexual, en todas las entidades federativas están tipificados los delitos sexuales, aunque con diferencias importantes en la forma como se describen y en las penalidades que se establecen. La violación conyugal aún no está tipificada como delito en todas las entidades federativas, y en varias de ellas se carece de los procedimientos para la interrupción legal del embarazo en caso de violación.

Las características de la legislación estatal se inscriben en un marco de falta de homogeneidad; incongruencia de leyes de una misma entidad federativa y falta de leyes reglamentarias, lo que dificulta o imposibilita la aplicación de la ley. Otros rasgos son el desconocimiento de las leyes por parte de los organismos de procuración e impartición de justicia, los funcionarios públicos encargados de aplicarla o su desdén o resistencia, la falta de mecanismos institucionales, la mala burocracia, la corrupción, las actitudes culturales de resistencia para aplicar y cumplir las leyes, desde la policía hasta el magistrado.

El reconocimiento del riesgo en el que se encuentran algunas mujeres que viven en situación de violencia ha dado lugar a las experiencias de los refugios y de los centros de crisis que proporcionan, entre otras cosas, resguardo temporal y atención integral*. La existencia de centros o unidades de atención a la violencia familiar, así como la creación de agencias especializadas en delitos sexuales, representan un avance al establecer mecanismos específicos de procuración de justicia en la atención a las mujeres que viven en situación de violencia; sin embargo, su funcionamiento aún presenta limitaciones significativas. Las medidas de protección o cautelares constituyen una alternativa legal disponible para las mujeres que viven en situación de violencia y constituye un derecho consagrado constitucionalmente†.

Normas Oficiales Mexicanas, Acuerdos y Convenios

En el nivel más técnico operativo se encuentran las normas, reglamentos, acuerdos o convenios suscritos por diversas autoridades. En este nivel se encuentran las Normas Oficiales Mexicanas.

Las Normas Oficiales Mexicanas ofrecen diversos criterios de atención que deben ser asumidos por el personal que presta servicios de salud, de acuerdo con el tipo de atención específica que es procurada a las y los usuarios de los servicios. En la medida que estas Normas Oficiales fijan lineamientos o contienen catálogos de maniobras médicamente indicadas para resolver o remontar algún peligro de salud, son el marco adecuado para deducir los diversos tipos de responsabilidad médica profesional.

* Los refugios están disponibles en algunas entidades federativas, son administrados por el gobierno y por instituciones no gubernamentales, asumen diferentes modelos de intervención y funcionan con algunas reglas de admisión y permanencia que es conveniente conocer para la correcta referencia y canalización de las mujeres.

† Fracción VI, apartado B del Artículo 20 Constitucional.

Las NOM son de observancia obligatoria para todo el personal que presta servicios de salud del sector público, social y privado y su incumplimiento puede ser sancionado. De acuerdo con la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, las sanciones pueden ser: multa, clausura temporal o definitiva, arresto hasta por treinta y seis horas, suspensión o revocación de la autorización, aprobación o registro, según corresponda.

En particular, para el tema que nos ocupa, destaca la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 *“Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar”*, que establece los criterios fundamentales para la atención a personas que viven situaciones de violencia, promueve una atención de calidad, e integra los elementos sustantivos de la plataforma conceptual contemplada en los instrumentos jurídicos nacionales.

Esta Norma retoma los derechos tutelados por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los aspectos centrales de convenciones y tratados internacionales suscritos por México y las leyes nacionales que abordan el tema, para sustentar la importancia de la promoción de la equidad de género y la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra las mujeres.

La NOM-190 tiene por objeto *“establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporciona a las usuarias y los usuarios que se encuentran involucrados en situaciones de violencia familiar”*. La Norma promueve la prevención y la detección, la oferta de servicios oportunos para la atención, médica, el registro sistemático del evento y la rehabilitación al usuario o a la usuaria. Para tal fin, ofrece las definiciones de los distintos tipos de violencia, permite orientar las acciones de promoción de las relaciones no violentas; el diagnóstico y la evaluación del riesgo; la promoción, protección y restauración de la salud física y mental y la referencia a instancias especializadas.³²

Cabe señalar que el estricto cumplimiento de la NOM-190 a menudo se confronta con la realidad cotidiana en la cual los códigos civiles y penales, las leyes en materia de violencia intrafamiliar y las normas municipales no aportan los elementos necesarios para acatar lo dispuesto en la NOM-190-SSA1-1999.

En el cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999, se han presentado las siguientes dificultades:

- En materia de prevención, se advierten esfuerzos aislados en algunas entidades federativas para incorporar los contenidos y acciones educativas con el personal de salud y los estudiantes de medicina, enfermería, psicología y trabajo social. Las campañas de promoción en muchos casos carecen de contenidos adecuados y de métodos de selección precisos para las poblaciones objetivo y de evaluación del impacto.

- En materia de detección, no existen criterios y herramientas homogéneos, ni hay lineamientos sobre los servicios donde ésta se realiza.
- En materia de diagnóstico y evaluación del daño, existen problemas derivados de la falta de médicos legistas que puedan recabar las pruebas necesarias en casos de violencia sexual.
- En materia de tratamiento y rehabilitación, no existen protocolos que permitan determinar los alcances precisos de la rehabilitación, ni mecanismos para dar seguimiento adecuado de los casos atendidos.
- La obligatoriedad de notificación a los ministerios públicos establecida en la NOM-190 ha enfrentado múltiples retos y dificultades lo que ha dado lugar a debates y propuestas para perfeccionar su aplicación.
- En materia de sensibilización, capacitación y actualización, se requiere la definición de estrategias, contenidos y plazos. En el caso de los aspectos jurídicos, se requiere capacitar a los prestadores de servicios en el conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999 y de los derechos que otorga el marco jurídico nacional e internacional.
- En materia de registro de información, hay omisión en el llenado de formatos y la percepción del personal de salud respecto a la cantidad excesiva de datos que deben proporcionar.

No obstante estos inconvenientes, el valor técnico de la Norma es importante porque proporciona una base amplia que permite indagar posibles síntomas que por su capacidad probatoria pueden ser fundamentales para la protección de la persona violentada y la impartición de justicia. La NOM-190 reconoce la necesidad de la intervención del médico/a para determinar los daños causados por la violencia, lo que es fundamental para integrar la probanza, tanto en lo civil como en lo penal.

La aplicación de la Norma y, en particular, la obligatoriedad de la notificación, es un avance innegable porque ha permitido hacer visible el problema, registrarlo, darle seguimiento e incidir en el sector de procuración de justicia. La revisión a que debe someterse en el corto plazo es una oportunidad para superar sus deficiencias y mejorar su aplicación. La aplicación del Modelo busca allanar el camino para la solución de las dificultades señaladas.

2. ASPECTOS LEGALES DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA

La prestación de los servicios de atención a la salud, como se desprende del apartado anterior, es una obligación legal claramente establecida en la Constitución, la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de atención médica. En conjunto, tales ordenamientos señalan que la atención médica es una forma de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Quienes presten servicios de salud requieren contar con una base de información y conocimientos legales que permitan precisar su ámbito de intervención en esta materia para cumplir con sus obligaciones legales y ofrecer una atención integrada a las usuarias/os. A continuación se describen los principales aspectos legales referidos a la violencia familiar y sexual.

Violencia Familiar

Existe una multiplicidad de vías para enfrentar la violencia familiar desde un punto de vista legal, estas son:

- **Vía penal:** se inicia con una denuncia o querrela ante el Ministerio Público; da lugar a los juicios penales, y puede terminar con la aplicación de diversas sanciones (incluida la cárcel). Sólo procede para delitos.
- **Vía civil:** se inicia con una demanda ante los juzgados civiles o familiares que da lugar a un juicio civil para obtener alimentos, el divorcio, una indemnización por daño moral, etcétera. Es necesaria la asesoría y representación de abogada o abogado, aunque en algunos tribunales están disponibles abogados de oficio para juicios civiles. Sólo en entidades que cuentan con leyes sobre violencia o sus expresiones como causales.
- **Vía administrativa:** se inicia con un acta levantada en una unidad administrativa de atención a la violencia familiar y puede culminar con un informe sobre la situación de violencia o la solicitud de una medida de protección. Procede sólo en entidades federativas que cuentan con leyes administrativas contra la violencia familiar.

- **Denuncia:** noticia a la autoridad investigadora (Ministerio Público) de ciertos hechos que pueden ser delitos, siempre que éstos se persigan de oficio. Cualquiera puede dar esta noticia.
- **Querrela:** relato de hechos que pueden ser delito, cuando éstos necesitan que la parte directamente interesada sea quien acuda ante el Ministerio Público a darlos a conocer.

Los procedimientos previstos para estas vías varían de entidad a entidad de acuerdo con el *Cuadro VI*:

| CUADRO VI | | | |
|---|---------------------|--|---|
| Entidades federativas donde existen leyes administrativas para la violencia familiar | | | |
| 1. Aguascalientes (para menores) | 7. Distrito Federal | 13. Morelos | 18. Sonora |
| 2. Baja California | 8. Durango | 14. Puebla | 19. Tabasco |
| 3. Campeche | 9. Estado de México | (Ley de Atención a Víctimas) | 20. Tamaulipas |
| 4. Chiapas | 10. Guanajuato | 15. Quintana Roo | 21. Yucatán |
| 5. Coahuila | 11. Guerrero | 16. San Luis Potosí | (Ley para la Protección de la Familia). |
| 6. Colima | 12. Michoacán | 17. Sinaloa | |
| Entidad federativa donde el Código Penal incluye la violencia familiar como delito | | Entidad federativa donde la violencia familiar es causal de divorcio | |
| 1. Aguascalientes | 9. Michoacán | 1. Chihuahua | 9. Nuevo León |
| 2. Baja California | 10. Nuevo León | 2. Distrito Federal | 10. Oaxaca |
| 3. Distrito Federal | 11. Oaxaca | 3. Aguascalientes | 11. Puebla |
| 4. Chihuahua | 12. San Luis Potosí | 4. Coahuila | 12. San Luis Potosí |
| 5. Coahuila | 13. Sonora | 5. Colima | 13. Sinaloa |
| 6. Estado de México | 14. Veracruz | 6. Durango | 14. Sonora |
| 7. Guanajuato | 15. Yucatán | 7. Guanajuato | 15. Veracruz |
| 8. Guerrero | 16. Zacatecas | 8. Michoacán | |
| Entidades federativas donde la violencia familiar constituye incumplimiento de una obligación establecida por las legislaciones civiles | | | |
| 1. Aguascalientes | 7. San Luis Potosí | | |
| 2. Durango | 8. Sonora | | |
| 3. Distrito Federal | 9. Veracruz | | |
| 4. Nuevo León | 10. Yucatán | | |
| 5. Morelos | 11. Zacatecas | | |
| 6. Puebla | 12. Chihuahua | | |
| NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004 | | | |

Los elementos que constituyen el delito de la violencia familiar, también llamada doméstica o intra-familiar son:

- a) **Uso de la fuerza física.** Con algunas variaciones de denominación (uso de medios físicos, uso de la fuerza física, uso de la violencia física) la totalidad de los códigos penales estatales

mencionados reconocen que la violencia familiar puede expresarse en violencia física y que ésta, por cierto, no se limita a los golpes. Frases como “*el uso de medios físicos*”^{*}, “*el uso de la fuerza física*”[†] o “*el uso de la violencia física*”[‡] claramente interpretadas refieren a un catálogo más amplio de conductas como los empujones, patadas, pellizcos, rompimiento de objetos, daño de mascotas, expulsiones de la casa, etcétera. Conductas en las que se utiliza la fuerza o la violencia física, aunque ésta no produzca lesiones visibles[§].

- b) **Uso de medios psicoemocionales.** Igualmente, y presentando también algunas variaciones de denominación, estos ordenamientos reconocen que la violencia familiar se expresa a través de la violencia psicológica. Es decir, la violencia ejercida sobre el ánimo, como las amenazas y el chantaje, y la ejercida de manera verbal, como los insultos.
- c) **La reiteración.** Los códigos penales de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, prescriben que la violencia doméstica o familiar sólo adquieren carácter delictivo cuando estas conductas se presentan en forma reiterada; de tal manera que un acto aislado aún no inscrito en un patrón de maltrato, no constituye este delito en específico; aunque puede ocurrir que sí configure otro diverso como los delitos de lesiones, amenazas, violación, etcetera^{**}.

El resto de los códigos penales (Estado de México, Distrito Federal, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, Nuevo León, Oaxaca y Sonora) estiman, por el contrario, que la reiteración es innecesaria.

- d) **Lesión a la integridad.** Es importante insistir en que la lesión a la integridad personal debe entenderse en los términos amplios, es decir, los referidos a la violencia física y psicológica y no limitarse al daño a la integridad personal tutelado por el delito de lesiones, más vinculado a los daños físicos y a las lesiones visibles. Lesionar la integridad personal significa, en este contexto, causar daño o sufrimiento físico o psicológico^{††}.
- e) **Los vínculos entre personas en la configuración del delito.** La existencia de ciertos vínculos entre las personas que cometen el delito y quienes los resienten es también un elemento del delito de violencia doméstica o familiar. Estos lazos son variables de entidad a entidad^{‡‡}, pero en todos los casos deben probarse para emprender acciones penales contra los responsables de los

* Denominación empleada en el Artículo 200 del Código Penal del Distrito Federal.

† Denominación empleada por los Código Penales de Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

‡ Denominación empleada por los Códigos Penales del Estado de México y Guanajuato.

§ Incluso los códigos penales de Aguascalientes, Coahuila, San Luis Potosí, Veracruz, Zacatecas establecen explícitamente que el delito se tipifica aunque la conducta no provoque una lesión.

** Delitos que se consuman en un sólo acto.

†† Convención Americana de Derechos Humanos y Convención de Belem do Pará (Artículo 5 y Artículo 1, respectivamente).

‡‡ Se sugiere consultar en el apéndice las particularidades de su entidad.

actos violentos. Por lo tanto, los prestadores de servicios de salud, y los operadores de justicia deben informar a las mujeres de este requisito.

Algunas conductas derivadas de violencia doméstica o familiar constitutivas de otros delitos como lesiones, amenazas o violación no exigen la probanza de lazo alguno, aunque eventualmente precisarán este dato para establecer un agravante* o alguna circunstancia especial†.

La violencia doméstica o familiar, considerada como delito, implica penas privativas de libertad que oscilan, en promedio, entre los cuatro meses y los seis años‡; también incluye penas de multa, tratamiento psicológico y pérdida de algunos derechos familiares como la patria potestad, los derechos de sucesión y de alimentos.

La violencia doméstica puede unirse con otras conductas ilícitas y, por lo tanto, puede ocurrir que sean aplicadas al agresor doméstico o familiar penas acumulativas considerando las consecuencias específicas de su actuar delictivo si su conducta violó, al mismo tiempo o en conductas sucesivas, diversas disposiciones jurídicas. Así, por ejemplo, las lesiones físicas inferidas en un evento de violencia familiar implicarían para el agresor una sanción por ambos delitos.

Es importante reconocer otros delitos relacionados con violencia familiar ya que, por un lado, permiten acumularlos al delito de violencia familiar y, por el otro, permite identificar las alternativas disponibles en las entidades federativas que aún no consideran la violencia doméstica como delito en sí misma.

A continuación se ofrece un catálogo de definiciones generales. Se recomienda consultar las especificidades en cada entidad federativa.

- **Amenazas.** Comete este delito la persona que amenace a otra con causarle un mal en su persona, bienes, honor o derechos, o en la persona, bienes, o derechos de alguien con quien esté ligado por algún vínculo.
- **Lesiones.** Lesionar, en términos penales, es causar a otra/o una alteración de salud. A pesar de que varios códigos penales acogen esta definición tan amplia de lesión, las penas atribuidas a las alteraciones siempre se refieren a lesiones físicas u orgánicas. Las penas para el delito de lesiones varían de acuerdo con el tiempo para recuperar la salud, el peligro que la lesión represente para la vida y las consecuencias definitivas que deja. Las lesiones se consideran agravadas por diversas circunstancias, entre las que se incluye la existencia de lazos entre quien agrede y quien sufre la agresión.

* Lesiones calificadas por traición, o la agravante que sigue al parentesco.

† Violación entre cónyuges.

‡ Menor pena mínima y mayor pena máxima en las entidades federativas que contemplan este ilícito.

- **Aborto sin consentimiento de la mujer.** El aborto forzado es también un delito, mediante el cual se penaliza a quien hace abortar a una mujer sin su consentimiento o utilizando la violencia física o psicológica.
- **Homicidio consumado o en grado de tentativa.** Las conductas de violencia familiar pueden culminar en homicidio. Este homicidio estaría agravado, en no pocos casos, por razones de parentesco. Igualmente, el intento de cometerlo merece pena de prisión, cuando se han ejecutado conductas que claramente llevan a ese fin.
- **La violencia doméstica como causal de divorcio y acto ilícito civil.** Además de las tipificaciones penales de la violencia doméstica, algunas entidades (*Cuadro VI*) han incorporado de forma explícita la violencia familiar como causal de divorcio. Es decir, una circunstancia que surgida dentro del matrimonio, da ocasión al o la cónyuge que la padece de solicitar la disolución del vínculo matrimonial ante autoridad judicial invocando dicha circunstancia como razón para la solicitud.
- **Violencia sexual.** Los códigos penales de las diversas entidades federativas definen un catálogo de agresiones sexuales que implican sanciones. El propósito de esta penalización es la tutela de dos bienes jurídicos: la libertad y la seguridad sexuales. Se protege la libertad sexual a las personas que, de conformidad con la ley, cuentan con los elementos necesarios para hacer una libre disposición de su patrimonio erótico-sexual*; se tutela la seguridad sexual a las personas que, de conformidad con la ley, no cuentan con los elementos necesarios para hacer esta libre disposición por razones de edad o por vivir con alguna discapacidad física o mental. Los delitos sexuales incorporados a nuestras leyes son: violación, hostigamiento o acoso sexual, abuso sexual y estupro.

Los tipos de delito son los siguientes:

Violación

El concepto más común de violación genérica es la cópula anal, vaginal u oral[†] obtenida mediante violencia. Cuando se alude a la violencia como el medio por el que se comete este tipo de agresión sexual, el legislador se refiere a los dos tipos de violencia que pueden ser ejercidas para neutralizar o eliminar la oposición de la persona agredida: la violencia física y la violencia moral. La primera significa la utilización de medios físicos y la segunda a la utilización de medios psicológicos.

* Es importante insistir en que la protección de la ley es para la capacidad de las personas de aceptar o rechazar un acto sexual. Por tanto, las condiciones de la víctima como su profesión o su aceptación previa de actos sexuales con el agresor sean de la índole que sean son indiferentes para desestimar la existencia de una agresión sexual.

† Entidades como Colima, Chiapas, Durango, Puebla, Hidalgo, Nayarit y Querétaro no explicitan en sus definiciones de violación que la cópula oral sea una forma de cometer el delito. En esos casos, habrá que revisar si los actos de aplicación concreta de esta tipificación la consideran implícita en el concepto "cópula". En el caso de Yucatán, la cópula oral está contemplada como un abuso sexual agravado.

Es imprescindible revisar lo que se entiende por sometimiento físico y, sobre todo, qué secuelas se espera que queden en el cuerpo de la persona sometida después de un ataque de tal naturaleza:

- La violencia física es un despliegue físico eficiente y suficiente para someter a la persona que resiente el ataque.
- Por tanto, el grado de fuerza requerida variará de acuerdo con las características de la persona agredida y de las de quien la agrede y con las circunstancias y mecánica del ataque. En consecuencia, las lesiones físicas observables variarán de la misma manera.
- Aunque existen violaciones donde el grado de violencia es superlativo y las lesiones resentidas muy graves, también existen violaciones donde la fuerza utilizada es menor.

La violencia moral se refiere a las amenazas y toda acción intimidante que utilice el agresor para anular la voluntad de la persona agredida.

Es importante tener presente que hay violaciones sin secuelas de lesiones físicas; la violencia moral es la forma más comúnmente utilizada para consumir agresiones sexuales*. En otros casos la fuerza que se usa para lograr el sometimiento de alguien no deja lesiones visibles. La pericial psicológica es un medio de prueba eficaz en estos casos.

* Illán Bárbara. Encargada de despacho de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. La Lic. Illán aseguró, en su ponencia presentada en el programa de capacitación "Mujeres, violencia y salud. Construyendo alternativas para la atención integral" que 85% del total de violaciones se consuman utilizando la violencia moral.

Violación impropia o instrumentada

La violación instrumentada, en algunos casos llamada impropia o considerada equiparada, consiste en la introducción forzada en la cavidad anal o vaginal de la otra persona de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril*. (*Cuadro VII*)

CUADRO VII. VIOLACIÓN IMPROPIA O INSTRUMENTADA

| Entidades federativas que la consideran como violación y la penalizan como tal: | Estados que le atribuyen penalidad diferente y ligeramente menor: |
|---|--|
| 1. Baja California 2. Baja California Sur 3. Campeche 4. Coahuila 5. Chiapas 6. Chihuahua 7. Colima 8. Distrito Federal 9. Durango 10. Estado de México 11. Guanajuato 12. Guerrero 13. Hidalgo 14. Jalisco 15. Morelos 16. Nayarit 17. Nuevo León 18. Oaxaca 19. Puebla 20. Querétaro 21. Quintana Roo 22. San Luis Potosí 23. Sonora 24. Tabasco 25. Tamaulipas 26. Veracruz 27. Yucatán 28. Zacatecas | 1. Campeche (3 a 8 años) 2. Coahuila (3 a 8 años) 3. Durango (3 a 8 años) 4. Hidalgo (5 a 12 años) 5. Oaxaca (3 a 8 años de prisión) 6. Tabasco (6 a 12 años) |
| NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004 | |

* Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, consideran esta conducta como violación o equiparable a violación y le aplican las penas correspondientes a estos delitos, con excepción de Campeche (3 a 8 años), Coahuila (3 a 8 años) Durango (3 a 8 años), Hidalgo (5 a 12 años), Oaxaca (3 a 8 años de prisión), Tabasco (6 a 12 años) que le asignan una penalidad ligeramente menor. Las entidades federativas de Michoacán, Aguascalientes y Nayarit consideran esta conducta como abuso sexual o deshonesto agravado y le asignan una pena similar a la de la violación genérica.

Violación equiparada

La violación por equiparación es la cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido con consentimiento en los siguientes casos:

- Persona menor de doce, trece o catorce años de edad, según la entidad federativa de que se trate*.
- Persona que vive con una discapacidad mental o física que le impide comprender o resistir el acto.
- Persona privada de razón o de sentido.

Las penas asignadas a la violación por equiparación son por lo menos idénticas o, incluso, mayores a las de violación genérica. En estos casos, la utilización de la violencia para consumir el delito es una condición que aumenta las sanciones aplicables. (*Cuadro VIII*)

CUADRO VIII. LÍMITE DE EDAD EN EL DELITO DE VIOLACIÓN EQUIPARADA

| Doce años de edad | | Trece años de edad: | Catorce años de edad: |
|------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 1. Aguascalientes | 13. Nayarit | 1. Nuevo León | 1. Baja California |
| 2. Baja California Sur | 14. Oaxaca | | 2. Chihuahua |
| 3. Campeche | 15. Puebla | | 3. Durango |
| 4. Chiapas | 16. Querétaro | | 4. Estado de México |
| 5. Coahuila | 17. Quintana Roo | | 5. Veracruz |
| 6. Colima | 18. San Luis Potosí | | |
| 7. Distrito Federal | 19. Sonora | | |
| 8. Guanajuato | 20. Tabasco | | |
| 9. Guerrero | 21. Tamaulipas | | |
| 10. Hidalgo | 22. Tlaxcala | | |
| 11. Jalisco | 23. Yucatán | | |
| 12. Morelos | 24. Zacatecas | | |

NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004

* Doce años: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán, Zacatecas. Trece años: Nuevo León. Catorce años: Baja California Norte, Chihuahua, Durango, Estado de México, Veracruz.

Violación entre cónyuges

Una expresión bastante frecuente de la violencia doméstica o familiar es el uso de la violencia sexual en diferentes formas: menosprecio, insultos que involucran la sexualidad, explotación sexual, etcétera; manifestaciones que constituyen diversos delitos.

- Las legislaturas de diversas entidades federativas (*Cuadro IX*) han incorporado en sus ordenamientos penales la consideración explícita de que la violación genérica incluye la que ocurre entre cónyuges.
- La persecución de este delito se realiza por querrela necesaria, es decir, a solicitud de la mujer violada.

CUADRO IX. VIOLACIÓN ENTRE CÓNYUGES

| | |
|---------------------|--------------------|
| 1. Distrito Federal | 7. Querétaro, |
| 2. Hidalgo* | 8. San Luis Potosí |
| 3. Guanajuato | 9. Tamaulipas |
| 4. Chihuahua | 10. Veracruz |
| 5. Nuevo León | 11. Yucatán |
| 6. Oaxaca | 12. Zacatecas† |

NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004

Abuso sexual o atentados al pudor

Con algunas variaciones de denominación y de definición (abuso sexual‡, abusos deshonestos§, atentados al pudor**, impudicia††, abusos libidinosos‡‡ o atentados contra la integridad sexual de las personas§§) los códigos penales de la república consideran como delito la conducta consistente, en general, en la ejecución sobre una persona de un acto erótico sexual sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula. Algunos de estos códigos, agregan circunstancias como obligar a la observación del acto u obligar a la ejecución del mismo.

* En esta entidad se considera una agravante incluso.

† Zacatecas incluye la violencia sexual como un medio comisivo del delito de violencia familiar, aunque aclara que la violencia familiar se constituye independientemente de que la conducta penalmente reprochable constituya, además, otro delito.

‡ Baja California, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

§ Colima, Guerrero, Michoacán, Querétaro, Quintana Roo y Sonora.

** Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Sinaloa y Tlaxcala.

†† Tamaulipas.

‡‡ Estado de México e Hidalgo.

§§ Zacatecas.

Son ejemplos de abuso sexual: los tocamientos lascivos impuestos, las nalgadas, los frotamientos o tocamientos en genitales, el forzamiento a realizar tocamientos al agresor, la exposición a la pornografía, la observación forzada de actos sexuales entre otras personas, etcétera.

Los abusos sexuales se consideran delitos graves cuando se ejecutan contra las mismas personas sujetas de la violación equiparada: personas menores de doce, trece o catorce años de edad, personas que viven con alguna discapacidad física o mental, personas privadas de razón o sentido. En estos casos, al igual que ocurre con la violación, el consentimiento de la persona no destruye la ilicitud de la conducta.

Tomar medidas oportunas (detección y denuncia) contra las conductas de abuso sexual ayuda a prevenir una violación posterior.

Hostigamiento sexual

También llamado acoso sexual, consiste, en términos generales, en el asedio reiterado que con fines lascivos (molestia sexual) se realiza sobre personas de cualquier sexo.

Algunos códigos penales estatales establecen que el asedio será considerado delito sólo cuando ocurra en el ámbito de relaciones que impliquen subordinación; otros, consideran que puede ocurrir en el ámbito de cualquier relación aunque no exista inferioridad jerárquica; otros más, que es indiferente que exista o no relación entre el agresor o agresora y el agredido o agredida.

Para ciertos ordenamientos penales, es necesario que quien hostigue haya cumplido su amenaza y causado al agredido o agredida, dada su negativa, el daño laboral, profesional o académico con el cual la intimidara. Esta tendencia comienza, sin embargo, a desaparecer.

El hostigamiento o acoso sexual sólo se considera delito en: Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Colima, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Las medidas de protección

Las medidas de protección o cautelares constituyen una alternativa legal disponible para las mujeres que viven en situación de violencia y constituye un derecho consagrado constitucionalmente*. Las medidas cautelares consisten en advertencias, restricciones o prohibiciones temporales para el agresor, solicitadas por la propia ofendida o por autoridad competente, y son decretadas por la autoridad judicial para salvaguardar la integridad de la ofendida.

* Fracción VI, apartado B del Artículo 20 Constitucional.

Las medidas de protección son consideradas “ciudadanizantes” porque implican credibilidad para las mujeres de parte de los operadores de justicia al dispensarles una atención inmediata, provocan consecuencias tangibles para el agresor y protegen los derechos de las mujeres al colocar las privaciones y restricciones del lado del trasgresor del orden jurídico y no de la persona agredida. Representan la ventaja de romper abruptamente el ciclo de la violencia y dar un espacio propio a las mujeres para tomar decisiones.

No es necesario que exista prueba plena contundente de que el agresor representa un peligro absoluto para quien se sienta en peligro frente a él, ni tampoco de su plena responsabilidad en la comisión de un hecho ilícito; pues se trata de medidas que se toman a título de precaución. Esta prueba surge, por ejemplo, de la declaración de la propia ofendida, la constancia de la evaluación de riesgo, las informaciones preliminares de las instancias especializadas en atención, las impresiones diagnósticas u otras aproximaciones psicológicas y la prueba médica constante en un expediente clínico como producto de labores de detección o de observaciones y diagnósticos clínicos.

En síntesis, las medidas de protección disponibles en los diferentes ordenamientos legales de nuestro país pueden ser enunciadas como sigue*:

- Separación del generador de violencia del domicilio compartido.
- Prohibición al generador de violencia de ir a lugar determinado, tal como el domicilio o el lugar donde trabajan o estudian los agraviados.
- Prohibición al generador de violencia de aproximarse, hasta cierta distancia, a quienes agredió†.
- Apercebimiento de no esconder o remover a los menores de edad procreados con la peticionaria.
- Apercebimiento de no disponer de los bienes de la agraviada o de los pertenecientes a la sociedad conyugal‡.
- Reincorporación al domicilio de quien ha salido por razones de seguridad personal§.
- Otorgamiento de la guarda y custodia provisional de los hijos y las hijas a la peticionaria**.
- Fijación de la pensión alimenticia provisional.

Las medidas de protección o medidas cautelares están disponibles para las víctimas mediante distintas vías. *Cuadro X:*

* Se sugiere consultar la normatividad civil, penal o administrativa de su entidad para observar sus particularidades. Las medidas enunciadas pueden extraerse de los códigos civiles, penales o de las leyes especiales en materia de violencia familiar o de protección de los menores y la familia.

† Artículo 282, fracción VII, en relación con el segundo párrafo del Artículo 323 sextus del Código Civil para el Distrito Federal.

‡ Ley para la prevención y asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar del estado de Colima

§ Ley de prevención y asistencia contra la violencia intrafamiliar para el estado de Morelos.

** Ley para prevenir y atender la violencia intrafamiliar en el estado de Sinaloa.

CUADRO X. MEDIDAS DE PROTECCIÓN

| Vía penal | Vía civil | | Vía administrativa |
|---------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| 1. Aguascalientes | 1. Aguascalientes | 9. Nuevo León | 1. Campeche |
| 2. Coahuila | 2. Baja California Sur | 10. Oaxaca | 2. Coahuila |
| 3. Distrito Federal | (depósito de personas) | (depósito de personas) | 3. Colima |
| 4. Morelos | 3. Coahuila | 11. Puebla | 4. Chiapas |
| 5. Nuevo León | 4. Colima | 12. San Luis Potosí | 5. Estado de México |
| 6. Puebla | 5. Chihuahua | 13. Sinaloa | 6. Morelos |
| 7. San Luis Potosí | (depósito de personas) | depósito de personas) | 7. Quintana Roo |
| 8. Sonora, | 6. Distrito Federal | 14. Sonora | 8. Sinaloa |
| 9. Veracruz, | 7. Durango | 15. Veracruz | 9. Sonora |
| 10. Yucatán | (depósito de personas) | (depósito de personas) | 10. Tabasco |
| 11. Zacatecas | 8. Michoacán | | 11. Tamaulipas |

NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004

- **Vía penal.** En las entidades federativas que tipifican la violencia familiar y facultan al Ministerio Público para adoptar medidas preventivas y para solicitar a la autoridad judicial las medidas cautelares necesarias y pertinentes para proteger la seguridad o integridad de las personas afectadas*. Las medidas preventivas pueden ser, por ejemplo, el exhorto al agresor doméstico de abstenerse de realizar conductas de violencia familiar o la canalización de la mujer a un albergue; las medidas cautelares incluyen un catálogo más amplio de prohibiciones a cargo del agresor y en cuanto implican una restricción de garantías individuales para el generador o generadora de violencia, deben ser decretadas por autoridad judicial.
- **Vía civil.** En las entidades cuyos ordenamientos civiles consideran la violencia doméstica como causal de divorcio o acto ilícito civil y que incluyen catálogos de medidas cautelares que pueden ser decretadas por los jueces familiares o civiles durante los juicios de divorcio o las controversias del orden familiar originadas en violencia doméstica. Estas medidas deben ser solicitadas por la persona en situación de violencia y acordadas con la mayor inmediatez posible.
- **Procedimientos administrativos.** De acuerdo con las leyes administrativas relativas a violencia familiar vigentes en algunas entidades federativas, los Ministerios Públicos adscritos a los juzgados familiares, el Ministerio Público investigador, las Procuradurías de la Defensa del Menor y la

* Aguascalientes, Distrito Federal, Nuevo León, Puebla, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Familia, las Instancias o Unidades especializadas para atender cuestiones relacionadas con violencia familiar, estarían facultados para acudir a la autoridad judicial a solicitar las medidas precautorias pertinentes o acordar la canalización de los receptores o receptoras de violencia familiar a los refugios disponibles*.

3. EL PAPEL DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MARCO DE LA LEGISLACIÓN

Las personas adscritas a las instancias públicas de salud son agentes del Estado y quedan vinculadas por las obligaciones que para él prescriben nuestras leyes. Por lo tanto, el personal de las instancias públicas de salud debe garantizar, respetar y proteger los derechos humanos de las mujeres que viven en situación de violencia prestándoles servicios adecuados de salud y facilitando, en lo posible, su acceso a la justicia, entre otras cosas.

Las diversas omisiones, negligencias o descuidos previsibles o deliberados de médicos y médicas en el proceso de atención acarrear responsabilidades deducibles mediante distintas vías (civil, penal o administrativa) y cuyo grado y sanción será determinado por autoridad competente, de acuerdo con las circunstancias del hecho y las consecuencias finalmente resentidas por quien recibió la atención.

De acuerdo con los ordenamientos establecidos, los y las usuarias de los servicios de salud que afrontan riesgos médicos, deben ser atendidas eficaz y diligentemente por el personal disponible para resolver el riesgo que enfrentan.

El personal médico, así como las demás personas que prestan servicios de salud, además de cumplir con la atención médica y psicológica que les corresponda en los términos establecidos por la NOM-190 y los demás ordenamientos jurídicos aplicables, deben ofrecer información y consejería legal suficiente para que las usuarias de los servicios de salud ejerzan sus derechos y acudan a las instancias correspondientes.

A continuación se proporcionan los elementos básicos para ofrecer la información y consejería a la usuaria, los que se basan en el marco y aspectos legales descritos en los apartados anteriores.

* Artículo 12 Fracción X Ley del D. F ; Ley de Chiapas, Coahuila, Colima, Morelos, Sinaloa, Sonora, Tabasco. Es conveniente revisar la ley aplicable en su entidad para verificar cuál de las instancias mencionadas está facultada específicamente.

Información a la usuaria

Las mujeres que viven en situación de violencia deben ser informadas sobre los derechos que les asisten de acuerdo con cada circunstancia. El personal médico debe contar con la información básica sobre el marco jurídico de cada entidad y con los directorios que les permitan referirlas para recibir atención y asesoría jurídica, tanto dentro del sector salud como en otras instituciones gubernamentales o no gubernamentales, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Modelo.

A continuación se enlistan algunas recomendaciones:

- Es indispensable referir a la usuaria al Ministerio Público, Agencias Especializadas de Delitos Sexuales u otros centros de atención dependientes de las Procuradurías de Justicia y de instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Dar a conocer las medidas de protección disponibles para las mujeres que viven en situación de violencia, especialmente cuando el agresor no ha sido aprehendido o conserva algún lazo con la afectada.
- Informar acerca de las medidas que debe tomar para disminuir, en lo posible, el impacto en la salud de la agresión familiar o sexual, incluida la anticoncepción de emergencia, y adónde acudir en busca de atención integral. Por ejemplo: exponer el riesgo de que una relación sexual forzada transmita infecciones, incluido el VIH-SIDA, y el lugar donde los esquemas de protección están disponibles.
- Explicar la importancia de la evidencia médica aun cuando la usuaria no haya decidido emprender acciones legales. La evidencia médica es cualquier dato médico útil para que la juzgadora o juzgador de un caso concreto tenga la convicción de la existencia de un acto que tiene o puede tener consecuencias legales. Más adelante se incluye un apartado al respecto.
- Las mujeres que viven en situación de violencia deben saber que las secuelas físicas no son la única consecuencia medible en materia de delitos sexuales o de violencia familiar. Las consecuencias emocionales pueden ser claramente detectadas y calificadas por profesionales con la experiencia y los conocimientos necesarios. Esta experticia psicológica o psiquiátrica colabora para acreditar daño moral, la existencia de una agresión y cómo se cometió.
- La usuaria debe, igualmente, ser informada de que la autoridad investigadora o judicial tiene facultades para solicitar su expediente clínico en el caso de que ella intente alguna acción legal. La existencia del expediente clínico es un medio de prueba.

- En el caso de violación, la usuaria debe saber que para la interrupción legal del embarazo se tiene que involucrar en el proceso a las autoridades facultadas por el orden jurídico para decretar la existencia del ilícito, esto es el Ministerio Público y las autoridades de impartición de justicia*. Es imprescindible, por tanto, que la usuaria denuncie el hecho ante autoridad competente y asuma los trámites previstos por la ley para conseguir la autorización respectiva. Estos trámites pueden incluir la denuncia del hecho, la práctica de un examen de embarazo, una revisión médica y el desahogo de pruebas mínimas.
- Las mujeres que viven violencia están en permanente riesgo, el cual no debe ser minimizado en ningún sentido y bajo ninguna circunstancia. En estos casos, se recomiendan las siguientes opciones:
 - Opción 1.** Referencia a refugios en casos de riesgo de muerte (violencia extrema). Los centros de crisis o refugios que proporcionan a las mujeres en situación de emergencia resguardo temporal y atención integral† son un recurso para la preservación de la seguridad y la vida de las mujeres en riesgo extremo.
 - Opción 2.** Solicitud de medidas de protección.

Consejería médica

Se entiende por consejería el proceso de análisis y apoyo mediante el cual las prestadoras y prestadores de servicios de salud ofrecen alternativas a la usuaria respecto de su situación.³³

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud asumirán procesos de consejería médica, es decir, establecerán un proceso de información y comunicación con las usuarias respecto a temas específicos relacionados con la salud en el marco de la experiencia de violencia familiar y sexual.

El propósito de la consejería médica en violencia es permitir que las mujeres reconozcan las medidas que deben tomar para disminuir, en lo posible, el impacto en la salud de una agresión sexual o familiar y dónde acudir en busca de atención integral.

Los requisitos de la consejería médica son:

- La información entregada será en todo tiempo objetiva, veraz e imparcial. Objetiva significa que será ajena a las interpretaciones personales; veraz, que se apegará a verdad científica, e imparcial, que desconocerá las opiniones personales acerca del tema.

* El personal de salud puede recibir la indicación emitida por estos órganos en diferentes formas. Es conveniente, sin embargo, contar en todos los casos con un pronunciamiento escrito del Ministerio Público o el Juez.

† Los refugios están disponibles en algunas entidades federativas, son administrados por el gobierno y por instituciones no gubernamentales, asumen diferentes modelos de intervención y funcionan con algunas reglas de admisión y permanencia que es conveniente conocer para la correcta referencia y canalización de las mujeres.

- La información obtenida quedará subordinada a la confidencialidad y no podrá ser revelada salvo estricta e insalvable* disposición legal en contrario.
- Todos los procesos de consejería médica respetarán las reglas del consentimiento informado, la principal de ellas es cerciorarse de que la información entregada ha sido nítidamente comprendida.
- El proceso de consentimiento informado no debe limitarse al cumplimiento de una mera formalidad; implica, por el contrario, la entrega de información responsable por parte del prestador o prestadora y la certeza de que la información entregada ha sido bien y suficientemente comprendida. Además, la NOM-168 establece algunas formalidades para el proceso de consentimiento informado que deberán cumplirse cuando la información sea entregada desde el sector salud. (Disposición 10.1.1.1).
- Establecer un clima de respeto a los derechos humanos como la autonomía, la dignidad y la no discriminación, y ofrecer un trato libre de prejuicios.

Anticoncepción de emergencia

En materia estrictamente jurídica, es indispensable apuntar que la consejería y prescripción que involucra anticonceptivos poscoitales no contraviene ninguna disposición legal; por el contrario, se puede deducir claramente que el acceso a un mecanismo para evitar un embarazo forzado secundario a la comisión de un acto ilícito contra una mujer está inscrito en el catálogo de derechos de éstas y, en consecuencia, en el marco de las obligaciones del Estado respecto de ellas:

- La Constitución[†] y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer[‡] consagran el derecho a la autodeterminación reproductiva. Es decir, el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, de tal manera que al ser las mujeres sujetas de esta garantía, pueden decidir, en completa autonomía[§], los hijos que desean tener, los métodos acordes con sus expectativas y creencias para espaciar los nacimientos y la resolución que desean tomar ante la posibilidad de enfrentar un embarazo forzado^{**}.

* Mandamiento legal forzoso de revelar la información por razones de interés público o de seguridad de la propia usuaria, siempre que no pueda interponerse la excepción del secreto profesional.

† Artículo 4. Segundo Párrafo.

‡ Artículo 16, 1, e).

§ Capacidad de decidir por sí y para sí en un ámbito de certidumbre y libertad. Escalante, Fernando, Conferencia sobre derechos civiles.

** Término que se utiliza para designar el embarazo producto de violación sexual.

- La fracción III, apartado B, del Artículo 20 Constitucional establece como un derecho de la persona contra la cual se perpetró el delito, la recepción de atención médica y psicológica de urgencia desde el momento de la comisión del ilícito. El propósito de esta atención es disminuir el impacto en la salud ocasionado por la conducta ilícita resentida; en este sentido, es perfectamente comprensible que la experiencia de un embarazo forzado impacte negativamente la salud física y mental de las mujeres. Por lo tanto, acceder a un mecanismo legal para impedir este impacto, debe ser considerado un derecho.
- Según la Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar*, la consejería y prescripción anticonceptiva, entre otros servicios de planificación familiar, se ofrece dentro del marco amplio de la salud reproductiva y con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, entre otros usuarios.
- Según la Resolución que modifica la Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar, publicada en el Diario Oficial el 21 de enero de 2004, los anticonceptivos poscoitales deben estar disponibles a todas “las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, (...) para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones: a) después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva; b) después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva. (Apartado 5.3.1.1).

Prestadores y prestadoras de servicios de salud pueden y deben facilitar el acceso de las personas que sufren violencia sexual a esta alternativa de prevención como una forma de garantizar y proteger los derechos humanos y garantías constitucionales de las mujeres†.

Respecto a las mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad y su posibilidad de recibir consejería y prescripción de anticonceptivos poscoitales, la Norma Oficial Mexicana en Servicios de Planificación Familiar, sustentada en el Artículo 4to. Constitucional‡, ha sido bastante clara al establecer que todas las personas en edad reproductiva§ pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud** en todos los aspectos y evitar embarazos indeseados o riesgosos††.

* Preámbulo.

† En el caso específico del Distrito Federal, según la Circular GDF-SSDF/02/02 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la información respecto de anticoncepción de emergencia es obligatoria en los servicios de salud públicos, sociales y privados del D. F.

‡ El término “persona” empleado por la redacción del Artículo constitucional incluye a los y las menores de edad. Además, el Artículo 4to está situado en el capítulo de las garantías individuales, las cuales se consideran otorgadas sin limitación alguna.

§ Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. NOM-005 sobre Servicios de Planificación Familiar.

** Un embarazo temprano, particularmente forzado, compromete la salud física o mental e incluso, en algunos casos, la vida de la joven embarazada.

†† Norma de Servicios de Planificación Familiar 5.1.3 y 5.1.5.

Al igual que en el resto de los servicios de planificación familiar que no involucran procedimientos invasivos o quirúrgicos, la anticoncepción de emergencia estará a disposición de las adolescentes menores de edad sin necesario consentimiento de padres, tutores u otros representantes legales*.

Interrupción legal del embarazo

A pesar de la consideración general del aborto como un delito, todos los códigos penales reconocen circunstancias en las que los embarazos pueden ser interrumpidos sin temor a resentir consecuencias legales por ello. Este catálogo de circunstancias es variable de entidad a entidad federativa, aunque la interrupción de un embarazo originado en una violación es legalmente posible en todo el país†. Esto significa, en esencia, que esta opción debe estar disponible en condiciones seguras, respetuosas y libres de riesgo para todas las mujeres en esta circunstancia‡.

- Las personas que colaboran en dependencias del sector salud son agentes del Estado y están vinculadas a la atención de la violencia por los derechos que de nuestras leyes se desprenden para quien la padece.
- Por lo tanto, frente a las interrupciones de embarazo permitidas por la ley y el cabal ejercicio de los derechos que las fundamentan, estos agentes del Estado quedan sujetos a obligaciones que van desde la procuración hasta la no obstrucción.
- Si en el caso de violación, la causa para la realización del aborto supone la comisión de un delito se tiene que involucrar en el proceso a las autoridades facultadas por el orden jurídico para decretar la existencia del ilícito: el Ministerio Público y las autoridades de impartición de justicia§.
- En su carácter de agentes del Estado, profesionales de la medicina, con el perfil adecuado, adscritos al sector público de salud, es el personal idóneamente calificado para el cumplimiento de tales órdenes.
- El proceso de atención médica por cuestiones de aborto comprende actitudes como la empatía y el respeto, y obligaciones jurídicas como ajustarse a la normatividad en materia de derechos humanos.

* Convención de Derechos del Niño Artículo 5 y 12 y Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes Artículo 4.

† Los códigos penales de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quinta Roo y Veracruz establecen que esta intervención es posible dentro de los primeros noventa días de gestación; el código penal de Hidalgo, dentro de los primeros setenta y cinco días, y los códigos penales de Colima y Oaxaca, dentro de los primeros tres meses de gestación. Los términos de días traducidos en semanas de embarazo significan 12.85. El resto de las entidades federativas no establecen un plazo.

‡ Al respecto, cuatro de los cinco ministros que integran la Primera Sala (materia penal) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación consideraron, al estudiar la "Ley Robles", que el acceso a aborto por violación forma parte de los derechos de las mujeres.

§ El personal de salud puede recibir la indicación emitida por estos órganos en diferentes formas. Es conveniente, sin embargo, contar en todos los casos con un pronunciamiento escrito del Ministerio Público o el Juez.

- Por lo tanto, garantizará el proceso de consentimiento informado*; atenderá a la salud integral, en los términos recogidos por el Protocolo de San Salvador†; respetará la autonomía, la dignidad, la libertad de creencias y la intimidad de las mujeres, y excluirá la coacción, la violencia, las actitudes discriminatorias, los tratos crueles, vejatorios, inhumanos y degradantes.
- En este marco se ubica también la atención pos aborto que supone la consejería anticonceptiva y la atención psicológica.

La objeción de conciencia ante la interrupción legal del embarazo

Es obvio y respetable que frente a la interrupción legal de un embarazo algunos médicos y médicas enfrenten sinceros dilemas religiosos o morales. Sin embargo, reconociendo la existencia de dos derechos en conflicto: la negativa de participación del médico o médica por razones de conciencia y el derecho de las mujeres a la justicia, la integridad personal y la salud, es preciso hacer los siguientes señalamientos:

- La objeción de conciencia es, ante todo, una excepción de la debida obediencia de la ley, más que un derecho reconocido como tal. El respeto a la objeción de conciencia es una concesión democrática y una actitud de tolerancia; no una licencia para obstruir un derecho consagrado a favor de otro u otra.
- La objeción de conciencia es la expresión de un sentir individual o personal y no puede constituirse en una política institucional aunque el objetor de conciencia sea el director o un directivo de la institución. Las instituciones de salud que incluyan la opción de objeción de conciencia como parte de su política, sus regulaciones administrativas o sus lineamientos técnicos, no eludirán la responsabilidad institucional de ofrecer los servicios para la interrupción legal del embarazo y quedan comprometidas a contar con personal no objetor disponible.
- La objeción de conciencia sólo es aceptable frente a procedimientos que admiten dilación sin comprometer la salud de la usuaria; es, por tanto, inexpresable frente a la violencia extrema que pone en peligro de muerte o de afectación de salud y urgencias médicas.
- A quien objete, médico o médica, se le debe respetar, y siempre que esto sea posible, no se le debe obligar a realizar un procedimiento que riñe con sus convicciones; adquiere, a cambio, el compromiso de asumir procesos de canalización responsable y desistir de cualquier maniobra disuasiva frente a la usuaria.

* Para ello es imprescindible entregar información objetiva, veraz e imparcial sobre procedimientos y riesgos.

† El Protocolo de San Salvador o Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es un tratado internacional suscrito y ratificado por México, publicado el 1º. de septiembre de 1998 en el Diario Oficial de la Federación. Dicho Protocolo retoma la definición de salud de la OMS que la establece como “no sólo la ausencia de enfermedad, sino el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

- La falsedad en la información médica, incluida por supuesto la exageración sin base científica de las consecuencias del procedimiento, implican responsabilidad para el prestador o la prestadora de servicios de salud involucrado.

La evidencia médica

La evidencia médica es cualquier dato médico útil para conducir a la juzgadora o juzgador de un caso concreto a la convicción plena o certeza razonable de la existencia de un determinado evento que tiene o puede tener consecuencias legales. Cuando esta prueba es ofrecida en un juicio civil, será valorada de acuerdo con los principios contenidos en las disposiciones vigentes respecto a las pruebas periciales, documentales, testimoniales e indiciarias ateniéndose al origen específico de las probanzas médicas y las formalidades con las que son ofrecidas*.

En la actualidad en México, la valoración de la prueba en materia penal se rige por un sistema donde las pruebas no tienen asignado un valor específico de acuerdo con su origen o carácter, sino que cada una es considerada como indicio cuya verosimilitud se fortalece por el enlace lógico y natural que guarda con otros datos constantes en el expediente de un juicio.

Este principio supone la libertad del juzgador o juzgadora para valorar las pruebas ofrecidas a su arbitrio y crítica, y lo obliga a razonar y exponer los motivos del crédito que otorga a cada prueba y cómo considera que los datos buscados son deducidos por la relación causal que guardan con datos plenamente conocidos.

Sin desconocer la pertinencia de preservar evidencia médica inmediata, cuando esto es posible, por su utilidad para acreditar la existencia de la agresión e, incluso, la identidad del agresor, es conveniente apuntar las siguientes consideraciones:

- Cualquier información médica constante y debidamente fundamentada puede tener el carácter de indicio.

* La prueba pericial supone la aceptación y protesta ante el tribunal del cargo de perito y la emisión de un dictamen u opinión técnica. Exige la exposición del problema y la metodología empleada para arribar a las conclusiones presentadas, así como la ausencia de juicios de valor ajenos a los surgidos de una evaluación estrictamente técnica o científica del problema presentado, justificada por la experiencia profesional del perito, por ejemplo: un diagnóstico médico o la aseveración de que existía una maniobra médicamente indicada para resolver determinado evento.

El expediente clínico surgido de una institución de salud y las diversas constancias que en él aparecen será una documental, la cual será exhibida en copia certificada, sujeta a cotejo. Las notas médicas, constancias de tratamiento, etcétera. que no conformen un expediente clínico son también documentales sujetas a ratificación por sus emitentes.

- La salud y la integridad personal de la usuaria o usuario de los servicios de salud no deben ser arriesgadas bajo ningún supuesto, incluida la preservación de la evidencia legal*.
- La evidencia médica no puede reducirse a la recopilación de materiales orgánicos y a la descripción de lesiones claramente perceptibles coetáneas a la denuncia del delito. Por el contrario, la evidencia médica puede ser inmediata o histórica.
- En muchas ocasiones, la violencia es una historia susceptible de ser contada a través de constancias médicas, sea porque se buscó atención inmediata, pero se optó por no hacer una denuncia; sea porque se padecen trastornos crónicos que los protocolos internacionales han relacionado con violencia; sea porque los médicos o médicas realizaron alguna detección; sea porque se vive un embarazo forzado o se sufre una o varias infecciones de transmisión sexual (ITS), etcétera.
- Un alto porcentaje de los delitos sexuales o de violencia doméstica no se denuncian con prontitud y la forma de comisión no siempre es la violencia física, ni hay lesiones físicas perceptibles o sus secuelas. De ahí la importancia de efectuar una detección basada no sólo en signos físicos y que considere eventos pasados.
- La pericial médica es una prueba condicionada a la posesión de ciertos conocimientos, sujetos a regulación. En esencia, es posible que cualquier médico o médica con cédula profesional funja como perito o perita; sin soslayar la factible habilitación de peritos prácticos†.
- Incluso, los médicos y médicas adscritos a las instituciones públicas de salud se consideran peritos nombrados respecto de las lesiones consecuencia de un delito‡.
- La NOM 190, relativa a la violencia familiar, y la NOM-168§, que se refiere al expediente clínico, exigen la integración de un expediente en caso de sospecha de violencia doméstica y consideran un derecho de las y los usuarios del sistema de salud que toda intervención, comentario, información requerida, diagnóstico o valoración médica obre en un expediente clínico, el cual es un documento médico-legal. La NOM 190 exige además la adopción de formatos de detección de violencia y evaluación de riesgo que deben ser integrados al expediente clínico.

* En los casos en que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, por lesión directa del área genital, la exploración clínica o armada de la misma, podrá realizarla el médico de primer contacto, en caso de no contar con médico especialista, en presencia de un familiar o su representante legal y un testigo no familiar, que puede ser personal médico, previa sensibilización de la o el usuario, respetando los sentimientos y la confidencialidad del caso. Al mismo tiempo o después de proporcionar los primeros auxilios, se deberá dar aviso al Ministerio Público para que se haga llegar del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico (NOM-190).

† Las legislaciones procesales penales consideran la posible habilitación de peritos prácticos en los casos en que un perito profesional no está disponible en el lugar donde esta información probatoria es requerida.

‡ En el Artículo 165 del Código Procesal Penal del Distrito Federal, existen disposiciones similares en los códigos procesales penales de la república en el capítulo relativo a los peritos.

§ “Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal”.

4. AVISO Y DENUNCIA

La NOM-190, en su numeral 6.15 establece la obligatoriedad de *“avisar al Ministerio Público, mediante formato establecido (...) en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario afectado por violencia familiar, reciba los servicios jurídicos, médicos-legales y de asistencia social*.”*

El aviso no constituye, en sí mismo, una denuncia. El personal médico debe establecer la gravedad de las lesiones, pero es responsabilidad del Ministerio Público tipificar, en su caso, el delito. Por otro lado, es necesario aclarar que la NOM-190 es obligatoria para quienes presten servicios de salud, pero no para el personal de impartición de justicia; esto ha dado lugar a la discusión sobre la eficacia legal de la misma.

Existe un debate internacional[†] centrado en la pertinencia de que el personal que presta servicios de salud sea conminado a realizar avisos o notificaciones obligatorias en materia de violencia familiar. Hay quienes afirman que es una estrategia eficaz para visibilizar y combatir la problemática, teniendo la ventaja de auxiliar a una mujer en estado de vulnerabilidad y de evitar la impunidad. Otros aseguran que el aviso obligatorio atenta contra el derecho a la confidencialidad de la usuaria y su derecho a decidir si quiere o no recibir protección. También se argumenta que provoca barreras de atención en el sector salud, que aparta a las mujeres de los servicios y compromete, en no pocos casos, su seguridad, poniendo en riesgo su salud y su vida.

Los prestadores y prestadoras de servicios de salud tienen, según el Artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, la obligación inicial de dar aviso a la autoridad competente sobre los probables delitos de los que tienen conocimiento. Esta obligación admitirá excepciones en casos específicos en los que pueda considerarse que la información que se exige revelar está claramente amparada por el secreto profesional y que su develación compromete seriamente la seguridad o la salud del usuario o usuaria de dichos servicios.

* Las instituciones públicas y privadas que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma: Hoja de notificación al Ministerio Público. “En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener: “(10.1.3., p. 33); a) Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador (10.1.3.1., p. 33); b) Fecha de elaboración (10.1.3.2., p. 33); c) Identificación del paciente (10.1.3.3., p. 33); d) Acto notificado (10.1.3.4., p. 33); e) Reporte de lesiones del paciente, en su caso: (10.1.3.5. p. 33); f) Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y (10.1.3.6., p. 33); g) Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación (10.1.3.7., p. 33);

* Durante el “Seminario de Experiencias Nacionales e Internacionales de Modelos de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres”, realizado por la Secretaría del 2 al 6 de junio del 2003 en la Ciudad de México, se puso en evidencia el debate sobre estos aspectos de la NOM-190.

La confidencialidad es una obligación médica, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica y la NOM-168 y, según la Organización de Naciones Unidas (ONU)* es un elemento indispensable para que las mujeres en cualquier circunstancia acudan a solicitar auxilio prontamente y conserven, con ello, su salud o su vida. Comprometer la confidencialidad es, luego, comprometer la salud y seguridad de las mujeres.

En principio, la información médica es confidencial y, por tanto, está amparada por el secreto profesional, salvo que la revelación de dicha información sea indispensable para remontar un peligro grave de salud pública o sea necesaria para establecer o deducir una controversia legal, siempre y cuando la información sea solicitada por autoridad competente.

La violencia doméstica perpetrada contra mayores de edad, cuando no concurre con otros ilícitos† es un delito que se persigue a instancia de parte agraviada, esto quiere decir que el Ministerio Público no inicia su labor investigadora o persecutoria, sino hasta que la parte directamente perjudicada interponga una querrela‡. Cuando se trata de violencia sexual la persecución es de oficio; lo cual quiere decir que una vez que el Ministerio Público conozca del hecho delictivo por cualquier medio, iniciará su labor indagatoria.

La protección especial que merecen los y las menores de edad, de acuerdo con la ley, obliga específicamente al personal que presta servicios de salud y al Ministerio Público a asumir labores eficientes de resguardo para eliminar cualquier situación de riesgo. Cuando se trata de violencia doméstica y sexual contra menores de edad, la persecución es de oficio.

Tal como lo señala la NOM-190, en concordancia con las disposiciones procesales penales relativas a la Averiguación Previa, el Ministerio Público y los auxilios de las diversas Procuradurías de Justicia de las entidades federativas deben acudir al recinto hospitalario donde se encuentre una persona lesionada o en situación de riesgo§ lo que puede facilitar el trámite de medidas de protección inmediatas.

En los casos en que se valore que existe una urgencia médica que ponga en peligro la vida, el órgano o la función, se deberá dar aviso al Ministerio Público para que se haga llegar del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico.

* Recomendación General No. 24 y 19.

† Lesiones, tentativa de homicidio, violación, etcétera.

‡ Es notable la excepción del Estado de Zacatecas, que permite la participación oficiosa del Ministerio Público en todos los casos de violencia familiar, aunque no exista querrela o denuncia.

§ Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1 (Al final del documento se incluye), en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar y, en su caso, solicitar su intervención ante la incapacidad médica o legal de la o el usuario o la existencia de riesgo en su traslado, para que acuda un médico legista a la unidad de salud y la o el usuario afectado por violencia familiar, reciba servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.

El aviso es útil porque sienta un precedente legal de los hechos sufridos que puede ser valioso para futuras acciones que las usuarias deseen tomar.

Algunas recomendaciones útiles a considerar son las siguientes:

- Cuando las mujeres están inmersas en el “*ciclo de la violencia*”, es posible que desistan de buscar ayuda médica ante la probabilidad de verse involucradas en situaciones legales. Por ello, es imprescindible que quien preste el servicio le informe de la realización de la notificación, su propósito y sus consecuencias específicas mediatas e inmediatas.
- Es conveniente valorar si el aviso puede comprometer seriamente la seguridad o la vida de la usuaria y realizar previamente la evaluación de riesgo y un plan de seguridad, siempre tomando en cuenta sus expectativas y deseos.
- El aviso del médico o médica no suple ni debe contradecir la voluntad, cuando ésta pueda ser expresada y el delito cometido no sea de persecución oficiosa, como la tentativa de homicidio de la usuaria o usuario mayor de edad de los servicios de salud que siendo una ciudadana o ciudadano en plenitud de derechos, debe elegir el tipo de auxilio que desea recibir de las autoridades*.
- Si la mujer autoriza que se proceda al aviso, es imprescindible que simultáneamente y con auxilio de autoridad competente se promuevan medidas de protección. Con base en la evaluación del riesgo, debe referirse a la usuaria a un refugio o un centro de atención especializada.

* En aquellos casos en donde no prevalezca una urgencia médica, una vez que quien esté involucrado en situación de violencia familiar haya recibido los primeros auxilios médicos y sea su voluntad, será canalizado a la Agencia del Ministerio Público o a la Agencia Especializada correspondiente (...) debiendo ser acompañado, en su caso, por personal del servicio de trabajo social, siempre y cuando el traslado no implique riesgo para su integridad. NOM-190.

CUADRO XI. LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR POR ENTIDAD FEDERATIVA.

| Entidad federativa | La violencia familiar, doméstica o intrafamiliar está tipificada como delito | Leyes administrativas sobre violencia doméstica | La violencia familiar es causal de divorcio | La violencia familiar es considerada un acto ilícito civil | La violación entre cónyuges es un delito | Medidas de protección por vía penal, civil, administrativa |
|------------------------|--|---|---|--|--|--|
| 1. Aguascalientes | ✓ | ■ * | ✓ | ✓ | | ✓ Vía penal y civil |
| 2. Baja California | ✓ | ✓ | | | | |
| 3. Baja California Sur | | | ✓ | | | ✓ Vía civil. (Depósito de personas) |
| 4. Campeche | | ✓ | | | | |
| 5. Chiapas | | ✓ | | | | ✓ Vía administrativa |
| 6. Chihuahua | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ Vía civil. (Depósito de personas) |
| 7. Coahuila | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ Vía civil, administrativa y penal |
| 8. Colima | | ✓ | ✓ | | | |
| 9. Distrito Federal | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ Vía civil y administrativa |
| 10. Durango | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ Vía civil. (Depósito de personas) |
| 11. Estado de México | ✓ | ✓ | | | | |
| 12. Guanajuato | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| 13. Guerrero | ✓ | ✓ | | | | |
| 14. Hidalgo | | | | | ✓ | |
| 15. Jalisco | | | | | | |
| 16. Michoacán | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ Vía civil. (Depósito de personas) |
| 17. Morelos | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ Vía administrativa y penal |
| 18. Nayarit | | | | | | |
| 19. Nuevo León | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal y civil |
| 20. Oaxaca | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ Vía civil |
| 21. Puebla | | ■ † | ✓ | ✓ | | ✓ Vía penal y civil |
| 22. Querétaro | | | | | ✓ | |
| 23. Quintana Roo | | ✓ | | | | ✓ Vía administrativa |
| 24. San Luis Potosí | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal y civil |
| 25. Sinaloa | | ✓ | ✓ | | | ✓ Vía civil y administrativa |
| 26. Sonora | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ Vía penal, civil y administrativa |
| 27. Tabasco | | ✓ | | | | ✓ Vía administrativa |
| 28. Tamaulipas | | ✓ | | | ✓ | ✓ Vía administrativa |
| 29. Tlaxcala | | | | | | |
| 30. Veracruz | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal y civil. (Depósito de personas) |
| 31. Yucatán | ✓ | ■ † | | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal |
| 32. Zacatecas | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal |

* LEY PARA MENORES.

† LEY DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS.

‡ LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LA FAMILIA.

DATOS HASTA JUNIO DE 2004

Criterios básicos para la atención a la VFSM

Todas las actividades que se realicen en las unidades de salud deben acotarse al enfoque institucional del Modelo de Atención a la VFSM, para el cual la Secretaría de Salud ha definido como criterios básicos los siguientes:

- **La equidad de género.** Las mujeres tienen derecho a las mismas oportunidades que los hombres en el acceso a los recursos y a la toma de decisiones en todos los ámbitos de su vida.
- **El respeto de los derechos humanos.** Toda persona tiene derecho a la vida, a la salud, a la educación, a la libertad, a la integridad física y a la seguridad personal. La violencia familiar, sexual y contra las mujeres es una violación a los derechos humanos, por lo cual, es responsabilidad del Estado intervenir con base en su obligación de proteger los derechos.
- **La atención a un problema de salud pública.** La violencia es un problema público aunque suceda en el ámbito privado, debido a la afectación y a las consecuencias en las condiciones de salud de las personas y la sociedad, por lo cual constituye un problema de salud pública y quienes prestan servicios de salud no pueden ignorar este problema
- **El cumplimiento irrestricto de la normatividad.** Ninguna mujer que acuda a los servicios de salud por este tipo de violencia debe egresar de éstos sin recibir atención esencial a su problema; por tal motivo, el personal que atiende a las mujeres debe ser sensible y estar capacitado para cumplir con los procedimientos que se definen en el marco jurídico relacionado con la salud.
- **La protección a la integridad humana.** La atención se debe proporcionar con oportunidad, calidez, confidencialidad, honestidad y respeto a la dignidad, protegiendo la integridad física y psicológica de la persona afectada o los involucrados. Con esto se advierte que la seguridad de éstas personas está antes que la preservación a ultranza de la familia.
- **La desnaturalización de la violencia como mecanismo válido de interrelación.** Nada justifica la violencia. Las mujeres no son culpables de la violencia que se ejerce contra ellas. La violencia no es natural, es aprendida.
- **El incremento del bienestar de las personas.** El enfoque de los derechos humanos comparte con el enfoque de salud pública el objetivo de mejorar las condiciones de vida y salud, a través de la prevención de la violencia y la reducción de su impacto y prevalencia, particularmente de las mujeres.

Estrategias

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ha definido seis estrategias para alcanzar los objetivos primordiales del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual.

1. Institucionalización de la atención: esencial y especializada

Para abordar la institucionalización de la atención es preciso definir las áreas del proceso general de atención que son responsabilidad del sector salud: la prevención y la detección de la violencia, la atención médica o prestación de servicios médicos y la rehabilitación.

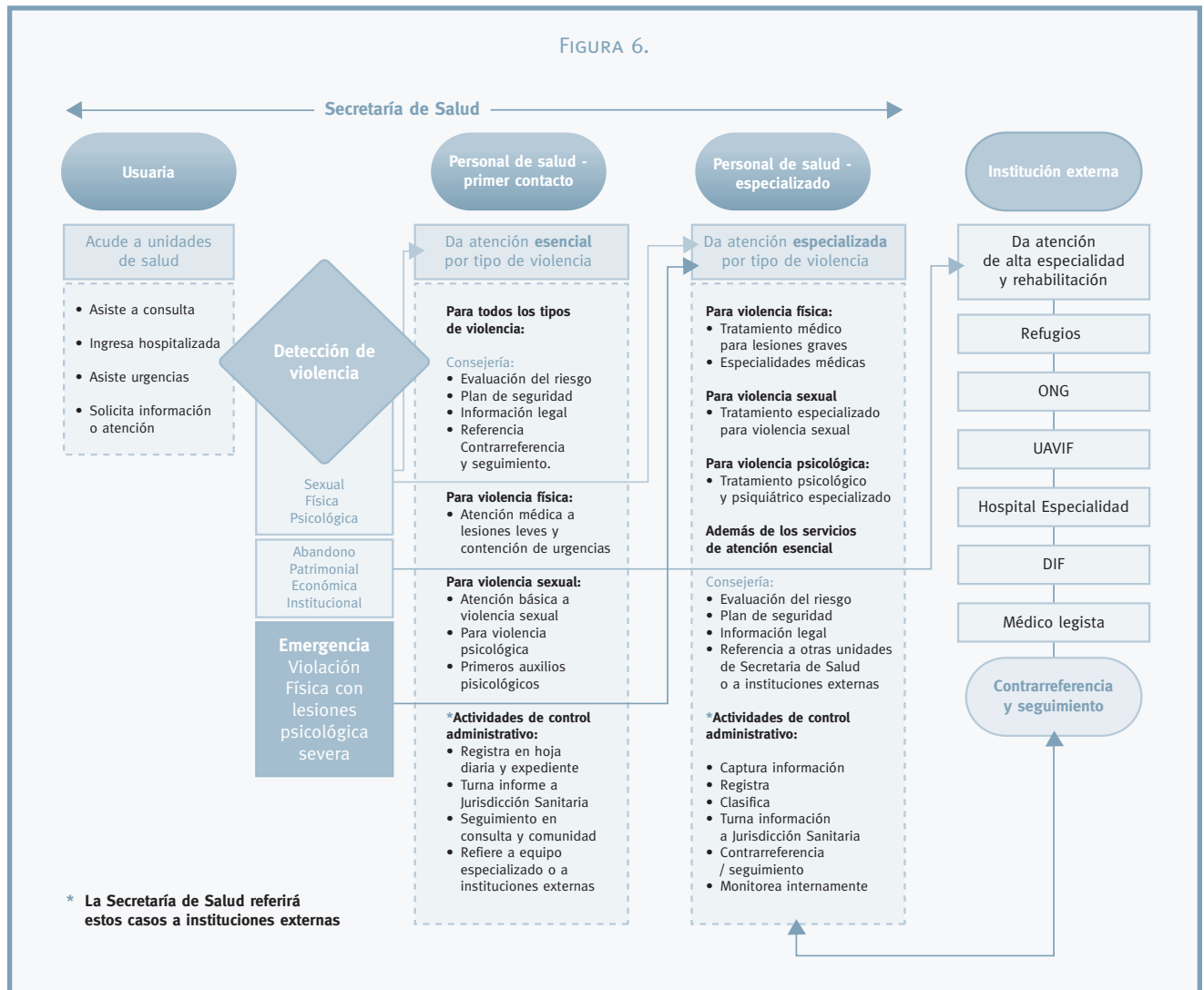
- **Prevención.** En el sector salud, las acciones de prevención encaminadas a evitar los actos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, se operacionalizan a través de la inclusión del tema en las acciones de promoción de la salud y en la coordinación intersectorial desde el nivel local hasta el nacional.
- **Detección.** Son las políticas y procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situación de violencia familiar y/o sexual, con el fin de brindarles atención, asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas.
En el sector salud las acciones de detección se realizan tanto en la comunidad como en el consultorio y están articuladas con el proceso de atención a la salud.
- **Atención médica o servicios médicos.** Comprenden las acciones que brindan el tratamiento y la asesoría necesarios a las mujeres que viven en situación de VFSM.
- **Rehabilitación.** La rehabilitación se refiere al conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios y apoyos para que las mujeres que viven en situación de violencia cuenten con los elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida. Para el sector salud la rehabilitación se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, así como al seguimiento del caso.

El Modelo propone institucionalizar la atención de la violencia mediante la prestación de servicios médicos al interior de la Secretaría de Salud y a través de la referencia a instituciones externas para conseguir la rehabilitación de las usuarias y la atención integral que este problema requiere.

La Secretaría de Salud brindará dos tipos de servicios médicos: atención esencial y atención especializada, de acuerdo con las características de cada unidad.

CONCEPTO GLOBAL DE APLICACIÓN INSTITUCIONAL DEL MODELO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL

El concepto global de proceso de atención incluye las actividades del personal de salud en el primer contacto; del personal especializado en violencia; y las actividades de instituciones externas. El Proceso de Atención se adaptará a las condiciones de cada Estado. (Figura 6)



DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA

Muchas usuarias viven en situación de violencia; aun cuando no lo manifiestan como motivo de consulta, el personal médico al identificar esta problemática abre opciones para el tratamiento.

La evidencia muestra que las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias cuando el personal médico les pregunta³⁴. La detección de la violencia se puede realizar mediante la aplicación de un cuestionario, con duración promedio de tres minutos, cuyo formato se encuentra en el Manual Operativo.

Existen dos posibilidades para identificar casos de violencia:

- Durante el trabajo en los servicios de la unidad médica.
- En el trabajo con la comunidad.

En ambas situaciones será indispensable ofrecerles los servicios que establece el Modelo de Atención.

Es posible detectar casos de violencia en cualquiera de los ámbitos mencionados a través de la identificación de signos de alarma (el Manual Operativo incluye un formato de signos de alarma) o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de las herramientas de detección. Es importante resaltar que para el trabajo en comunidad es recomendable la detección a través de signos de alarma, dejando para consulta en la unidad médica el interrogatorio dirigido, debido a la seguridad, privacidad y confidencialidad que se requiere para hablar del tema.

- Todo el personal de salud puede realizar la detección de la violencia, tanto en el trabajo con la comunidad como en la consulta, en urgencias o áreas de hospitalización. Por lo tanto, será necesario sensibilizar y capacitar al personal como el primer paso para apoyar a las usuarias que viven en situación de violencia.

IDENTIFICAR LA EMERGENCIA DEL SUCESO

Para que el personal de primer contacto sepa cómo actuar en cada caso, es crucial identificar el grado de emergencia del suceso:

Situación de urgencia médica

Se considera urgencia médica a aquella situación provocada por un suceso violento y que requiere de atención médica inmediata, ya que las lesiones leves o graves pueden producir un perjuicio para la integridad de la persona,³⁵ así como cuando la mujer ha experimentado una violación.

Es posible que algunas de estas mujeres no tengan lesiones físicas, sin embargo, es especialmente importante atenderlas antes de las 72 horas después de ocurrido el evento con el fin de administrarles un esquema de quimioprofilaxis para ITS y VIH/SIDA o bien hasta 120 horas para proporcionarles anticoncepción de emergencia. (Ver capítulo Servicios médicos especializados).

Situación de urgencia psicológica

Es aquella situación provocada por un suceso violento físico, verbal o intimidatorio que deriva en una crisis psicológica severa³⁵. En estos casos, es indispensable avisar al equipo especializado ubicado dentro de la unidad de salud con el fin de que, paralelamente a la prestación de los servicios de urgencia, se realice la evaluación del riesgo, se establezca el plan de seguridad y se proporcione la orientación legal pertinente.

Si el centro de trabajo no cuenta con servicios médicos y psicológicos especializados se deberá referir a la mujer inmediatamente al Equipo de Atención Especializada, no sin antes brindar los servicios señalados (evaluación del riesgo, plan de seguridad y orientación legal).

Situaciones que no representan una urgencia inmediata

Si bien todos los casos de mujeres que responden “SÍ” al interrogatorio de detección requieren atención, no todas se encuentran en una situación de urgencia. Las recomendaciones centrales son: referir al equipo especializado en la misma unidad de salud para que se haga la evaluación del riesgo, se establezca el plan de seguridad y se de orientación jurídica; para ello es necesario crear un ambiente de confianza y empatía y proporcionar mensajes que le permitan a las mujeres comprender mejor su situación.

Mediante la detección y la determinación de emergencia, el personal de salud podrá continuar con el proceso de atención, ya sea con servicios esenciales o especializados. Es obvio que en los casos de emergencias, física y/o psicológica, en los que la usuaria no pueda responder a un cuestionario por la gravedad de su estado de salud, la atención médica será el primer paso y posteriormente se procederá a la detección de la VFMS y si es necesario a la referencia al equipo especializado, ya sea al interior de la misma Secretaría o a instituciones y organizaciones externas.

Los protocolos de atención, servicios esenciales y especializados, para cada tipo de violencia se encuentran en el Manual Operativo del Modelo.

SERVICIOS MÉDICOS: ESENCIALES Y ESPECIALIZADOS

La atención esencial (*Cuadro XII*) es el paquete mínimo de servicios que se deben ofrecer a las usuarias víctimas de violencia y se proporcionará en todas las unidades de salud.

CUADRO XII. ATENCIÓN ESENCIAL POR TIPO DE VIOLENCIA

Para todos los tipos de violencia:

- Detección
- Consejería:
 - Evaluación del riesgo
 - Plan de seguridad
 - Información legal
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento.

Para violencia física:

- Atención médica a lesiones leves y contención de urgencias

Para violencia sexual:

- Atención básica a violencia sexual

Para violencia psicológica:

- Primeros auxilios psicológicos

La descripción detallada de los servicios se encuentra en el Manual Operativo.

La referencia, como parte de la atención esencial, puede ser dirigida hacia el servicio médico especializado o directamente hacia servicios de la red de referencia de acuerdo con las circunstancias.

La atención especializada (*Cuadro XIII*) se ofrecerá en áreas específicamente creadas en los hospitales generales, de especialidades, y en clínicas especializadas para la atención a la violencia.

El Manual Operativo contiene guías para detección, evaluación del riesgo, plan de seguridad, primeros auxilios psicológicos, orientación legal, servicios médicos especializados (incluye tratamiento para la violencia sexual).

CUADRO XIII. ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR TIPO DE VIOLENCIA

Para violencia física:

- Tratamiento médico para lesiones leves y graves

Para violencia sexual:

- Tratamiento especializado para violencia sexual

Para violencia psicológica:

- Tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado

Además de los servicios de atención esencial:

Para todos los tipos de violencia:

- Detección
- Consejería especializada:
 - Evaluación del riesgo
 - Plan de seguridad
 - Información legal
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento

Para que la atención proporcionada a las mujeres sea integral (*Cuadro XIV*), algunos servicios tendrán que ser cubiertos fuera de la Secretaría de Salud; para ello será necesario conformar la red interinstitucional con las instancias públicas y privadas a las que las usuarias pueden ser referidas.

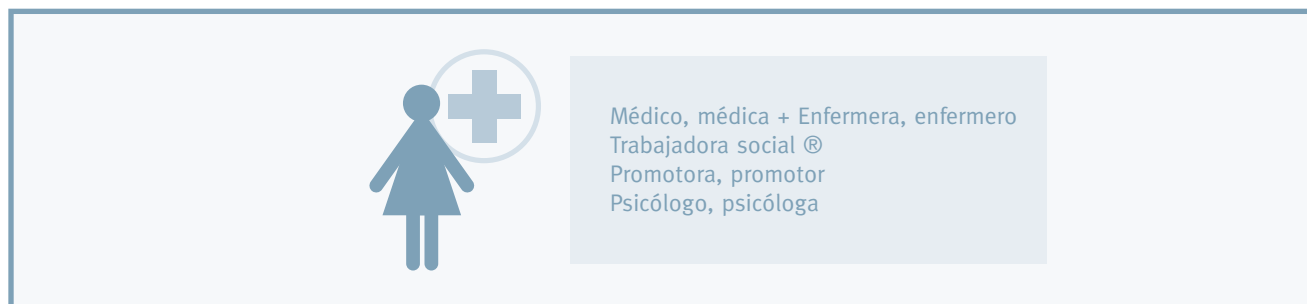
CUADRO XIV. ATENCIÓN INTEGRAL CON LA RED DE REFERENCIA EXTERNA

- Refugios
- Protección a partir de medidas cautelares
- Atención psicológica
- Apoyo legal
- Acompañamiento en procesos de denuncia
- Capacitación para obtención de trabajo
- Acceso a bolsas de trabajo

La regionalización operativa de los servicios de salud es el esquema ideal para aplicar e implantar el proceso de atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

La atención esencial se deberá proporcionar en todas las unidades de salud. En el caso de unidades de primer nivel de atención, o en las que no sea posible contar con el equipo médico interdisciplinario especializado, las usuarias serán referidas a aquellas unidades de la Secretaría o a instituciones externas que cuenten con los servicios especializados.

Es pertinente que la atención especializada se ofrezca en los hospitales generales, de especialidades y en clínicas especializadas en las áreas de servicios específicos destinadas para este tipo de eventos. Para proporcionar la atención especializada se deberá conformar un equipo, compuesto por:



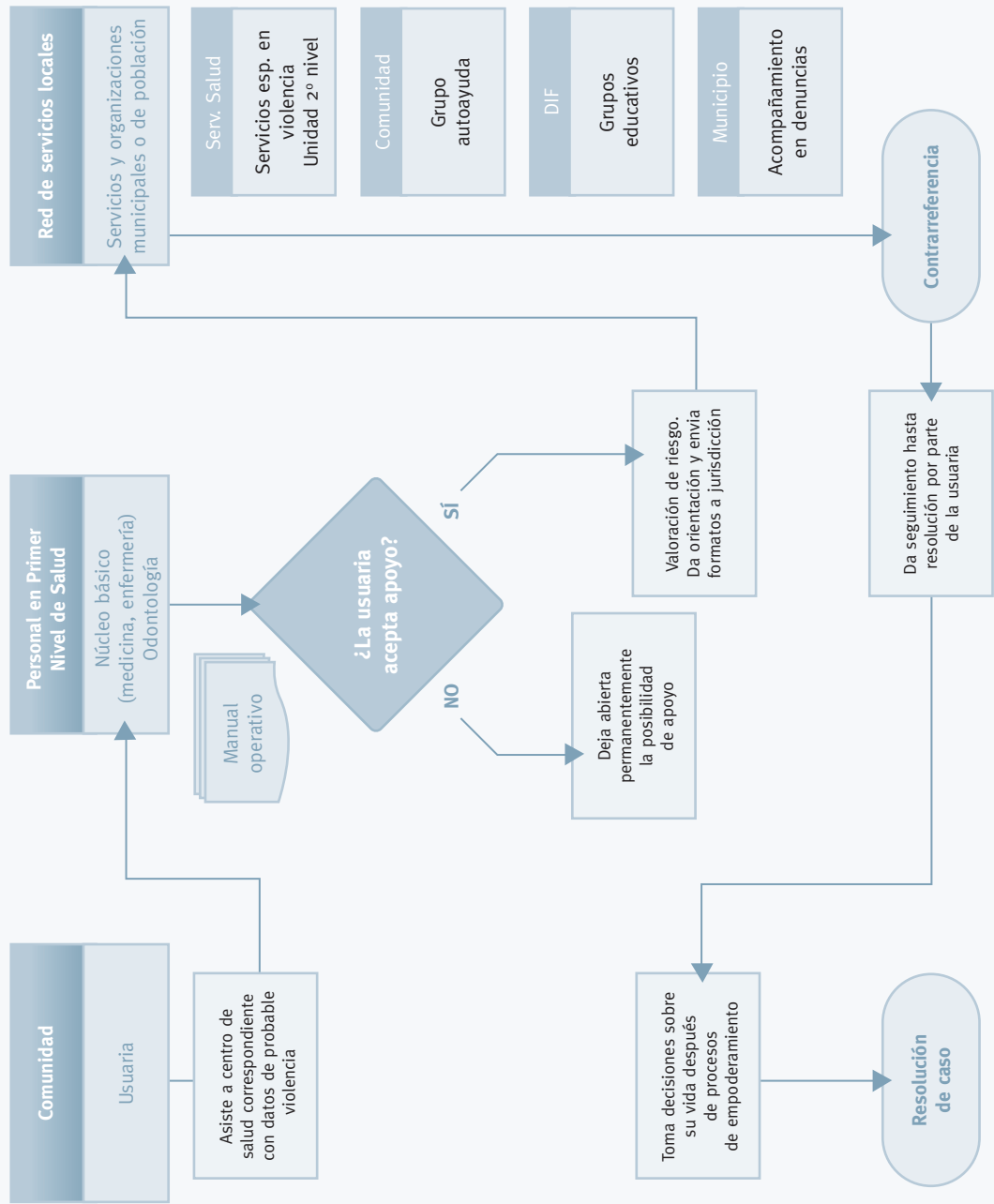
La atención especializada requiere una infraestructura mínima que consiste en:

- Unidades médicas con computadoras y sistemas de enlace (líneas telefónicas, intranet, internet o fax).
- Cubículos o disponibilidad de espacios para consultas privadas.
- Salones o disponibilidad de espacios para sesiones grupales.
- Disponibilidad de hormonas orales para anticoncepción de emergencia:
 - Ovral, Eugynon, Nordiol, Neogynon, Lo-femenal, Nordet, Microgynon
- Disponibilidad de medicamentos para prevenir ITS/VIH-SIDA:
 - Genérico: Metronidazol, Ceftriaxona, Azitromicina o Doxiciclina, Eritromicina o Amoxiciclina, Penicilina G benzatínica, Inmunoglobulina de hepatitis B, Acitrovir o Valciclovir.
 - Anti-retrovirales: Zidovudina (AZT), Lamiduvina (3TC), Nelfinavir (NEL), Indinavir (IDV)

Lo indispensable es contar con personal que esté capacitado para proporcionar la atención esencial y una red de referencia a la cual sea posible remitir a las usuarias. La referencia puede ser realizada por el personal médico en la consulta o por una trabajadora social a la que se le asigne tal responsabilidad.

El siguiente esquema es el recomendado para unidades de primer nivel de atención de salud en las que sólo se cuenta con núcleos básicos de atención (médico y enfermera esencialmente; trabajadora social y odontólogos en algunos casos). En este esquema se asigna la responsabilidad de orientación y acompañamiento a una trabajadora social (similar al sistema de referencia y contrarreferencia desde las unidades de salud de primer nivel de atención a las de segundo nivel) y puede ser utilizado para las unidades que no cuenten con servicios especializados. (*Figura 7*)

FIGURA 7.
Esquema del proceso de atención esencial



Los servicios de atención a la VFMS se organizarán e integrarán al programa por fases. La visión es que en el futuro en todas las unidades de salud del país se haga detección universal y se cuente con la infraestructura, o con una red de referencia lo suficientemente vasta para atender a todas las usuarias en situación de violencia y que lo requieran.

A continuación se presenta un listado de criterios sugeridos para la selección de las unidades de salud en las que se iniciará o se optimizará el proceso de atención a la VFMS, si ya se están proporcionando servicios.

Criterios ideales para la selección y organización de unidades de atención:

- Se cuenta con el personal capacitado o se está en condiciones de brindarles capacitación
- Hay espacios adecuados para consultas privadas
- Existen espacios para sesiones grupales
- Que en la localidad o localidades cercanas, existan servicios que ofrecen otras instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, de atención a la VFMS
- La comunidad es participativa y está dispuesta a colaborar

Otros criterios pueden ser:

- En determinadas localidades se ha detectado la urgencia de ofrecer servicios de atención a quienes están en situación de VFMS, aun cuando no cuenten con la situación ideal
- La comunidad demanda los servicios

La selección tiene como premisa garantizar la prestación de los servicios y que éstos sean de calidad.

La adaptación del Modelo Integrado, a otros grupos vulnerables, susceptibles de encontrarse en situaciones de violencia (niños, niñas, adolescentes, ancianas, ancianos, indígenas, etcétera), debe realizarse con sumo cuidado y tomar en cuenta que los contenidos y protocolos deben ser específicos. La estructura y metodología del Modelo pueden ser usada como una referencia para el diseño de procesos de atención dirigidos a otros grupos de personas. Los contenidos no son trasladables o de aplicación universal, ya que cada grupo tiene características y requerimientos de satisfacción diferentes.

2. Coordinación interinstitucional, Red de Refugios y Contrarreferencia

La Coordinación Interinstitucional e Intersectorial es indispensable para ofrecer a las mujeres en situación de violencia una atención integrada de calidad y la promoción de nuevos estilos de vida solidarios y tolerantes al interior de las familias, que incidan socialmente y tiendan a la erradicación de la violencia.

Las relaciones interinstitucionales se refieren a las que se establecen entre entidades gubernamentales, ya sea en el nivel federal, estatal o municipal; mientras que los vínculos intersectoriales son los que se entablan entre instituciones con distinto carácter y formas de funcionamiento: organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, las instituciones académicas, los centros de apoyo, las instituciones privadas.

La violencia familiar, sexual y contra las mujeres involucra una multiplicidad de factores, económicos, sociales, jurídicos y familiares, entre otros, que la convierten en un tema que demanda el concurso y la colaboración de diversas instituciones y organizaciones sociales.

- Hay factores estructurales que requieren la transformación de creencias y valores socialmente arraigados mediante la acción de instituciones educativas y los medios de comunicación masiva.
- Hay factores económicos y sociales que se relacionan con la posibilidad de que algunas instituciones ofrezcan, a las mujeres, alternativas para la capacitación u obtención de ingresos que les otorgue mayor poder y autonomía.
- Hay factores jurídicos que deben atenderse para garantizar que los responsables de los actos violentos no gocen de impunidad y las mujeres que viven en situación de violencia cuenten con protección legal.
- Hay factores de seguridad social en el que a través de la red nacional de refugios se salvaguarde la integridad física y mental de las mujeres, sus hijos e hijas que viven en situación de violencia familiar extrema.

Es necesario responder a la demanda en la atención médica y psicológica, que, además de ofrecer servicios de calidad, contemple medidas para la interrupción de los ciclos violentos y la prevención de mayores riesgos. Ninguna institución o sector, por sí mismo, puede abordar integralmente el problema de la violencia contra las mujeres por lo que es indispensable realizar una labor de convocatoria y negociación de altos niveles que permitan contar con la voluntad política de los tomadores de decisiones que favorezcan la acción conjunta y concertada.

El abordaje integral, a través de la coordinación interinstitucional e intersectorial, optimiza los resultados de las acciones de los sectores involucrados y facilita el desarrollo de enfoques sistémicos. La convocatoria para la coordinación interinstitucional e intersectorial debe mostrar con nitidez los beneficios de la vinculación, tanto para las instituciones participantes como para las usuarias de los servicios y, en general, para la sociedad. Las ventajas de la acción concertada variarán de acuerdo con las características de participación institucional y de coordinación existente en cada estado. Las mejores prácticas nacionales e internacionales muestran que la coordinación interinstitucional favorece:

- El desarrollo de enfoques sistémicos que facilitan una mayor integración de las intervenciones parciales o especializadas y permiten ofrecer servicios eficaces y completos a través de la complementariedad.
- Una implantación más sólida del tema de la violencia en las agendas nacional y estatal, en la medida en que muestra la preocupación del estado mediante la intervención de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el problema.
- Un efecto multiplicador mediante el ejemplo y el fomento de la réplica de mecanismos de coordinación a nivel estatal, municipal y local.
- El desarrollo del conocimiento sobre el tema a través del intercambio de experiencias y la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales.
- Un uso más eficiente de los recursos en la medida en que evita duplicidades en las funciones y abre la posibilidad de compartir costos y beneficios.

Para evitar que la coordinación interinstitucional e intersectorial se convierta en una mera articulación de medidas puntuales y garantizar su consolidación a mediano y largo plazo, es aconsejable que se establezcan metas comunes de carácter estratégico y, preferentemente, vinculantes en las que:

- a) Se definan con claridad las responsabilidades y las corresponsabilidades en el cumplimiento de metas estratégicas.
- b) Se instrumenten mecanismos de evaluación y seguimiento.
- c) Se determinen las características de las instancias de coordinación que se establecerán y d) definir y operar las reglas y los mecanismos de su funcionamiento.

La conformación de mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial deberá ser muy amplia, ya que prácticamente cualquier instancia gubernamental y organización social o privada puede contribuir al tratamiento y erradicación de la violencia. Sin embargo, hay sectores e instituciones prioritarios que guardan mayor relación con el problema y cuya intervención es más urgente: educación, salud, procuración de justicia, institutos de las mujeres y organizaciones de la sociedad civil que brinden atención a mujeres que viven en situación de violencia familiar y/o sexual.

Sustento normativo, propósitos y alcances de la coordinación interinstitucional e intersectorial

El objetivo de la coordinación interinstitucional e intersectorial es lograr la participación interdisciplinaria y comprometida de quienes tienen la responsabilidad y capacidad de intervenir en la prevención, detección, atención, tratamiento y rehabilitación de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Las directrices señaladas por los acuerdos y tratados internacionales establecen criterios y acciones que promueven la confluencia de esfuerzos desarrollados por diversas instituciones públicas, privadas y sociales. En éstos se recomienda la elaboración de programas nacionales que incluyan la adaptación y cambios en la legislación, procuración e impartición de justicia, diseño de políticas de prevención para modificar las pautas sociales y culturales, atención especializada, lineamientos de difusión y presupuestos adecuados. Para el país, el Programa Nacional por una Vida Sin Violencia 2001-2006, el cual es de observancia general para todos los servidores públicos del país, establece las áreas generales prioritarias de intervención y ámbitos de competencia de las instituciones gubernamentales, entre otras: Educación, Salud, Procuración de Justicia, Institutos de las Mujeres, DIF, Comisiones de Derechos Humanos e INMUJERES.

Las leyes de prevención y atención a la VFMS vigentes en muchas entidades federativas, promueven la creación de consejos y estipulan los ámbitos de responsabilidad de las distintas instituciones gubernamentales por lo que constituyen, en esos casos, los marcos normativos para la coordinación interinstitucional. Por ello se recomienda que cada representación estatal revise su propia normatividad y la adecue a sus necesidades.

Hay diversos mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial entre los que destacan las mesas, los consejos, los convenios bilaterales o multilaterales. Las experiencias exitosas se distinguen por la conformación de redes flexibles de colaboración y acción conjunta. Las instancias o mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial cubren ciertas funciones, de acuerdo con sus objetivos y alcances:

- **Articulación.** Mediante la información compartida sobre los diferentes servicios que cada institución u organización proporciona, se articula y multiplica la oferta hacia las usuarias, favoreciendo la complementariedad.

- **Generación de información y diagnóstico.** Es posible desarrollar sistemas de información conjuntos que permitan documentar la magnitud y características del problema de la violencia, la atención que se ofrece y los requerimientos para su atención. En un plano más operativo, la información compartida permite dar seguimiento a los casos de referencia y contrarreferencia, lo que puede ser el primer paso para estructurar una ruta crítica interinstitucional para las usuarias.
- **Formulación de políticas y programas.** A través del diagnóstico situacional y del intercambio de experiencias, las instancias de coordinación están en capacidad de identificar áreas desatendidas o que deben reforzarse, para formular –con mejores fundamentos– las políticas y programas sectoriales e intersectoriales, locales y estatales. Esta coordinación interinstitucional amerita acuerdos de alto nivel e involucra a las áreas de planeación de las diferentes instituciones.
- **Rectoría.** Las instancias de coordinación interinstitucional pueden constituirse en rectoras de los programas de prevención y atención a la VFMS. Esta función requiere de un marco conceptual común, metas de carácter estratégico, distribución de tareas, responsabilidades de carácter vinculante y mecanismos de seguimiento y evaluación conjunta. Este nivel de coordinación interinstitucional amerita un alto grado de acuerdo y un marco normativo que la respalde.

En general, la coordinación interinstitucional avanza más rápidamente cuando alguna institución e incluso alguna persona toma el liderazgo. En México el tema se posicionó en la agenda pública hace relativamente poco tiempo, sobre todo en los ámbitos sustantivos y presupuestales, razón por la cual no hay una instancia rectora única o legitimada que encabece la coordinación de las iniciativas para atender el tema de la violencia contra las mujeres. En las entidades federativas hay distintas instituciones que promueven la conformación de mesas o consejos, ya sea por iniciativa propia o ya porque las leyes las obligan, sin embargo, hay algunos factores que obstaculizan su buen funcionamiento, por ejemplo, la complejidad del tema y la insuficiente delimitación de las áreas de competencia y responsabilidad, lo que genera conflictos políticos o desinterés para consolidar los mecanismos de coordinación interinstitucional; la falta de recursos y de experiencia suficiente debilita los liderazgos. Asimismo, hay una incipiente cultura de coordinación entre instituciones gubernamentales y organismos de la sociedad civil.

- Existe un conjunto de condiciones que favorecen el éxito y permanencia de una red como mecanismo de coordinación interinstitucional e intersectorial. Es conveniente contar con un marco jurídico que la sustente o, en su ausencia, con convenios de colaboración de alto nivel. La asignación de presupuesto o la colaboración para que existan las condiciones materiales y humanas necesarias para el funcionamiento de la red, por ejemplo, espacios para reuniones, personal asignado con tiempo y facultades, equipo para acopio y sistematización de información (computadoras, internet); acervo de conocimientos y saberes así como su socialización.

El liderazgo de una institución y la consolidación de la red interinstitucional es un proceso que debe construirse mediante un trabajo constante, con objetivos y metas precisas, ordenado, continuo, documentado y con reconocimiento institucional y personal.

Es recomendable que la coordinación interinstitucional atienda dos niveles de decisión y acción:

- Titulares de las secretarías o dependencias estatales o sus representantes. Este nivel de coordinación, que en muchos casos es indelegable, definirá los compromisos institucionales, las estrategias y sus plazos de cumplimiento. Es conveniente que estos acuerdos se acompañen de la firma de convenios bilaterales o multilaterales.
- Responsables de los Programas de Prevención y Atención a la VFMS. La coordinación a este nivel dará seguimiento a los compromisos establecidos de manera cotidiana para lo que requiere contar con el respaldo institucional. Es pertinente que a los responsables de los Programas se les otorgue capacidad de decisión y que cuenten con los recursos materiales y el tiempo necesario para realizar las actividades de coordinación que correspondan.

El potencial de liderazgo de la Secretaría de Salud

Existen diversas “puertas de entrada” desde las cuales las mujeres acuden a solicitar el apoyo de las instituciones; sin embargo, el sector salud resulta estratégico en materia de detección y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, situación que sustenta el potencial liderazgo de la Secretaría de Salud, para encabezar la operación de un Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual:

- La cobertura de los servicios de salud a todo lo ancho y largo del país, característica que lo coloca en contacto directo con la población, en especial la femenina, con lo cual tiene un lugar privilegiado que se verá reforzado cuando cuente con experiencia acumulada mediante la aplicación del Modelo.
- El respaldo normativo con que cuenta a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, la que es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud y establece la vinculación con el sector de procuración de justicia y de educación. El sector salud sí tiene capacidad, por tanto, para colocar una agenda interinstitucional.
- Las relaciones permanentes que el personal que preste servicios de salud establece con diversas instituciones gubernamentales en programas conjuntos o en actividades puntuales, favorecen su capacidad de convocatoria para alcanzar la sinergia interinstitucional deseada.

Acciones

La coordinación interinstitucional e intersectorial requiere de medidas que favorezcan el tránsito de la lógica de competencia a la de colaboración entre las instituciones y los sectores, como parte de la cultura profesional. Por tratarse de un tema incipiente, es preciso que los tomadores de decisiones del más alto nivel legitimen los mecanismos de coordinación, a partir de la obligatoriedad que establecen las leyes y de un trabajo de gestión y negociación personal que dé cuerpo a la voluntad política de los funcionarios y representantes de organizaciones sociales. La experiencia demuestra que el interés de una persona que se apropia del tema, se convierte en un motor fundamental para mantener y dar vida a las redes.

La coordinación interinstitucional e intersectorial debe tomar en cuenta el contexto en el que se inserta, pues la situación es diferente en cada estado o región del país.

A continuación se presenta un conjunto de lineamientos que recogen lo más destacado de las mejores prácticas, nacionales e internacionales, para iniciar y/o organizar esta coordinación:

Convocatoria a las instituciones y sectores para conformar o reforzar el mecanismo de coordinación. La convocatoria debe ser lo más amplia posible, pero hay sectores estratégicos o prioritarios que deben involucrarse en la prevención y atención a la VFMS, a saber:

La creación de mesas, consejos o redes de colaboración mediante convenios interinstitucionales e intersectoriales. Las funciones y alcance de estos mecanismos de vinculación deben ser definidos con claridad y de acuerdo con los marcos normativos existentes. Es posible iniciar con actividades de articulación y avanzar hacia formas más complejas de coordinación.

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Educación • Procuración e impartición de justicia • Institutos de las Mujeres • Desarrollo social • Economía | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo • Derechos humanos • Atención a los niños y niñas y a la familia • Sociedad civil • Poder legislativo |
|---|---|

Delimitación precisa de las atribuciones de cada participante con apego a las leyes existentes con el fin de establecer funciones, áreas de competencia y responsabilidades e identificar las áreas o servicios que realizan simultáneamente diversas instituciones. La delimitación de atribuciones puede hacerse de acuerdo con varios criterios:

- Por áreas de intervención: prevención, detección, atención y rehabilitación.
- Por tipo de servicio o usuario: psicológico, jurídico, médico, apoyo a mujeres en situación de violencia, atención a hombres violentos.
- Por responsabilidades operativas en el funcionamiento de la acción interinstitucional.

Definición de los mecanismos de funcionamiento. La realización de reuniones periódicas es indispensable para el funcionamiento permanente y fluido de la vinculación interinstitucional, por lo cual, se recomienda se realicen dos reuniones anuales de los titulares de las Secretarías o dependencias estatales y las redes de organizaciones civiles, para refrendar y establecer nuevos acuerdos.

En general, alguna institución –o grupo de instituciones– asumen la coordinación de las actividades por iniciativa propia o por mandato de la ley. Algunas responsabilidades de la institución líder son:

- Convocar a las reuniones y dar seguimiento a los acuerdos.
- Elaborar e impulsar las propuestas de coordinación o programas de trabajo para su discusión.
- Crear mecanismos y lineamientos para la evaluación periódica en el cumplimiento de las responsabilidades institucionales.

Construcción conjunta de un programa de trabajo, que contenga:

- Un enfoque común, basado en los derechos humanos y la equidad de género. La adopción de una orientación única en la atención a las usuarias es un mecanismo que permite evitar inconsistencias y prevenir que en el proceso de atención se genere más violencia contra las mujeres, acortando la ruta crítica que tienen que transitar.
- El establecimiento de metas de carácter estratégico y vinculante para el conjunto de instancias participantes y la precisión de la corresponsabilidad en el cumplimiento de estas metas.
- La delimitación de las esferas de competencia, responsabilidad de cada sector, áreas de colaboración y complementariedad de las áreas de intersección, con el fin de ampliar coberturas con servicios integrados y evitar traslapes o duplicidades.
- El establecimiento de lineamientos y herramientas metodológicas claras, con el fin de homogeneizar conocimientos y habilidades de los participantes en la red de servicios, mediante procesos de información-sensibilización-capacitación-formación. La capacitación es un área de oportunidad para la acción conjunta y la reducción de costos.
- La creación de procedimientos de acción conjunta mediante la recopilación y revisión de programas, modelos, metodologías, herramientas técnicas y protocolos de cada institución.

- El análisis de fortalezas y debilidades de los programas y servicios existentes mediante el desarrollo de ejercicios de planeación para optimizar recursos.
- La revisión, adecuación, rediseño y concertación del marco jurídico local y de las normas que rigen a los diferentes servicios para evitar que los programas de atención a la violencia presenten contradicciones o sean vulnerables a los cambios políticos.
- El diseño de una ruta crítica intersectorial que conduzca a ofrecer salidas efectivas a los mecanismos de referencia y contrarreferencia de los casos de violencia. Es aconsejable combinar mecanismos formales e informales, así como formular directorios personalizados.
- La detección de nuevas áreas, instituciones y sectores sensibles para establecer alianzas.
- El diseño e implantación de amplias acciones de difusión que incluyan campañas mediáticas, publicaciones y difusión de materiales de capacitación y sensibilización para diferentes poblaciones, así como materiales de comunicación social. La comunicación y difusión se conforman como otra oportunidad para efectuar acciones concertadas y potencializar los recursos.
- La realización de seminarios, encuentros, investigaciones y encuestas de manera conjunta y coordinada.
- El cálculo de los recursos materiales, humanos y financieros necesarios.

Diseño de mecanismos de evaluación y seguimiento conjunto que permitan realizar diagnósticos situacionales, evaluar el cumplimiento de compromisos, aplicar las lecciones aprendidas y reprogramar las actividades.

Los sectores e instituciones participantes en la coordinación interinstitucional

En este apartado se hace una breve descripción sobre las atribuciones, responsabilidades y contribuciones propuestas para cada sector en la atención a la VFSM. Se ordenan por áreas de intervención: prevención, detección, atención y rehabilitación.

Educación. El sector educativo juega un papel clave en la prevención a través de la modificación de actitudes y creencias frente a la violencia, y patrones culturales de género que alientan el maltrato a las mujeres.

Las instituciones de educación básica (preescolar, primaria y secundaria), tienen enormes posibilidades de prevalencia en la población escolar compuesta de educandos, maestros, padres y madres de

familia. Esta labor se inició mediante la incorporación del tema de la violencia en libros de texto y en la elaboración de materiales y campañas para promover la cultura de la denuncia. Algunos programas como *“Contra la violencia, Eduquemos para la paz”* y el *“Programa papá y mamá”*, entre otros, son ejemplos de esta intervención. Si bien su cobertura es aún limitada, constituyen un espacio que puede ampliarse y ofrece un marco para la acción coordinada.

En los niveles técnico, medio superior y superior, la Secretaría de Educación y los institutos y universidades pueden desarrollar un conjunto de acciones de gran envergadura para incorporar el tema como parte importante en la formación de los profesionales y técnicos del futuro. Las experiencias internacionales señalan la necesidad de incluir el tema de la violencia en las currícula de: trabajo social, enfermería, psicología, medicina, odontología, salud pública, pedagogía y derecho.

El sector educativo tiene una cobertura masiva y presencia en prácticamente cualquier zona del país, por lo que constituye un actor estratégico para la prevención. Las aportaciones del sector educativo pueden identificarse en las siguientes áreas:

- Prevención, como actividad preponderante para generar formas no violentas de relación:
 - En escuelas de educación básica con maestros/as, alumnos/as y padres de familia.
 - En educación técnica, media superior y superior, con integración a la currícula en materias específicas y carreras completas.
 - Con la promoción de investigaciones en centros académicos y en universidades.
- Detección de casos en las escuelas, a través de visitas, campañas, pláticas con los educandos, maestros y maestras, padres y madres de familia.
- Atención, mediante la articulación de convenios para el desarrollo del servicio social en áreas de: derecho, psicología, trabajo social, enfermería, medicina y odontología.

Institutos de las Mujeres. Estas instancias, por sus funciones y atribuciones como responsables de la articulación de acciones para la atención a las mujeres y la reducción de las asimetrías entre los géneros, tienen potencialmente la capacidad de convocar a las instituciones que realizan funciones sustantivas para transversalizar el enfoque de género y la atención a la violencia. Son instituciones de reciente creación. Algunas responsabilidades que cubren o deben cubrir en materia de VFMS son:

- Coordinar la estrategia marco en las entidades federativas para atender el problema de la VFMS.
- Apoyar acciones de prevención mediante campañas permanentes de largo plazo.
- Desarrollar programas de capacitación sobre enfoque de género y violencia contra las mujeres con el personal encargado de prestar los servicios de salud y la población general.

- Dar servicios de orientación y referencia.
- Integrar y difundir directorios estatales y nacionales de las instancias públicas, privadas y sociales, involucradas directa e indirectamente con el tema.
- Desarrollar labores de coordinación y sistematización para generar sistemas de información integrados, resultados de encuestas, censos, grupos focales, entre otros.

Procuración de justicia. Como responsables de la aplicación de la ley, las instituciones de procuración e impartición de justicia resultan centrales para deslegitimar la VFMS. Además de las funciones de integración de expedientes, investigación y establecimiento de sanciones y penas, en algunas instituciones también se llevan a cabo actividades de atención a través de las Agencias Especializadas para Atención de Delitos Sexuales y de Centros Especializados en Atención a Víctimas de Violencia Familiar (UAVIF, CAVIF, etcétera).

Cuando la VFMS es tipificada como un delito, se exhibe su carácter antisocial y se evidencia que debe ser castigada, con ello se contribuye a terminar con la dualidad moral que caracteriza el tratamiento de este problema; por ello es de especial importancia actuar en forma decidida para disminuir los rezagos, tanto en los procesos de atención como en las actitudes y aptitudes del personal, respecto a los conocimientos necesarios, al desdén de los delitos asociados a la VFMS y a las prácticas de corrupción.

El cumplimiento de la Norma, en lo que se refiere a la obligatoriedad de quienes prestan servicios de salud de dar aviso al ministerio público en los casos de VFMS, exige la formalización de los vínculos entre el sector salud y el sector de impartición de justicia. Las relaciones de colaboración entre ambos sectores son esenciales para evitar que el aviso pierda utilidad jurídica para las personas violentadas y para sensibilizar al personal de los Ministerios Públicos. Por tanto, los ministerios públicos, jueces y policías requieren de información, sensibilización y capacitación de forma permanente y actualizada.

Algunas acciones que permitirán mejorar la coordinación entre el sector salud y el de procuración de justicia son:

- Establecer convenios que impulsen el diseño, desarrollo y puesta en práctica de procesos y procedimientos ágiles, efectivos y eficientes, enfocados a los ámbitos local, municipal, estatal y nacional para el seguimiento de casos mediante los cuales se establezcan:
- Mecanismos de relación entre el sector salud y el de procuración de justicia para una mejor implantación y aprovechamiento de la NOM-190-SSA1-1999.

- Mecanismos de cooperación para hacer más eficiente la recopilación y valoración de pruebas y peritajes de mayor calidad.
- Medidas de atención a las mujeres durante todo el proceso, desde que llegan a los servicios de salud hasta que resuelven su situación en las instituciones de procuración de justicia.
- Medidas de protección a las personas violentadas.
- Fortalecer los mecanismos de coordinación mediante la creación de grupos piloto de capacitación, integrados tanto por personal de salud como de justicia.

Los convenios podrán resolver las dificultades a las que se enfrenta el cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999, mediante el establecimiento de la ruta que sigue la notificación así como de los mecanismos para garantizar la confidencialidad de la información, debido a los riesgos intrínsecos para las mujeres y el personal de salud.

Secretarías de Desarrollo Social. La asistencia y servicios de apoyo de algunos programas pueden ser la alternativa que requieren muchas de las mujeres que buscan la rehabilitación y que se ven impedidas a realizar un sinnúmero de actividades por carecer de apoyo para el cuidado de los hijos. Resulta, entonces, indispensable explorar la posibilidad de ofrecer servicios para el cuidado de los hijos o hijas menores de edad, asociados con los servicios de atención a mujeres agredidas de violencia, así como los relacionados con la incorporación de las mujeres al mercado laboral.

Las diversas acciones que se instrumentan desde Desarrollo Social, agrupadas en el programa CONTIGO, son un espacio ideal para posicionar el tema y articularlo con la prestación de servicios. En materia de prevención, puede aprovecharse el programa Oportunidades Educativas.

El diseño de una estrategia para enfrentar este tema que está en el corazón de la reproducción social y de la definición de la política de seguridad social, deberá ser atendido como prioritario en el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Secretarías del Trabajo, Economía y Agricultura. Uno de los aspectos relacionados con la atención a mujeres en situación de violencia que presenta menores avances en la actualidad lo constituyen los servicios asociados para conseguir la autonomía económica de las mujeres. Este ámbito es determinante para lograr su empoderamiento y es un factor crucial en la recuperación de su autoestima. Su ausencia, de hecho, se convierte en un obstáculo para que las mujeres puedan romper el ciclo de la violencia.

La contribución de estas Secretarías al proceso de rehabilitación de las mujeres resulta central. Los cursos de capacitación para el empleo, la existencia de bolsas de trabajo y programas de apoyo a emprendedoras en actividades productivas sustentables, la certificación de habilidades, entre otras, serán una aportación relevante en el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial.

DIF. La violencia contra las mujeres no las afecta sólo a ellas sino que se extiende a toda la familia, en especial a los niños y las niñas. Su impacto se produce desde el simple hecho de atestiguar los eventos violentos hasta que las niñas y los niños la padezcan directamente. No es extraño que la violencia hacia las mujeres afecte emocionalmente a la prole o que se produzca una cadena en la que la mujer maltratada ejerce, ella misma, violencia hacia menores de edad.

La coordinación con las instituciones que atienden a las niñas y los niños es muy importante, ya que son la alternativa para su cuidado cuando una mujer en situación de violencia se encuentra incapacitada para atenderlos. Además, en el DIF se dirimen muchos de los conflictos tutelares (custodias) y en casos de extrema gravedad, los niños quedan en custodia de la misma institución. En el DIF residen las Procuradurías de Defensa de Menores, de la Mujer y la Familia. Por otro lado, en el DIF se identifica a niños y niñas que viven en situación de violencia, lo que puede ser un indicador de que su madre está también siendo violentada. La coordinación en las áreas de detección y atención de mujeres y menores de edad es crucial.

En muchos lugares que cuentan con poca infraestructura y servicios, el DIF puede constituir la única institución de referencia accesible, de ahí la importancia de una adecuada intervención, la cual ponga en entredicho el privilegiar la reconciliación y preservación de la pareja y la familia, aún a costa de agregar más violencia a las mujeres o colocarlas en mayor riesgo. Por tal motivo, es conveniente promover la discusión de los marcos conceptuales que permitan compatibilizar la orientación fundamentada en los derechos humanos y la equidad de género.

Derechos humanos. La interlocución con las Comisiones de Derechos Humanos, nacionales y estatales, es un instrumento vital y reconocido para contribuir a dar prioridad al tema y lograr que la población en general comprenda y asuma que cualquier tipo de violencia es un atentado a los derechos humanos.

Su rol se ubica básicamente en el ámbito de la prevención mediante el impulso de campañas sobre los derechos de las mujeres a vivir una vida sin violencia, pero también juega un rol en el área de la detección, ya que las mujeres acuden a pedir asesoría o a denunciar situaciones de violencia. Su papel también puede involucrar acciones específicas hacia poblaciones especialmente vulnerables, tales como las migrantes, las mujeres en reclusorios y las mujeres indígenas.

Sociedad civil. Las organizaciones feministas y de mujeres históricamente han promovido que el tema de la violencia contra las mujeres forme parte de la agenda internacional y nacional, por lo que cuentan con amplia experiencia teórico-conceptual y en el desarrollo de herramientas metodológicas para la atención a mujeres en situación de violencia. Sin embargo, su capacidad de atención es limitada y su radio de acción es pequeño. Su experiencia, conocimientos y habilidades podrían potenciarse si son utilizadas para el diseño y la operación de las políticas y programas gubernamentales.

Junto a esto es indispensable que las organizaciones que trabajan con hombres violentos, alcancen un mayor nivel de desarrollo en tanto representan el complemento para la búsqueda de solución al problema.

Existen algunas experiencias de vinculación entre gobierno y sociedad civil que han contribuido a salvar los escollos de una relación que se ve dificultada por las diferentes lógicas de funcionamiento y visión de la realidad. El trato horizontal y de mutuo respeto ha sido la clave para lograr la colaboración e integración de redes con organismos de diferente naturaleza.

Las áreas de colaboración con las organizaciones de la sociedad civil podrían resumirse en lo siguiente:

- Formación de redes para la prevención, detección, atención y rehabilitación.
- Metodologías de organización y funcionamiento de grupos de apoyo.
- Información, sensibilización y capacitación a los prestadores de servicios en temas de género y violencia.
- Conformación de directorios estatales y nacionales para referencia y contrarreferencia.
- Formación de personal especializado en el tema.
- Relaciones internacionales nacionales, regionales, estatales, municipales y comunitarias.
- Capacidad y experiencia para identificar necesidades y proponer líneas de acción.

Poder legislativo. La relación con el legislativo es necesaria e indispensable para promover los cambios jurídicos pertinentes. Las Comisiones de Equidad de Género han jugado un papel relevante en la promulgación y modificación de leyes en la materia. Su presencia en las instancias de coordinación interinstitucional puede coadyuvar a llevar a cabo las reformas legales y la asignación de presupuestos que se identifiquen como necesarios.

El manejo interinstitucional de la información

En el marco de la coordinación interinstitucional e intersectorial se requiere generar un sistema de registro único y continuo de la información sobre la VFMS, mediante una instancia integradora coordinada con los Servicios Estatales de Salud, para tal fin, la Secretaría de Salud debe emprender acciones en los siguientes aspectos:

- **La incorporación del tema de la VFMS en el sistema de información existente** Implica que el personal reconozca la importancia del registro de información y cumpla el llenado de los formatos descritos en el apartado anterior como parte de su rutina profesional.
- **La unificación de criterios para generar un sistema de información interinstitucional.** El inventario de los planes, programas y acciones de las diferentes instituciones, así como la cobertura de los mismos, permitirá establecer cuál es la información relevante, con el fin de avanzar hacia la unificación de criterios de recolección, homogeneización y procesamiento de la información que sean la base de un sistema de información único.
- **La conformación de bancos de información** que posibiliten la generación de análisis sobre el tema, favorezcan el avance para el entendimiento del problema y permitan la utilización de la información disponible.
- **La generación de informes concentrados periódicos.** El procesamiento de la información deberá estar disponible para su uso por parte de quienes prestan servicios de salud y de responsables de la planeación de las actividades de atención a la VFMS. De acuerdo con la NOM-190, la periodicidad de la información será continua, mensual para su concentración y anual para su integración y difusión nacional.
- **La disposición de equipo para habilitar de la infraestructura informática necesaria.** Es preciso dotar a las unidades del equipo y de los recursos humanos suficientes para la captura y, en su caso, el procesamiento de la información.
- **La visualización de las áreas que requieren fortalecimiento y el aprovechamiento y sistematización de la experiencia del personal que atiende los casos de violencia.** El seguimiento de los casos atendidos, los avisos al ministerio público y los sistemas de control de la referencia y la contrarreferencia permitirán identificar la información que es relevante en el propio sector salud, en el sector de procuración de justicia y en otras instituciones y organizaciones académicas y no gubernamentales.

Red Nacional de Refugios, referencia y contrarreferencia

La coordinación interinstitucional es fundamental en la creación de una red de referencia y contrarreferencia, para lo cual es necesario definir algunos pasos que pueden facilitar el proceso y determinar cuáles instituciones tendrían que estar incluidas y cómo clasificarlas*.

* Adaptado de IPPF: Creando una red de referencia. En Basta; 2000: 3.

- Decidir el área geográfica que será incluida en la red de referencia.
 - Identificar una lista de instituciones locales clave en el área que proveen servicios a las personas en situación de violencia. Estos pueden incluir servicios médicos, psicológicos, sociales y legales, y también contactos con la policía local. Cada una de estas instituciones probablemente podrá nombrar a otras instituciones locales que podrían ser incluidas. Se puede incluir a las instituciones en que se atienden temas secundarios relacionados con la violencia, como el abuso de alcohol y drogas, y también las que ofrecen servicios a las niñas y los niños que son agredidos o que han sido expuestos a la violencia.
 - Recopilar información sobre cada una de estas instituciones para identificar si pueden ser utilizadas para referencia y cómo clasificar los servicios que ofrecen. La información recabada debe dar respuesta a las siguientes preguntas:
 - ¿Actualmente provee servicios a quienes padecen de violencia familiar?
 - ¿Qué clase de servicios directos provee (legales, médicos, psicológicos, sociales, educacionales, etcétera.)?
 - ¿Puede definir las características de las personas en situación de violencia a quienes atienden?
 - ¿Qué tipos de violencia familiar trata?
 - ¿Provee servicios directos o hace referencia?
 - En el caso de que tenga que hacer una referencia, ¿a cuáles instituciones refiere? ¿Qué criterio usa para hacer estas referencias?
 - ¿Conoce otras instituciones que proveen servicios para personas violentadas?
- Además, es importante asegurarse de conseguir la información práctica que las usuarias y los usuarios necesitan saber, como:
- El nombre y acrónimo de la institución.
 - Información de contacto (dirección, número de teléfono, fax, correo electrónico, etcétera.).
 - Horas de servicio.
 - Cómo hacer una cita.
 - Los tipos de servicios disponibles.
 - El costo de los servicios.
- Clasificar los datos en un directorio. La información sobre las instituciones de referencia se puede organizar de muchas maneras: por área geográfica, por tipos de servicios ofrecidos, por nivel de intervención (primaria, secundaria, etcétera.). Un índice de todas las instituciones por nombres y por tipo de servicios ofrecidos puede hacer más accesible el directorio.
 - Formalizar las relaciones con las instituciones de referencia.

- Mantener contacto permanente con la Red Nacional de Refugios para la canalización de las personas que se encuentren en situación de peligro extremo (violencia extrema). Los 19 refugios actualmente en operación constituyen, por su alto grado de especialización, la atención de tercer nivel a personas en situación de violencia.

Seguimiento

La atención integral a mujeres en situación de violencia a través de una red de referencia de instituciones públicas y privadas en las que aquellas reciban apoyo para obtener respuesta a sus necesidades, implica labores de seguimiento.

El seguimiento es el proceso mediante el cual será posible cerciorarse de que la mujer ha obtenido respuesta favorable de las instancias a las que ha sido canalizada desde la Secretaría de Salud, como consecuencia de sus necesidades específicas. Además, es factible que, después de acciones de detección y evaluación de riesgo, se estime oportuno estar en contacto directo con la usuaria en riesgo, para verificar su seguridad.

Las acciones de seguimiento serán emprendidas de acuerdo con los recursos humanos disponibles, aunque es conveniente encomendarlas a las áreas de trabajo social por sus particulares habilidades y formación profesional.

Para facilitar labores de seguimiento, el área encargada integrará un expediente absolutamente confidencial de la usuaria que contenga, entre otras cosas, la siguiente información:

1. Los datos de localización de la usuaria y de las personas que integran su red personal de apoyo.
2. Una glosa o resumen del expediente clínico, fundamentalmente en lo que se refiere a las atenciones médicas vinculadas con su situación de violencia.
3. La hoja de evaluación de riesgo y datos esenciales del plan de seguridad que se haya diseñado.
4. Un listado de las instancias a las que ha sido canalizada y los resultados reportados de esa canalización.

Como acciones específicas, se recomiendan:

1. Proponer una o varias entrevistas de seguimiento a la usuaria después de la canalización.
2. Asumir un plan de llamadas telefónicas que se cumplirá cabalmente para conocer la situación de la usuaria y sus condiciones de seguridad.
3. Realizar un monitoreo periódico de las instancias receptoras para verificar el estado de los casos que se han canalizado.
4. Llevar a cabo visitas domiciliarias en aquellos casos en los que las mujeres han abandonado el proceso de atención, siempre y cuando esto no aumente el riesgo para la usuaria.

3. Capacitación y sensibilización

Los responsables del Programa de Atención a la VFMS deben diseñar e implantar un programa de educación continua (sensibilización, capacitación y actualización) que provea al personal de salud de un bagaje de información, conocimientos, actitudes y habilidades suficientes para brindar una atención de calidad a las personas en situación de VFMS. Estos procesos educativos son un apoyo indispensable en la formación de recursos humanos profesionales para dar una respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas de la atención.

Por tratarse de un fenómeno muy extendido y que involucra relaciones interpersonales, es común que todas las personas tengan una opinión sobre la VFMS. Estas ideas generalmente son permeadas por los patrones culturales imperantes y las experiencias personales que pueden distorsionar la percepción que se tiene del problema. Por ello, la capacitación no puede limitarse a la mera transmisión técnica de la información o los conocimientos, sino que debe ser un proceso educativo que conduzca a un cambio de actitudes y valores sobre la VFMS, es decir, que favorezca la toma de conciencia sobre el problema a partir de contrastar la realidad y el conocimiento existente y analizar las posibles alternativas de solución.

Las técnicas educativas modernas han dejado claro que el cambio de conducta de la persona capacitada es indicador indiscutible de la efectividad en el aprendizaje. Los verdaderos cambios de actitud –logrados mediante procesos educativos– son requisito indispensable y plataforma básica para asegurar las condiciones necesarias para desarrollar el Modelo Integrado de Atención a la VFMS.

- La capacitación es una actividad planeada y basada en las necesidades de una institución, orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes de sus colaboradores.³⁶

OBJETIVOS

Mediante los procesos educativos se pretende que los servidores públicos sean capaces de:

- Expresar, difundir, reforzar, mantener y actualizar conceptos, destrezas y valores que permitan la calidad de la atención a la VFMS.
- Generar alternativas de resolución, a partir de los servicios, para atender problemas y situaciones relacionadas con la VFMS.
- Analizar en forma crítica y propositiva aspectos específicos de conocimiento y atención a la VFMS.
- Proponer, apoyar y consolidar, las actividades y cambios que implican la puesta en marcha del Programa de Atención a la VFMS.
- Transmitir el conocimiento y orientar, al personal de nuevo ingreso, sobre las características del Programa de Atención de la VFMS.
- Actualizar en forma permanente sus conocimientos y habilidades sobre el tema.

La implantación de un programa nuevo (o su reforzamiento) implica la generación de personal preparado en los diversos temas y con diferentes grados de profundidad, lo que refiere a distintos niveles de conocimientos y de adquisición de habilidades. Por lo cual, se entiende que los procesos educativos pueden abarcar las siguientes fases:

- **Sensibilización.** Proporciona un conjunto de datos básicos sobre la VFMS y sus características, con el fin de que el personal de salud visibilice su existencia, perciba la problemática en salud, comprenda que es un asunto de salud pública que le compete y cuente con referentes básicos para orientar a las personas sobre los servicios que se ofrecen.
- **Capacitación.** Supone la adquisición de un conjunto de conocimientos, habilidades, y actitudes que permitan la comprensión del problema –sus causas y consecuencias–, así como el manejo de herramientas metodológicas y técnicas para la atención a personas en situación de violencia.
- **Concientización.** La revisión analítica y crítica del fenómeno de la VFMS conduce a un proceso de reflexión personal acerca de una realidad social que debe ser modificada. La concientización no conduce de manera automática a la transformación de la práctica, puesto que entraña una profunda revisión de las estructuras explicativas individuales para contrastarlas con alternativas de pensamiento, lo que da como resultado nuevas formas de percibir la realidad y la necesidad

de cambios en la persona y su medio. Es decir, consiste en una intervención socio-educativa que debe combinar la reflexión con el quehacer cotidiano, con el fin de lograr el compromiso individual y colectivo para desarrollar una práctica personal y profesional dirigida a cambiar la realidad relacionada con la VFMS.

- **Especialización.** Si bien todos los prestadores de servicios deben de ser capaces de brindar una atención de calidad a quienes padecen VFMS, la creación de equipos especializados demanda la profundización en determinados temas, lo que permite un manejo más específico sobre determinadas facetas del problema. La especialización se justifica en la medida que permite formar profesionales que adquieren experiencia al centrar su actividad teórica y práctica en un campo determinado. La especialización, sin embargo, no debe ir en detrimento de una comprensión global del problema.
- **Actualización.** El acceso a la generación de nuevo conocimiento sobre el tema de la VFMS en México y a nivel internacional, permitirá al personal de salud beneficiarse de los avances que se producen en un tema que –por su novedad– se encuentra en una fase de generación de planteamientos teóricos y prácticos muy prolífica.

Acciones

La capacitación en el trabajo es una práctica institucionalizada que permite, además, cumplir con una obligación legal. La implantación de un nuevo programa de atención a la violencia, hace necesario definir acciones tendentes a formar a los profesionales requeridos mediante capacitación en la atención a la VFMS. Estas acciones son:

Creación de un equipo de capacitación

La puesta en marcha o adecuación del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la VFMS exige actividades intensivas de capacitación durante su primera fase. La experiencia nacional e internacional ha mostrado que no es conveniente realizar la capacitación en cascada por varias razones. En primer lugar, la VFMS es un problema complejo que requiere de un abordaje multidisciplinario; esto no necesariamente significa que el equipo de capacitación deba estar formado por profesionales de todas las disciplinas que están implicadas en el tratamiento de la violencia, pero sí es necesario que los integrantes del equipo estén familiarizados con el tema, comprendan su complejidad y tengan los conocimientos suficientes para su transmisión.

Por otro lado, la capacitación en el tema de la violencia entraña la revisión de concepciones y creencias personales, esto puede suscitar reacciones que ameriten que los responsables de la capacitación tengan conocimientos suficientemente sólidos y amplios en el manejo de grupos. Todas estas características indican que no deben usarse métodos de replicación.

El equipo de capacitación puede constituirse de diversas maneras, de acuerdo con las condiciones que resulten más favorables en cada estado: a) como parte del personal adscrito al Programa de Violencia mediante profesionales que ya cuentan con los conocimientos en el tema; b) a través de la capacitación a prestadores de servicios seleccionados para tal fin y que adquirirán la preparación necesaria, y c) mediante grupos externos de especialistas en el tema (acuerdo con instancias gubernamentales, contratación de organismos no gubernamentales o de otras instituciones).

La puesta en marcha del Modelo de Atención a la VFMSM depende en buena medida de los logros en la capacitación, y con la finalidad de evitar que se realice en cascada, debe preverse que la formación educativa del equipo incluya su capacidad didáctica para formar –a su vez– nuevos equipos de capacitación. Lo ideal es que cada Jurisdicción Sanitaria cuente con un equipo entrenado para el desarrollo del Programa.

Uno de los propósitos principales de la capacitación es lograr la concientización del personal de salud, motivo por el cual la Secretaría de Salud ha optado por los procesos educativos basados en las corrientes activo-participativas, que rompen con la enseñanza clásica de conferencias y la mera repetición de información. Para ello ha implementado dos apoyos base dirigidos a los Servicios de Salud:

- El Manual de Capacitadores y Capacitadoras para el Personal de Salud. Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, está dirigido a quienes tienen a su cargo la formación del personal de salud en esta área. El documento tiene el propósito de propiciar un espacio de aprendizaje para los prestadores de servicio, en el cual adquieran herramientas conceptuales y prácticas, a partir del análisis de la información y el cuestionamiento de creencias y prejuicios. Mediante el seguimiento puntual de una guía metodológica quien capacite podrá, aun cuando no tenga experiencia en técnicas educativas, involucrar a los educandos en procesos interactivos para la construcción dinámica de su propio conocimiento. La aplicación de esta metodología permite evitar algunas desviaciones frecuentes que presenta la “educación en cascada”. La estructura de este Manual es el prototipo de los materiales específicos que se generarán para la capacitación en áreas operativas más específicas.
- El taller en línea Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, está dirigido a personal operativo de equipos que prestan la atención a la violencia (medicina, enfermería, trabajo social y psicología) y a responsables del programa de violencia en los ámbitos estatal y local. Su propósito es lograr la adquisición de conocimientos a partir de la identificación de las necesidades reales que enfrentan los prestadores de servicios para abordar la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. Parte de la realidad cotidiana de cada equipo en proceso de capacitación, para establecer los protocolos de atención y programas operativos desde las unidades médicas, mediante el análisis de alternativas viables a situaciones concretas. La aplicación del “*análisis alternativo de problemas*” permite un mayor grado de

adaptación institucional y claridad para la programación de actividades, por lo cual, su estructura de construcción cognoscente se constituye en la principal guía para impulsar la concientización. Como interés especial para la Secretaría de Salud, se encuentra que estos sistemas informáticos de educación a distancia sean apropiados en cada entidad federativa para su aplicación estatal y municipal, a través de los responsables del programa y su equipo operativo.

Establecimiento de un Programa Permanente de Educación Continua

La educación al personal que presta servicios de salud para la atención de la VFMS debe ser permanente, por ello es necesario diseñar un Programa Anual de Capacitación que establezca con precisión sus objetivos y alcances. En general, el Programa debe contener:

- Los objetivos generales de la capacitación.
- Los objetivos específicos de cada evento educativo.
- La población objetivo a cubrir.
- Los contenidos de la capacitación.
- Los métodos pedagógicos y tecnológicos que se usarán.
- Los tiempos de la capacitación, estableciendo duración, horarios y en su caso, seriación.
- Los responsables de impartir la capacitación.
- Los recursos materiales, económicos e institucionales que se requieren.
- Los espacios físicos y geográficos en los que se impartirá.
- Los mecanismos de seguimiento y evaluación en los procesos educativos.

Los responsables del diseño y ejecución del Programa de Capacitación deberán coordinarse con las Áreas de Enseñanza e Investigación para la programación de los eventos educativos y la gestión de los recursos necesarios.

Implantación simultánea del programa de atención y del programa de capacitación

Las expectativas y exigencias planteadas en los contenidos de la capacitación deben empatar con la oferta de servicios, por ello, es de especial importancia que la capacitación y las acciones de atención a la VFMS tengan una secuencia adecuada, toda vez que los procesos educativos resultan mucho más eficaces si los conocimientos adquiridos se emplean de manera inmediata o en el corto plazo. Hay que considerar que los alcances de la capacitación deben responder a las posibilidades reales de acción, tanto en lo que se refiere a la infraestructura y logística disponible como al respaldo y responsabilidad institucional que se adquiere. Esto quiere decir que debe existir congruencia entre el nivel de profundidad de los conocimientos adquiridos y el nivel de atención que cada prestador de servicios debe y puede ofrecer.

Información y sensibilización a todos los prestadores de servicios de salud

Para lograr una atención de calidad, es necesario que todos los prestadores de servicios estén informados y sensibilizados acerca de la VFMS y de los servicios que la Secretaría de Salud y otras instituciones ofrecen. Esto incluye tanto a los funcionarios de alto nivel, como al personal operativo en actividades asistenciales, administrativas y de apoyo logístico. Es previsible que la implantación del modelo integrado de atención a la VFMS impacte en todas las áreas, ya sea porque el personal tiene trato directo con quienes solicitan los servicios o porque realiza actividades de apoyo.

Formación a los equipos que prestarán atención esencial y especializada

El personal que preste atención esencial y especializada, debe participar en sus procesos de formación para adquirir los conocimientos y habilidades que, de acuerdo con el Manual Operativo, les corresponde desarrollar, de tal modo que todos los integrantes del equipo de salud deben contar con una formación básica sobre el tema y, además, manejar la información, conocimientos y herramientas técnicas y metodológicas sobre los aspectos específicos que serán de su responsabilidad.

A su vez, los equipos especializados requieren profundizar su formación de acuerdo con los aspectos definidos para la atención a la VFMS, mediante la especialización como proceso continuo de aprendizaje que confronta de manera permanente la teoría con la práctica, en un campo delimitado del quehacer profesional.

Los servicios especializados tienen además la responsabilidad de generar conocimiento, útil por su aplicación, en materia de prevención, detección y atención a la violencia, para que, a través del intercambio de experiencias, se afinen los procesos educativos que respondan a la realidad concreta. Por lo tanto, el personal especializado en la atención a la VFMS se perfila como el principal experto sobre atención en el nivel local y estatal y puede jugar un papel preponderante en los procesos de educación continua hacia el resto del personal.

Actualización e intercambio de experiencias

Los contenidos y métodos de capacitación deberán estar en continua revisión y actualización alimentada de la propia experiencia y por los conocimientos y experiencias generados en otras entidades federativas y países.

4. Promoción de la salud

La estrategia general para el desarrollo del trabajo de prevención se basará en la promoción de la salud y la participación activa del sector en las instancias locales, estatales y nacionales de coordinación interinstitucional e intersectorial.

La promoción de la salud es la estrategia nacional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud comunitaria en la que la participación de sus miembros es central para su implantación y desarrollo.

La NOM -190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud, criterios para la atención familiar, incluye la prevención en la definición de atención médica de la violencia familiar¹ y afirma que “Para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica, es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas, y construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneres, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales”.¹

A lo largo de los apartados 6.1.1 a 6.3.3, la NOM-190 describe la participación del personal de salud en actividades de promoción de la salud y prevención a través de tres diferentes vertientes: educación para la salud, participación social y comunicación educativa.

Los señalamientos prácticos para cada una de estas tres vertientes son:

Educación para la salud

En materia de educación para la salud, la norma establece que los prestadores de servicios del sector público deberán:

- Participar en programas educativos para la prevención y detección de la violencia familiar dirigidos a la población en general.
- Promover estilos de vida saludables y cambio de actitudes que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias, como se desprende desde las perspectivas de equidad y género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico.

Para implementarlo se incorporarán los temas de prevención de la violencia a los programas de promoción de la salud y municipios saludables, coadyuvando al desarrollo de una cultura de paz, respeto y equidad entre las personas, familias y comunidades, la búsqueda de equidad entre mujeres y hombres, jóvenes y adultos, y la resolución no violenta de conflictos.

Una de las acciones a corto plazo es incorporar los contenidos de los ejes temáticos de prevención de violencia a las actividades de sensibilización y capacitación que se realizan en los servicios de salud a través de los programas de promoción de la salud en las áreas de: Mujer, salud y desarrollo y Salud escolar.

Participación social

En segundo lugar, en materia de participación social la NOM-190 plantea que el personal que presta servicios de atención a la salud deberá:

- Promover la integración de grupos, de promotores comunitarios y de redes sociales para prevenir y combatir la violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes. Su función será estimular su participación en acciones de detección, información y orientación.
- Promover acciones conjuntas para la prevención de la violencia familiar con autoridades comunitarias y municipales, así como con la sociedad civil y organismos no gubernamentales y especialistas en violencia familiar, entre otros, en coordinación con las dependencias competentes.

Para llevarlo a cabo, los servicios de salud deben fomentar y apoyar la creación de redes comunitarias. Estas redes pueden planificar y coordinar acciones en los ámbitos de prevención, atención y rehabilitación. La participación social implica que las comunidades visibilicen el problema específico en su comunidad y participen en la identificación de posibles soluciones para implantarlas con el apoyo de los diferentes sectores.

Las organizaciones de mujeres y grupos afines juegan un papel primordial en la consolidación de redes. El personal de salud puede sensibilizar y capacitar a las y los líderes y promotores comunitarios, y reunirse periódicamente con ellos para verificar que cuenten con el apoyo y los recursos necesarios para su trabajo.³⁸

Comunicación educativa

En el tercer apartado, referente a la comunicación educativa, la norma indica que los prestadores de servicios de salud del sector público deberán:

- Participar y, en su caso, evaluar campañas educativas para informar, orientar y motivar la participación de la población sobre las formas en que se puede prevenir y combatir la violencia familiar en coordinación con las dependencias competentes.
- Apoyar la coordinación con otras dependencias, para reforzar sistemas educativos para la prevención de la violencia familiar.

Para implantarlo es imprescindible unificar los criterios de conceptualización y abordaje del tema y procurar que los materiales creados o adaptados para este fin reflejen los siguientes aspectos:

- Tener como primera prioridad la seguridad y bienestar de las mujeres en lo individual y colectivo.
- Reconocer que la inequidad de género y la discriminación están en el centro de la violencia contra las mujeres.
- Dar mensajes de cómo la equidad de género y la no violencia benefician a toda la comunidad.
- Buscar formas constructivas y positivas de involucrar a los hombres sin poner en riesgo la seguridad de las mujeres.
- No hacer análisis simplistas, por ejemplo, que el alcohol, la pobreza y las drogas causan la violencia contra las mujeres.
- Usar mensajes directos y objetivos, pero nunca mensajes que estigmaticen o estereotipen.
- Crear materiales que reflejen modelos, interacciones y conductas positivas en relación con la prevención de la violencia contra las mujeres.

Es necesario incluir propuestas que permitan brindar a las mujeres elementos para su empoderamiento como un primer paso indispensable de la prevención. Por ejemplo, informarlas sobre sus derechos y darles a conocer las alternativas de asesoría legal, apoyo psicológico, obtención de ingresos y capacitación para su autonomía económica, entre otras opciones.

La efectividad de esta tarea está estrechamente relacionada con dos factores: a) que sea parte de un esfuerzo permanente, y b) que sea coordinado con otros servicios locales, no una campaña aislada.

Aunque la intención de la campaña no sea la identificación de personas que viven en situación de violencia, los servicios de salud deben estar preparados para brindar apoyo a quienes probablemente busquen ayuda a partir de ella.

GUÍA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

| Espectos | Contenidos / características | Métodos o medios |
|---|--|---|
| Relativos a los capacitandos/as | (Ejemplos) | (Ejemplos) |
| <p>Selección de los capacitandos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigidos a todo el personal de salud • Dirigidos a los equipos que darán atención básica y especializada • Según especialidad (enfermeras, trabajadoras sociales, médicos y psicólogos) | <p>Información y sensibilización sobre la VFSM</p> <p>Contenidos del Manual de Capacitación de la Secretaría de salud. Detección, asesoría legal y psicológica, tratamiento especializado, contención en crisis.</p> | <p>Folleto, charlas, talleres</p> <p>Taller de seis sesiones.</p> <p>Cursos, talleres, diplomados.</p> |
| Relativos al capacitador | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Profesionales contratados por el Programa de Atención a la VFSM. • Prestadores de servicios capacitados como capacitadores. • Profesionales de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales. | <p>Psicólogos, sociólogos, médicos, abogados, trabajadoras sociales con experiencia en el tema de la VFSM, género y modelos de atención. Psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, prestadores de servicio social.</p> | <p>Contratación directa.</p> <p>Capacitación a través del Programa de Violencia de la Secretaría de salud.</p> <p>Mediante la contratación de especialistas externos.</p> |
| Relativos al contexto social | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Por niveles de atención • Por zonas rurales o urbanas • Por unidad de salud • Por Jurisdicción Sanitaria | <p>Adecuación de los contenidos del Manual de Capacitación de acuerdo con las condiciones de infraestructura, humana y financiera de cada nivel de atención.</p> <p>Adecuación de los contenidos de acuerdo con las características socio-culturales de la población que será atendida (rural, urbana, indígena, migrante, etcétera.).</p> | <p>Investigación previa y revisión de los programas, contenidos, métodos, y materiales.</p> |
| Metodológicos | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de capacitador • Tipo de medios utilizado • Metodología didáctica • Tamaño de los grupos | <p>Facilitador, expositor, instructor</p> <p>Con apoyo de audiovisuales, impresos, rotafolios, internet. Exposición, dinámicas participativas, clases convencionales, conferencias magistrales, mesas redondas, seminarios. De acuerdo con el método y el objetivo.</p> | <p>Presencial. A distancia mediante computadora</p> <p>Videocasetas, cañón, materiales didácticos, salones. Grupos no mayores de 20 p/talleres.</p> |
| Relativos a la ubicación | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lugar que depende del usuario • Medios itinerantes • Medios que requieren una ubicación determinada | <p>Centros de trabajo. Aulas ambulantes, bibliobuses, intercambios. Auditorios, salas audiovisuales.</p> | <p>Adecuación de espacios. Renta o compra de equipo. Renta o gestión de locales.</p> |
| Temporales | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Según la duración e intensidad • Según la flexibilidad de horarios | <p>Programas de larga duración, media o corta</p> <p>Programas intensivos. Cursos seriados. Ajustados a los horarios laborales. Fuera del horario laboral.</p> | <p>Medios que permiten que el usuario establezca el horario (cursos por internet).</p> |
| Económicos e institucionales | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Según el tipo y monto de financiación • Según el grado de institucionalización de la capacitación | <p>Con los recursos institucionales. Con recursos de programas federales. Con financiamiento externo. Programas que forman parte de la capacitación institucional. Programas eventuales poco institucionalizados.</p> | <p>Proyecto de Presupuesto. Provenientes del PVFSM. Convenios con financiadoras. Como parte de los programas del Área de aprendizaje e investigación.</p> |

5. Desarrollo de infraestructura

Los responsables estatales del Programa de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres deberán asegurarse de contar con los recursos financieros, humanos, de infraestructura y materiales necesarios para brindar una adecuada atención a usuarias que viven en situación de violencia familiar y/o sexual.

Recursos financieros

Es recomendable que en las primeras etapas se etiqueten recursos específicos para los programas y actividades de atención a la VFMS hasta lograr que éstos se consoliden y se legitimen como programas sustanciales del sector. Debe evitarse que estos recursos sean usados para cubrir otras necesidades de las áreas en las que se adscriben los programas. Es deseable que a corto o mediano plazo el presupuesto para la atención a la VFMS forme parte de los presupuestos institucionales a través de los Proyectos de Presupuesto Anuales.

Recursos humanos

Para que los servicios de atención sean proporcionados de manera adecuada y en todas las áreas del sector salud o en aquéllas que se definan como prioritarias, es indispensable contar con:

- El personal de salud sensibilizado y capacitado, pues ellos serán quienes brinden la atención esencial o en su caso refieran.
- Equipos básicos especializados (personal de las áreas de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y promoción de la salud), de acuerdo con los recursos disponibles y al nivel de atención en el que se ofrecerán los servicios.
- Personas expertas en el tema, ya sean de la propia Secretaría o externas, que puedan brindar capacitación y asesoría permanente al personal responsable de los servicios especializados de atención a la VFMS.

En la selección del personal que será asignado a la atención a la VFMS se deben considerar las aptitudes, actitudes, la disposición y la sensibilidad hacia el tema. Dicho personal debe ser liberado de otras cargas de trabajo, recibir estímulos, capacitación permanente y, adicionalmente, considerar espacios para contención o terapia laboral.

Recursos de infraestructura

Los prestadores de servicios deben contar con los espacios físicos adecuados para la seguridad y confidencialidad de las mujeres y de personal de los propios servicios. Se recomienda asignar espacios cerrados, que no estén señalizados para que no puedan ser identificados por el público en general, sino sólo por las usuarias a través de las indicaciones del personal de la Secretaría.

En el caso de realizar sesiones grupales al interior de las instalaciones de la Secretaría, se deberá contar con salones con capacidad para cuando menos 12 personas, asegurando que haya tiempos asignados a las usuarias que vayan a recibir algún tipo de terapia grupal.

Recursos materiales

Se recomienda que la atención especializada se proporcione en unidades médicas que cuenten con:

- Computadoras y sistemas de enlace (líneas telefónicas, intranet, internet o fax) para apoyar las tareas de referencia, contrarreferencia, seguimiento y registro de la información.
- Medicamentos y equipo especializado: es necesaria la disponibilidad de hormonas orales para anticoncepción de emergencia: Ovral, Eugynon, Nordiol, Neogynon, Lo-femenal, Nordet, Microgynon; disponer de medicamentos para prevenir ITS: Metronidazol, Ceftriaxona o Cefixima , Azitromicina o Doxiciclina, Eritromicina o Amoxiciclina, Penicilina G benzatínica; Inmunoglobulina de hepatitis B, Acitrovir o Valciclovir, anti-retrovirales: Zidovudina (AZT), Lamiduvina (3TC), Nelfinavir (NEL), Indinavir (IDV). Equipo especial para violencia sexual: Luz Woods.
- Los formatos de soporte que se encuentran en el Manual Operativo:
 - Signos de alarma (indicadores de violencia).
 - Herramienta de detección.
 - Interrogatorio pos-detección
 - Interrogatorio para evaluación del riesgo.
 - Ejemplos de planes de seguridad.
 - NOM-190-SSA1-1999.
- Los formatos de registro de información.

Registro de información

Hay que aprovechar la infraestructura institucional existente para recopilar, procesar, analizar y usar la información que se genere. A partir del año 2000, la Secretaría de Salud intensificó su atención a este tema, lo que se ha traducido en acciones concretas en el terreno de la elaboración de registros y de generación de información por su sistema institucional de información, el cual se integra por: el Sistema de Información en Salud, SIS; el Sistema de Información de la Vigilancia Epidemiológica, SUIVE; el Sistema de Información Administrativa y otros sistemas de información, PEMISPA, SEED, SAEH. Las variables asociadas a la información sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres se pueden ubicar en varios de los componentes de este sistema en cuyos formatos se han incluido preguntas clave sobre el tema y éstos son capturados a partir del registro de datos en cuatro formatos: SUIVE -1-2002; SIS-SS-14P, 16P, 17P formatos de registro de lesiones en unidades de primer nivel de atención, hospitales y urgencias; SNS RAVF-2 formatos de registro de violencia familiar y en el Certificado de Defunción (Secretaría de Salud. Manual sobre lineamientos estratégicos, 2004).

El formato incluido en la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, *“Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar”*, incluye las variables básicas recomendadas internacionalmente para registrar la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, por ello, en la edición comentada publicada por la Secretaría de Salud se señala:

Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.

El personal de las unidades de atención a la salud de los Servicios Estatales de Salud deberá llenar el formato SIS-SS-17-P.

Para cada probable caso de violencia familiar atendido por las Instituciones del Sistema Nacional de Salud deberá llenarse además el formato estadístico denominado Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar, el cual contiene variables sobre las personas involucradas en situación de violencia familiar, el evento y la atención proporcionada conforme con el Apéndice Informativo 2. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas.

En caso que las personas involucradas en situación de violencia familiar fallezcan a causa de la misma, el modelo 2000 del certificado de defunción incluye en el apartado de circunstancias que dieron origen a la lesión, la leyenda atribuible a violencia familiar, especificando en caso de homicidio, si éste involucró la violencia familiar y en lo posible, lo relativo al parentesco del usuario probable causante de violencia familiar. Esto permitirá la codificación de la posible causa de muerte a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)(Y06 y Y07).

Con el fin de contribuir al mejor conocimiento de estos eventos podrán realizarse investigaciones especiales a través de encuestas, autopsias verbales, revisión de expedientes clínicos y seguimiento de unidades centinela. Lo anterior en el contexto del diseño del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Accidentes y Lesiones (SIVEPAL).

Toda persona involucrada en situación de violencia familiar que acuda en primera instancia a alguna institución de procuración de justicia, será remitida en su oportunidad a una unidad médica del Sistema Nacional de Salud para su atención y registro. Será responsabilidad de dicha unidad médica el llenado de los formatos correspondientes.

La integridad de los datos derivados de estos formatos depende, de la adecuada detección de la violencia por parte del personal que preste servicios de salud, y del correcto llenado y envío de los formatos de registro.

La autoridad sanitaria local es responsable de la recopilación inicial de la información y del envío de los resultados hacia el nivel estatal y nacional de acuerdo con los flujos y procedimientos definidos por los sistemas institucionales de información. La periodicidad de la información será continua para el registro, mensual para su concentración institucional y anual para la integración y difusión nacional.

Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos.

La Secretaría de Salud será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar.

La producción de mayor conocimiento sobre la violencia contra las mujeres implica tener información y datos sobre:

- La dimensión del problema.
- Los espacios donde ocurre.
- Las causas (directas y estructurales).
- Los factores desencadenantes.
- Las consecuencias (lesiones físicas, padecimientos asociados, salud mental).
- Las secuelas (a mediano y largo plazo).
- Las respuestas (tratamientos, casos de éxito, deserciones).
- Las percepciones y representaciones sobre el tema.

En corresponsabilidad con el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e informática (INEGI), la Secretaría de Salud contribuirá al conocimiento sobre dimensión del problema así como lo que se refiere

con las percepciones y representaciones sobre el tema, de acuerdo a las atribuciones que le confiere el numeral 7.4 de la Norma.

En el caso de la información que se genera con el formato existente y sustentado en la NOM-190-SSA1-1999, para dar aviso al Ministerio Público sobre las personas involucradas en situación de violencia familiar, su aplicación, como producto de la vinculación sectorial normativa, requiere de vías de notificación sencillas y expeditas a través de una comunicación eficiente entre los Ministerios Públicos y el sector.

La incorporación del tema de la violencia contra las mujeres en el sistema de información existente que mida la prevalencia e incidencia del problema, caracterice a agredidos y agresores, los tipos de violencia y los resultados de programas aplicados implica atender algunos aspectos puntuales. Algunas recomendaciones son:

- Implantar un programa eficaz con actividades de sensibilización, capacitación y supervisión continua mediante el cual se analice la importancia de la generación de registros y se supere la curva de aprendizaje para el registro de información en general y del registro de la VFMS en lo particular. Este programa debe atender la rotación de pasantes y residentes.
- Prevenir y evitar que la construcción del sistema de información ponga en riesgo a las personas en situación de violencia o a las y los prestadores de servicios de salud que las atienden.
- Incorporar al SIS los datos del formato diseñado para cumplir con la NOM-190-SSA1-1999, aunado a la sustitución de los formatos obsoletos por los formatos que incluyen el rubro de Violencia Familiar como causa de la lesión, y el aprovisionamiento suficiente de formatos a las clínicas y hospitales.
- Disponer de un equipo que permita atender la deficiencia de infraestructura informática.

Para lograr un registro más adecuado sobre el tema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, se requiere el desarrollo de medidas que garanticen el cumplimiento en el llenado de formatos por parte del personal en la Secretaría de Salud y, en general, en todas las instituciones del sector salud, y dentro de ellas las de la iniciativa privada. Algunas recomendaciones para el llenado o adecuación de los formatos son:

Formato de lesiones:

- Incorporar la pregunta para saber si la paciente está embarazada.
- Utilizar los formatos que incluyen el rubro de Violencia Familiar como causa de lesión.

Formato de defunciones:

- Registrar el nexo de pareja y el parentesco en el caso de la muerte provocada por un familiar, ya que en este punto la NOM-190-SSA1-1999 es laxa al agregar la frase “en lo posible” al referirse a la especificación del parentesco del probable agresor en caso de homicidio.

Formato de violencia familiar:

Este formato incluido en la NOM-190-SSA1-1999, incorpora las variables básicas recomendadas internacionalmente para registrar la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Las recomendaciones son:

- Crear mecanismos para garantizar la utilización del formato de violencia familiar en todos los centros de atención.
- La incorporación del formato al SIS.

A pesar de que este formato incorpora las variables básicas, presenta ciertas características a considerar para la información recabada:

- La manera como están estructuradas en el apartado de “evento” las preguntas 1) sobre la fecha de ocurrencia, 4) sobre el día de la semana en que ocurrió el evento, 5) si fue o no en día festivo y 7) circunstancias en que ocurrió, reflejan una concepción de evento aislado y esporádico, por lo cual es de especial importancia contestar la pregunta 3) sobre prevalencia, con respuestas excluyentes: primera vez o recurrencia.
- La sección de evento tiene un fuerte sesgo hacia lesiones físicas que se advierte en la pregunta 8) consecuencias resultantes, sin embargo, las afecciones crónicas asociadas deben de ser registradas en el formato.

En cuanto al registro general de acciones en violencia familiar, sexual y contra las mujeres, en las entidades federativas es necesario dimensionar:

- A cuántas se les dio qué tipo de servicio.
- Por cuánto tiempo.
- Con qué frecuencia.
- A petición de quién.
- A dónde se les refirió.
- Cuáles fueron los resultados.
- A cuántas se les dio de alta y bajo qué condiciones –con qué protocolos.
- Cuántas desertaron y por qué.

Finalmente, es pertinente considerar algunas medidas de seguridad para el personal que presta servicios de salud como:

- Disponibilidad de teléfonos de emergencia de Seguridad Pública disponibles en lugares visibles. En este caso, habrá que tener acuerdos con las autoridades para asegurar atención inmediata.
- Identificación de salidas de emergencia por parte del personal.
- Protección a la identidad del personal por parte de recepcionistas, vigilantes, etcétera. Con el fin de evitar que los agresores los identifiquen.
- Conformación de una red de comunicación entre el personal prestador de servicios para que se proporcionen ayuda mutua.
- Efectuar, por parte de psicólogos, sesiones periódicas de apoyo para el personal encargado para aliviar la tensión provocada por la responsabilidad de brindar atención a mujeres en situación de violencia.

6. Comunicación y difusión

La institucionalización del Modelo requiere el diseño de una estrategia de comunicación eficaz y planificada, que contribuya a generar cambios en las creencias, las actitudes y los comportamientos para la construcción de nuevas normas sociales frente a la VFMS.

La comunicación definida como *“el proceso interpretativo a través del cual los individuos –en sus relaciones, grupos, organizaciones y sociedades– responden y crean mensajes que les permiten adaptarse a su entorno y a las personas que los rodean”*.³⁹ Las variables que intervienen en su proceso son: el contenido del mensaje, la forma en que éste se entrega y el efecto que produce. El proceso de comunicación consiste en las siguientes preguntas: ¿Quién transmite el mensaje? ¿Qué dice? ¿A quién se dirige? ¿Mediante qué canales se realiza? ¿Cuáles son los efectos esperados? ¿Cuáles son los efectos logrados?

- La comunicación no consiste en la transmisión unilateral de mensajes de una fuente a un receptor, actualmente se conceptúa como un proceso de retroalimentación y adaptación, en el que los participantes interpretan y comprenden la información y se produce “una convergencia de ideas”.⁴⁰

Desde una perspectiva estratégica la comunicación debe tener una visión de futuro que incluye el análisis del proceso, la conceptualización, las pruebas de mercado, la producción de los materiales, el seguimiento del proceso, la evaluación del impacto y la planificación de la sostenibilidad.⁴⁰ En otras palabras, la comunicación estratégica se basa en metas, estrategias y resultados medibles.

OBJETIVOS

La Secretaría de Salud plantea como objetivos estratégicos de comunicación, según grupo objetivo, los siguientes:

Para el personal prestador de servicios de salud:

- Promover el cambio de actitudes respecto a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, para su comprensión como problema de competencia y responsabilidad del sector salud.
- Informar sobre el Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, que la Secretaría implementará para todas las unidades del sector de salud.
- Motivar al personal para que colabore en la implantación, gestión y consolidación del Modelo.
- Compartir los principios y valores que sustentan al Modelo.

Para las usuarias de los servicios de salud:

- Proporcionar orientación sobre las situaciones y factores que pueden configurar situaciones de violencia.
- Estimular a las usuarias para que busquen atención y asesoría si perciben que viven en situación de violencia.
- Informar a las usuarias y usuarios sobre los servicios de que dispone la Secretaría de Salud para la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Para la población abierta:

- Hacer visible la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema social que no es natural y que no debe ser tolerado.

- Promover la no discriminación por razones de sexo, edad, grupo étnico, opción sexual, creencias religiosas o cualquier otra.
- Promover una cultura de no-violencia y fomentar la resolución pacífica de los conflictos en las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias.
- Promover la denuncia y el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres frente a las situaciones de violencia.
- Informar sobre los servicios que proporciona la Secretaría de Salud para la atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Visión y criterios para la comunicación y la difusión

La visión estratégica de la comunicación y la promoción significa establecer con claridad a dónde se quiere llegar, en qué forma, con qué plazos, a quién se dirige la información y cómo incorporar a los diferentes participantes sociales, para crear un medio que favorezca cambios en creencias, actitudes, comportamientos y normas sociales. Desde esta perspectiva la comunicación es un instrumento que se puede utilizar para llevar un problema como el de la violencia del ámbito privado al público.

Para los procesos de comunicación se consideran los siguientes criterios: a) los contenidos deben referirse a temas concretos; b) debe haber una presentación continua de ese contenido durante cierto lapso; c) debe existir un grupo de personas expuestas a los contenidos para que éstos tengan efectos sobre la conducta y los valores básicos, y d) los contenidos deben ser comprensibles para el público a quien se dirigen.

Para abordar la violencia contra las mujeres es necesario recurrir a diversos canales de comunicación de manera combinada, para generar sinergias en tres posibles sentidos:

- **Interpersonales.** Medios visuales o audiovisuales como videos y material impreso (folletos o carteles), que influyen en la familia, las amistades y los proveedores de servicios.
- **Grupales.** Materiales educativos para grupos específicos de población mediante su distribución en escuelas y en organizaciones de la comunidad, con metodologías que influyen en organizaciones comunitarias.
- **Masivos.** Se refieren a los medios de comunicación que influyen en una proporción importante de la población como prensa, radio y televisión.

Las personas expertas en comunicación en el ámbito de la salud afirman que *“el interlocutor de nuestros esfuerzos no cambia necesariamente sus hábitos o conductas de salud porque se lo dice un familiar o un especialista. Por el contrario, la adopción de una nueva práctica, como el uso del condón para protegerse del sida y las enfermedades de transmisión sexual o hacerse regularmente el examen del Papanicolaou, requiere de la confluencia de numerosos ingredientes a lo largo del tiempo para que se practique de manera sistemática.”*⁴¹

Una estrategia de comunicación debe tomar en cuenta las etapas de la adopción de una conducta y definir acciones diferentes según las necesidades del grupo objetivo. Por ejemplo, las mujeres que no conocen sus derechos y la forma de ejercerlos, o no sepan qué servicios ofrece la Secretaría de Salud o alguna otra institución, se encuentran en la etapa de adquisición de conocimientos y las actividades se abocarán a la difusión de información sobre leyes, derechos de las mujeres y servicios disponibles. En los casos en los cuales las mujeres ya tienen información sobre las leyes que las protegen y sobre sus derechos, la comunicación se dirigirá a estimular la adopción de nuevas conductas.

La estrategia de comunicación debe considerar también a los agresores como grupo objetivo y de igual manera evaluar las etapas del cambio de conducta en la que se encuentran para orientar las acciones de comunicación.

El logro de acciones efectivas en materia de comunicación y promoción involucra la formulación de un plan o programa, la coordinación con otras instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, la formación de comités o grupos de trabajo y la visibilidad de los servicios que la Secretaría ofrece.

- La adopción de una conducta definitiva pasa por cinco etapas y cada una de ellas requiere acciones de comunicación diferentes:⁴¹

Primera: se refiere al conocimiento, toma de conciencia o comprensión crítica de la nueva propuesta de salud.

Segunda: se logra una actitud favorable a la nueva práctica que termina en su aprobación. Se expresa la intención de adoptar una conducta.

Tercera: involucra la decisión de adoptar una nueva conducta.

Cuarta: implica la adopción real de nuevas prácticas.

Quinta: reafirmación y consolidación en que se reconocen y valoran las ventajas de la práctica adoptada y las personas se convierten en promotoras de su adopción.

CONTENIDOS

Independientemente del medio y el grupo objetivo al que se dirija la estrategia de comunicación y promoción, la Secretaría de Salud considera que los contenidos deben referir los siguientes aspectos:

- La violencia como un problema social y no individual que debe ser sancionado.
- Las creencias, mitos y percepciones mediatizadas por estereotipos sobre comportamientos de mujeres y hombres que contribuyen a la legitimación de la violencia.
- Los valores que se quieren transmitir: no-discriminación, equidad de género, ejercicio de los derechos.
- La distinción sobre las causas y los factores de riesgo.
- La posibilidad de construir relaciones no-violentas en el ámbito personal, comunitario y social.
- Los servicios y programas de la Secretaría de Salud para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Las alternativas y servicios no gubernamentales de atención a la violencia.

Lo que se debe y no se debe hacer en comunicación sobre VFSM

Se debe:

- Tener como primera prioridad la seguridad y bienestar de las mujeres individual y colectivamente.
- Reconocer que la inequidad de género y la discriminación están en el centro de la violencia contra las mujeres y que tiene que ser abordada.
- Prever las consecuencias intencionadas y no intencionadas: la generación de demanda no esperada o de riesgos.
- Coordinar con otros servicios locales.
- Buscar formas constructivas y positivas para involucrar a los hombres sin poner en riesgo la seguridad de las mujeres.
- Usar mensajes directos y objetivos, pero nunca mensajes que explotan, estigmatizan o estereotipan.
- Crear materiales que reflejen modelos, interacciones y conductas positivas en relación a la prevención de la violencia contra las mujeres.
- Realizar esfuerzos permanentes y campañas aisladas.

No se debe:

- Usar información personal o perfiles sin informar en detalle y pedir el consentimiento de la persona.
- Socavar cuestiones fundamentales de equidad de género.
- Presionar a las mujeres o hacerlas sentir mal por no hablar.
- Hacer sensacionalismo con la violencia o usar ejemplos “exóticos” para obtener impacto o entretenimiento.
- Hacer análisis simplistas, por ejemplo, que el alcohol, la pobreza y las drogas causan la violencia contra las mujeres.

Acciones

- Las acciones de las instituciones de gobierno, de la sociedad civil y del sector privado deben orientarse a la participación, junto con los medios de comunicación, a la construcción de nuevas actitudes hacia la violencia de tal manera que la cuestione, la rechace y contribuya a su prevención.⁴¹
- El uso de los medios de comunicación se debe combinar con acciones comunitarias y con la comunicación interpersonal, para ello deben utilizar diferentes canales, fuentes de información, géneros y formatos innovadores. El objetivo del programa de comunicación es el eje que define el conjunto de acciones de comunicación y promoción, así como la congruencia de los mensajes con los principios y valores que orientan el Modelo de Atención.

- Es importante tomar en cuenta el alcance de los medios a utilizar, el tipo de público y el grado de urbanización de la zona. La radio llega a una mayor cantidad de gente, especialmente en las zonas rurales. La televisión es un medio de mucha influencia por las imágenes visuales y la repetición; sin embargo, su cobertura es más limitada. Los periódicos y revistas tienen un efecto multiplicador importante, porque pueden ser leídos por muchas personas y reproducidos, sin embargo, su acceso es posible solamente en las ciudades más importantes.
- Las alianzas con los medios de comunicación son indispensables para asegurar la cobertura del mensaje. Este es un aspecto central para el logro de los resultados que se esperan y para el uso de distintas formas de emitir un mensaje o campaña: telenovelas, miniseries, canciones, programas de entrevistas, programas de radio y televisión, noticieros, etcétera.

La colaboración con los medios de comunicación requiere de un conocimiento de la forma en que operan y el interés de elevar su audiencia, especialmente en televisión, de ahí se sugiere que el tema de la violencia se muestre de modo que convoque a grandes audiencias mediante mensajes constructivos, que no provoquen rechazo y que no utilicen imágenes negativas o que estigmaticen a las mujeres.

- La comunicación es una fuerte inversión para el apoyo a programas sociales, como es la atención a la violencia contra las mujeres. Para conocer el costo-efectividad de un programa o campaña de comunicación, debe tomarse en cuenta el medio que se utilizará, y calcular el costo entre la cantidad de personas a las que llegará el mensaje, es decir la cobertura y el impacto. La combinación de recursos y acciones de diferentes instituciones evita la duplicación de esfuerzos y favorece el uso racional de los recursos. Asimismo, debe explorarse la posibilidad de que el sector privado colabore en el auspicio del programa de comunicación sobre violencia.
- Aún cuando el objetivo de la mayor parte del contenido de los medios es entretener más que informar, es posible utilizar al entretenimiento como un ámbito para generar cambios en los comportamientos y en la percepción social de la violencia. Por ejemplo, se puede introducir el tema en programas de radio, canciones, teatro callejero, de títeres y escolar, telenovelas y programas de variedades. La participación de personajes populares y celebridades en la información sobre temas sociales suele resultar efectiva.
- Una estrategia eficaz de comunicación tiene posibilidades de provocar cambios de conductas si incluye la investigación de audiencias y la evaluación, y con base en este resultado se construyen mensajes adecuados y de buena calidad que logren iniciar o acelerar el cambio de actitudes.

- Las intervenciones se deben dirigir a audiencias específicas. La segmentación de audiencias objetivo es uno de los principios fundamentales para el desarrollo de programas de comunicación. Las mujeres que viven en situación de violencia y los hombres agresores no constituyen un grupo homogéneo, por lo tanto no se pueden tratar como grupos genéricos. Es necesario tener perfiles específicos tanto de las mujeres como de los hombres involucrados de una relación de violencia.
- Se deben tener en cuenta los valores, percepciones, actitudes y conductas del grupo de población al que van dirigidas, por esta razón los estudios de audiencia son indispensables para la definición de los perfiles de grupos. Es preciso considerar variables como la edad, sexo y posición social así como los motivos, los medios, su uso, las expectativas y el grado de satisfacción que obtienen las personas del uso de los diferentes medios de comunicación.
- Los avances tecnológicos aplicados a los medios de comunicación están generando cambios acelerados en los medios, en las formas de comunicación y en la relación de las personas con los medios. Actualmente vivimos en una sociedad más visual que en el pasado, este es un rasgo que no puede ser ignorado en una estrategia de comunicación³⁹ e implica valorar la disponibilidad del servicio de internet, ya sea en los hogares o en centros públicos, como alternativa para amplificar las posibilidades de información que propone modificar las percepciones de la violencia, reducir su prevalencia e informar sobre los servicios disponibles en la Secretaría de Salud para la atención al problema.
- La construcción de indicadores de cambio es un desafío central para la estrategia de comunicación, para lo cual es necesario investigar las diferencias y similitudes en los factores que presentan las mujeres que deciden un cambio de conducta y buscan atención; los que participan en la dinámica familiar para operar las normas sociales; los que permiten erradicar actitudes tolerantes de la violencia; así como, identificar los factores que participan en los hombres que deciden buscar orientación para dejar de ser agresores. Además, los indicadores de comportamiento individual y grupal son fundamentales para la corrección de las acciones que no dan resultado y para la planeación de actividades futuras de comunicación y promoción.
- En las acciones de comunicación dentro de la Secretaría de Salud, es necesario explorar las posibles resistencias que puede generar, entre el personal de salud, la operación del modelo y la apropiación de los principios y valores en los que se basa, mediante la evaluación permanente de la disposición del personal hacia el tema y de la etapa del cambio de conducta en la que se encuentre; sobre esta base se decidirán los contenidos y los medios a utilizar para dirigirse al personal.

- Las experiencias exitosas de otros países constituyen una fuente inapreciable de aprendizaje para la definición de una estrategia eficaz de comunicación y promoción. Es recomendable indagar a fondo dichas experiencias para retomar los elementos que pueden resultar útiles.

La experiencia de algunos países sobre muestra el impacto exitoso de estrategias de comunicación que se deben tomar en cuenta para el caso de la VFSM. En Bolivia se constató una asociación entre comunicación y cambio de conducta: cuanto mayor fue la exposición a una campaña de planificación familiar, mayor fue el conocimiento de medidas preventivas en el área de salud reproductiva y el número de usuarios de métodos de planificación familiar. En Chile, la visibilidad del problema de la violencia se logró por: a) el involucramiento de otras instituciones de gobierno (aparte de la instancia rectora, SERNAM); b) la promoción de cambios legislativos, y c) el desarrollo de campañas en medios de comunicación como *“Sin violencia –entre hombres y mujeres- se vive mejor”*⁴². En Costa Rica, la campaña *“Por una vida sin violencia”* ha tenido un impacto masivo a través de su difusión en todos los medios de comunicación social. En Brasil se impulsó con buenos resultados la campaña *“Una vida sin violencia es un derecho nuestro”*.

Tareas de Planeación Estatal

Las tareas de planeación que tienen que realizar las y los responsables del Programa de Prevención y Atención a la Violencia son:

- Diagnóstico situacional: identificación de la situación estatal, jurisdiccional o regional, así como la situación al interior de la institución.
- Establecimiento de objetivos para cada estrategia institucional.
- Definición del esquema de aplicación del Modelo Integrado.
- Determinación de los requerimientos para la operación.
- Establecimiento del programa de operación del Modelo Integrado.
- Diseño de un programa de monitoreo, seguimiento y evaluación.

Diagnóstico situacional

Las tareas para realizar un diagnóstico que identifique la plataforma sobre la cual se inician las actividades del Modelo se orientan a dos ámbitos. *(Cuadro XV)*

CUADRO XV. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

| El exterior | El interior |
|---|--|
| <p data-bbox="261 583 805 653">Por “exterior” entiéndase el entorno nacional y el específico de cada estado de la República</p> <ul data-bbox="237 705 829 1209" style="list-style-type: none"> • Situación del marco jurídico estatal. • Acciones que en lo referente a la VFSM se están llevando a cabo en la Secretaría de Salud de otras entidades federativas de la República. • Identificación de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que estén atendiendo a la VFSM, en el estado objeto del diagnóstico. • Identificación de posibles coordinaciones inter-institucionales ya establecidas para la atención de la VFSM. • Evaluación de la magnitud de problema de la VFSM en la entidad. • Identificación de amenazas/oportunidades. | <p data-bbox="894 583 1419 653">Por “interior” entiéndase centros de salud de la Secretaría de Salud Estatal</p> <ul data-bbox="862 705 1455 930" style="list-style-type: none"> • Inventario de la infraestructura. • Inventario de recursos humanos. • Disponibilidad de recursos financieros. • Evaluación de programas y/o acciones realizadas para atender a mujeres en situación de violencia. • Identificación de fortalezas/debilidades. |

1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EXTERIOR

Situación del marco jurídico estatal. Con la información proporcionada en el marco jurídico de este documento, se podrá obtener una visión sobre la legislación de la violencia familiar en cada estado. Se podrán identificar aquellos en donde existen leyes administrativas para la Violencia familiar y/o sexual, aquellos donde el Código Penal incluye la violencia familiar y/o sexual como delito, aquellos donde la violencia familiar es causal de divorcio, aquellos donde la violencia familiar constituye incumplimiento de una obligación establecida por las legislaciones civiles y entidades federativas donde la violación entre cónyuges constituye un delito.

Esta información deberá ser del conocimiento de las y los prestadores de servicios de salud para que puedan proporcionar información a las personas que viven en situación de violencia familiar y que sean atendidas en la unidades médicas de la Secretaría.

Dado que las leyes están sujetas a cambios es necesario hacer una revisión anual de las mismas y actualizar al personal de salud ante cualquier modificación.

Acciones que se están llevando a cabo en la Secretaría de Salud de otras entidades federativas de la República. El Programa de Prevención y Atención a la VFMS se inició formalmente con un programa piloto en agosto de 2002, que constituye una fuente primaria de información, ya que los coordinadores y participantes (*Anexo 2, pág. 159*) de este programa piloto cuentan con experiencia y conocimientos muy valiosos que pueden servir de referente.

Las entidades que iniciaron las actividades del Programa Piloto en el año 2002 son: Coahuila, Distrito Federal, Michoacán, Nuevo León y Tabasco. Para 2003 se incorporaron: Baja California Sur, Baja California, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Q. Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas. La experiencia de las entidades federativas en los que se inició el Programa puede arrojar luz sobre los siguientes puntos:

- Problemas comunes que han enfrentado y lo que han hecho para resolverlos.
- Intercambiar experiencia para optimizar recursos.
- Identificar formas de establecer redes interinstitucionales e intersectoriales.

Asimismo en la página web www.generoysaludreproductiva.gob.mx se encuentra información valiosa y pueden solicitarse datos sobre:

- Las actividades que se están realizando en las entidades federativas.
- Documentos y materiales generados en dichas entidades.
- Directorio de responsables estatales. (*Anexo 2, pág. 159*)
- Directorio de refugios para mujeres en situación de violencia extrema (*Anexo 1, pág. 157*)

Se recomienda realizar visitas de intercambio a un estado piloto, para tener un mayor acercamiento con las personas involucradas en las prácticas de atención a la VFMS, y obtener provecho del conocimiento y la experiencia de otros prestadores de servicios y establecer redes de relaciones.

Identificación de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que estén abordando el tema de la VFMS en el Estado. Ya que el Modelo de Atención contempla la participación de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales para proporcionar atención integrada a la VFMS, es necesario tener claridad acerca de cuáles son importantes, así como de las funciones y atribuciones de cada una de ellas. Se consideran indispensables la Secretaría de Educación Pública, Procuración de Justicia, Seguridad Pública, Desarrollo Social, Poder Legislativo, DIF, Instituto Estatal de las Mujeres, ONG abocadas a esta problemática, Derechos Humanos, universidades e institutos de investigación y economía.

- Es necesario identificar en cada entidades federativa y en las entidades cercanas de fácil acceso, las instituciones que atienden a mujeres en situación de VFSM, el tipo de servicios que ofrece cada una y el enfoque utilizado, el cual debe ser congruente con el de la Secretaría de Salud.
- A raíz de esta investigación se deberá conformar un directorio con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales a las cuales se podrán referir las usuarias desde la Secretaría de Salud.
- Si en el estado que se analiza hay un refugio, se sugiere contactar al o la responsable para llegar a acuerdos sobre referencias desde las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Identificación de posibles coordinaciones interinstitucionales ya establecidas para la atención de la VFSM. Normalmente existen mesas o consejos, creados a partir de leyes estatales que obligan a los participantes a ejecutar acciones relacionadas con la prevención y atención a las personas en situación de violencia. Adicionalmente, puede haber convenios bilaterales o multilaterales entre diferentes instituciones.

- Es necesario identificar las mesas o consejos existentes, quiénes participan, qué atribuciones tienen, cada cuándo se reúnen, qué han hecho, cuáles son los lineamientos de acción.
- Si no existe un consejo de coordinación interinstitucional en el estado, será muy conveniente que el Secretario estatal promueva reuniones con funcionarios de alto nivel para conseguir acciones de coordinación.

Evaluación de la magnitud de problema de la VFSM en la entidad. Antes de iniciar las acciones para atender a las usuarias, hay que tener en cuenta la demanda potencial aproximada de los servicios. El *Cuadro XVI* sirve como referencia del número de usuarias potenciales del Modelo de Atención, por entidad federativa para el 2004.

CUADRO XVI. DEMANDA POTENCIAL DE USUARIAS POR ENTIDAD FEDERATIVA*

| Entidad federativa | Por tipo de violencia | | | | |
|------------------------|-----------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|
| | Total* | Psicológica | Física | Sexual | Económica |
| 1. Aguascalientes | 12 666 | 11 588 | 5 659 | 3 234 | 3 234 |
| 2. Baja California | 63 972 | 57 701 | 38 634 | 24 836 | 17 812 |
| 3. Baja California Sur | 14 949 | 13 448 | 7 169 | 5 446 | 3 834 |
| 4. Campeche | 25 820 | 23 455 | 13 600 | 9 855 | 6 997 |
| 5. Chiapas | 56 029 | 49 050 | 32 900 | 17 945 | 16 350 |
| 6. Chihuahua | 20 204 | 18 090 | 8 876 | 8 961 | 4 903 |
| 7. Coahuila | 121 370 | 116 041 | 49 140 | 35 523 | 20 722 |
| 8. Colima | 58 969 | 54 861 | 30 805 | 21 416 | 16 429 |
| 9. Distrito Federal | 292 571 | 255 175 | 153 985 | 101 190 | 90 191 |
| 10. Durango | 30 848 | 28 412 | 12 988 | 11 568 | 7 915 |
| 11. Estado de México | 87 013 | 80 832 | 40 416 | 30 431 | 19 495 |
| 12. Guanajuato | 100 218 | 93 793 | 45 612 | 28 909 | 21 842 |
| 13. Guerrero | 57 616 | 51 607 | 30 399 | 19 795 | 12 372 |
| 14. Hidalgo | 141 604 | 128 015 | 58 644 | 52 207 | 30 037 |
| 15. Jalisco | 395 750 | 364 862 | 158 300 | 113 899 | 86 872 |
| 16. Michoacán | 146 793 | 136 431 | 63 322 | 54 688 | 35 691 |
| 17. Morelos | 30 017 | 29 048 | 12 588 | 6 778 | 4 357 |
| 18. Nayarit | 33 384 | 30 642 | 12 757 | 8 465 | 5 723 |
| 19. Nuevo León | 86 616 | 74 509 | 40 980 | 28 872 | 23 750 |
| 20. Oaxaca | 120 162 | 114 482 | 40 637 | 37 578 | 25 780 |
| 21. Puebla | 187 751 | 178 778 | 53 840 | 42 796 | 27 610 |
| 22. Querétaro | 57 902 | 52 056 | 28 116 | 20 043 | 11 970 |
| 23. Quintana Roo | 49 003 | 44 226 | 28 508 | 17 875 | 14 639 |
| 24. San Luis Potosí | 52 242 | 45 470 | 25 879 | 17 414 | 12 577 |
| 25. Sinaloa | 78 890 | 67 007 | 40 931 | 33 339 | 18 815 |
| 26. Sonora | 64 103 | 56 947 | 26 237 | 20 274 | 16 398 |
| 27. Tabasco | 74 850 | 67 850 | 36 617 | 23 694 | 16 693 |
| 28. Tamaulipas | 44 017 | 38 054 | 25 274 | 15 903 | 9 939 |
| 29. Tlaxcala | 63 423 | 62 329 | 17 059 | 7 873 | 8 529 |
| 30. Veracruz | 124 099 | 116 751 | 66 132 | 45 721 | 33 474 |
| 31. Yucatán | 50 500 | 46 032 | 19 617 | 15 344 | 13 596 |
| 32. Zacatecas | 30 656 | 28 408 | 9 606 | 6 949 | 5 927 |
| Nacional | 2 774 004 | 2 535 950 | 1 235 225 | 888 820 | 644 474 |

** LA SUMA DE LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VIOLENCIA PSICOLÓGICA, FÍSICA, SEXUAL Y ECONÓMICA ES MAYOR A LA MOSTRADA EN LA COLUMNA DE "TOTAL", DEBIDO A QUE LAS PERSONAS ENCUESTADAS RESPONDIERON PADECER MÁS DE UN TIPO DE VIOLENCIA.

Con la información anterior es posible tener un estimado del número de usuarias que podrían solicitar servicios por VFMS en su entidad. Se estima que aproximadamente el 15% de los casos de mujeres en situación de violencia psicológica requiere atención especializada, porcentaje que representa la demanda potencial de ese tipo de atención.

Cabe destacar que la atención psicológica puede ser requerida asimismo en la violencia física, sexual y económica.

Es de suma importancia llevar, desde el inicio, un registro de casos que permita contar con estadísticas reales y hacer proyecciones para el futuro. La información obtenida es única y exclusivamente para uso interno de la Secretaría de Salud y su finalidad es tener un referente sobre la demanda potencial; no debe utilizarse para fines de divulgación.

Identificación de amenazas/oportunidades

Algunos factores del entorno, reales y potenciales, podrían facilitar o dificultar el cumplimiento de los objetivos.

- ▶ *Una vez terminado el diagnóstico en el ámbito exterior, es decir las condiciones del entorno nacional y sobre todo el estatal, se recomienda hacer un análisis de amenazas y oportunidades con la información obtenida en el diagnóstico. Con este análisis es posible identificar qué factores se pueden aprovechar y cuáles representan una amenaza para el logro de los propósitos.*

A continuación se presenta una guía de temas para ordenar y analizar la información obtenida en el diagnóstico:

- Leyes y reglamentos estatales, así como la aplicación de los mismos.
- Posible aprovechamiento o sinergia con la experiencia y redes de relaciones de prestadores de servicios de salud de otras entidades federativas.
- Los ámbitos de acción, el enfoque y la calidad de la atención de otras instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, con las que se necesite trabajar conjuntamente para dar la atención integral a la VFMS.
- Existencia de consejos o mesas estatales de coordinación interinstitucional.
- Voluntad política e importancia o desinterés que prestan al tema de la violencia familiar los tomadores de decisiones de alto nivel de sectores gubernamentales clave.

- Programas estatales que tengan alguna relación con la atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Interés y voluntad del gobernador o gobernadora en funciones.
- Posibilidad de obtener recursos en el exterior como patrocinio de fundaciones, empresas, asociaciones, particulares, organismos internacionales, etcétera.
- Consideraciones de la demanda.

A continuación se presentan en el *Cuadro XVII*, a manera de ejemplo, las posibles situaciones que podrían encontrarse. Modifíquese de acuerdo a la situación real de cada estado.

CUADRO XVII. IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS 1 (EJEMPLO)

| Oportunidades | Amenazas |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política de altos niveles favorable a los objetivos de la Secretaría de Salud. • Organizaciones de la sociedad civil dispuestas a colaborar. • Posibilidad de sinergia con INMUJERES, u otras instituciones. • Conocimientos y servicios de ONG especializadas y de la academia con disposición a la coordinación. • Múltiples entidades gubernamentales que cuentan con programas para atender la violencia. • El Consejo de Coordinación Interinstitucional Estatal funciona activa y regularmente. • Momentos políticos favorables a temas de género y atención a la violencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de voluntad política de altos niveles para atender el tema de la VFMS. • Inexistencia de OSC que aborden el tema. • Imposibilidad de sinergia con INMUJERES u otras instituciones. • Demanda que rebasa la capacidad de atención de la Secretaría de Salud. • Existencia de instancias que dan atención a personas en situación de violencia, cuyo enfoque puede propiciar más violencia contra las mujeres. • Reticencia de los altos niveles gubernamentales estatales para colaborar con la Secretaría de Salud. • Conflictos políticos entre instituciones gubernamentales que dificultan la coordinación. • Carencia de leyes adecuadas. |

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL INTERIOR

Inventario de la Infraestructura

► *Será necesario recopilar la siguiente información:*

- Inventario de la infraestructura, por Jurisdicción Sanitaria:
 - Unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención, urbanas y rurales.
 - Unidades médicas móviles.
 - Unidades médicas con computadoras / sistemas de enlace (líneas telefónicas, intranet, otros).
 - Centros de atención telefónica especializados / capacidad instalada.
 - Cubículos o disponibilidad de espacios para consultas privadas.
 - Salones o disponibilidad de espacios para sesiones grupales.

★ *En la página Web de la Secretaría de Salud www.salud.gob.mx, hay una sección “Ubique su Unidad Médica” con la información más actualizada sobre el número de unidades de salud y de prestadores de servicios de salud.*

- Inventario o posibilidad de disponer de los siguientes medicamentos para violencia sexual (plantear el mínimo y el ideal):
 - Hormonales orales para anticoncepción de emergencia:
Ovral, Eugynon, Nordiol, Neogynon, Lo-femenal, Nordet, Microgynon.
 - Medicamentos para prevenir ITS:
Genérico: Metronidazol, Ceftriaxona, Azitromicina o Doxiciclina, Eritromicina o Amoxiciclina, Penicilina G benzatínica, Inmunoglobulina de hepatitis B, Acitrovir o Valciclovir.
Anti-retrovirales: Zidovudina (AZT), Lamiduvina (3TC), Nelfinavir (NEL), Indinavir (IDV).
- Recursos humanos
 - Médicos/as generales y familiares.
 - Médicos por especialidad troncal.
 - Psicólogos y psiquiatras.
 - Trabajadoras sociales.
 - Enfermeras.
 - Promotoras.
 - Pasantas de enfermería, trabajo social y medicina.
 - Médicos residentes.

- Recursos financieros
 - Proyecto de presupuesto estatal.
 - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
 - Posibilidad de proyectos cofinanciados con otras instituciones gubernamentales.
 - Posibilidad de proyectos cofinanciados o de obtención de recursos de fundaciones o de la iniciativa privada.

Evaluación de programas y/o acciones realizadas para atender a mujeres en situación de violencia

Es necesario identificar y/o evaluar las acciones que se realizan en las unidades de salud del estado para atender la VFSM.

- ▶ *Si en el estado ya está operando el programa de atención a la VFSM, se recomienda evaluar el alcance y el desempeño de las acciones realizadas hasta la fecha, con el fin de afianzarlas o corregirlas para lograr los objetivos que el Modelo Integrado propone.*
- ▶ *En el caso de que la entidad federativa no haya contado con un responsable que impulse y coordine acciones de atención a la VFSM, será necesario identificar si actualmente se realizan actividades en algunas unidades y de qué manera se llevan a cabo.*

La evaluación se debe hacer tomando como referencia los contenidos del Manual Operativo:

- **Principios y enfoque.** Componentes del Proceso de Atención:
 - Detección de casos de violencia.
 - Servicios médicos especializados.
 - Consejería especializada: evaluación del riesgo, plan de seguridad y orientación legal.
 - Registro de información.
 - Referencia, contrarreferencia y seguimiento.
- **Promoción de la salud.** De la misma manera, es necesario evaluar las estrategias para la implementación del Modelo:
 - Institucionalización de la atención a la violencia: esencial y especializada.
 - Coordinación interinstitucional, red de refugios, referencia y contrarreferencia.
 - Capacitación y sensibilización.
 - Promoción de la salud.
 - Desarrollo de infraestructura.
 - Comunicación y difusión.

Debe revisarse la aplicación de la NOM-190-SSA-1

► *La evaluación deberá mostrar:*

- El enfoque y principios que se utilizan en la atención a usuarias de los servicios de atención; el grado de sistematización y la utilización de herramientas en las actividades que se realizan.
- Áreas de mejora: actividades susceptibles de optimización mediante cambios.
- Actividades que hay que eliminar porque no se apegan a los principios o metodología de la Secretaría de Salud, enunciados en el Modelo.
- Actividades que actualmente no se llevan a cabo y que es necesario implantar para que la atención se proporcione de acuerdo con lo marcado por el Modelo.
- Cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999.

Identificación de fortalezas/debilidades

Algunos factores reales al interior de las unidades médicas y administrativas podrían facilitar o dificultar el cumplimiento de los objetivos:


► *Se recomienda hacer un análisis de fortalezas y debilidades con la información recopilada hasta el momento; mediante este ejercicio será posible identificar qué factores se pueden aprovechar, cuáles deben construirse, o significan debilidades.*

A continuación se presenta una guía de temas:

- Estado de los recursos:
 - Disponibilidad de personal de salud para la aplicación del Modelo.
 - Acceso a recursos financieros.
 - Disponibilidad de espacios.
 - Disponibilidad de material médico.
 - Disponibilidad de herramientas de comunicación y de registro de información.
- Habilidades del personal de salud:
 - La actitud del personal de salud respecto al tema de la violencia.
 - El nivel de conocimiento del personal sobre el tema de la violencia.

- Resultados de la evaluación interna sobre la atención que actualmente se proporciona a la VFMS.

A continuación se presentan, a manera de ejemplo, las posibles situaciones que podrían encontrarse. (Cuadro XVIII)

| CUADRO XVIII. IDENTIFICACIÓN DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES 2 (EJEMPLO) | |
|--|---|
|  <p>Fortalezas</p> |  <p>Debilidades</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud con disposición e interés de trabajar en el tema. • Existencia de espacios aprovechables en unidades de tercer nivel de atención. • Personal con experiencia en trabajo con comunidades. • Instalaciones apropiadas. • Personal capacitado para la atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud con prejuicios sobre el tema de la violencia. • Trámites largos y complicados para obtención de material médico. • Carencia de metodologías para tratamiento de mujeres en situación de violencia. • Carencia de espacios para atender con privacidad. • Personal no capacitado para la atención. |

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

- *Se recomienda definir las acciones que se pueden realizar a corto plazo (entre 6 meses y 1 año), mediano plazo (de 1 a 3 años) y largo plazo (de 3 a 5 años).*

Cada entidad federativa definirá los objetivos a alcanzar, tomando como referencia las estrategias institucionales y su situación actual. Para fijar los objetivos a corto, mediano y largo plazo será necesario hacer un análisis que permita identificar cuáles son las áreas que demandan mayores esfuerzos y recursos para alcanzar la visión institucional, así como una estimación del tiempo que requerirá el logro de cada objetivo.

| EJEMPLOS | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Institucionalización de la atención | Coordinación interinstitucional | Capacitación y sensibilización | Promoción de la salud | Desarrollo de Infraestructura | Comunicación y difusión | |
| <p>Implantar el proceso de atención en 30 unidades de salud de primer nivel y en cinco de segundo nivel.</p> <p>Medir los resultados del proceso de atención a mujeres en situación de violencia</p> <p>Difundir el conocimiento de la NOM en todas las unidades.</p> | <p>Firmar convenios con 50 municipios en zonas conurbadas para realizar programas de prevención.</p> <p>Actualizar directorio de instituciones para referir usuarias de la Secretaría de salud</p> <p>Conseguir la Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación interinstitucional</p> <p>Firma de convenio del Secretario Estatal de Salud con el Procurador de Justicia</p> <p>Coordinar acciones con Refugios</p> | <p>Sensibilizar a los tomadores de decisiones todas las unidades del estado.</p> <p>Formar cinco equipos especializados de atención a la VFSM</p> | <p>Desarrollo de programas de educación a la comunidad.</p> | <p>Contar con un sistema de registro de información de personas que viven en situación de violencia FSM atendidas en la Secretaría de salud</p> <p>Acondicionar 10 cubículos.</p> <p>Realizar informe de actividades semestral para publicación en revista de PROMSA.</p> <p>Conseguir información estadística sobre violencia intrafamiliar del Estado</p> | <p>Difundir la prestación de servicios de atención a la violencia a través de radio, TV y periódicos.</p> <p>Colocación de posters en todas las unidades de salud.</p> | |
| <p>Implantar el Proceso de Atención en cinco jurisdicciones</p> | <p>Firmar convenios con cinco municipios para actividades de prevención</p> <p>Actualizar directorio de red de referencias</p> <p>Firma de acuerdo del Secretario/a de Salud con Procurador/a de Justicia</p> | <p>Capacitar 500 prestadores de servicios</p> <p>3 años- capacitar 3500 prestadores de servicios</p> | <p>Diseño de programa preventivo de la violencia</p> | <p>Registrar la información mediante llenado de formato SUJVE en todas las Jurisdicciones.</p> <p>Acondicionar cinco consultorios</p> | <p>Diseño de posters</p> <p>Convenios con televisiones locales para programas de difusión</p> | |
| <p>Implantar el proceso de atención en todo el estado</p> | <p>Evaluar acciones de referencia en el consejo estatal de coordinación</p> | <p>Capacitar 3500 prestadores de servicios</p> | <p>Impartición de pláticas educativas en zonas indígenas</p> | <p>Acondicionar cinco consultorios</p> | | |
| <p>Adaptación del Modelo a otros grupos vulnerables</p> | | <p>Capacitar a personal de otras instituciones gubernamentales</p> | | <p>Conectar en red todas las computadoras del estado</p> | | |

DEFINICIÓN DEL ESQUEMA DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO

La definición del esquema de aplicación del Modelo puede hacerse siguiendo los principios de regionalización operativa de los servicios de salud, delineados en el Capítulo Estrategias, en el apartado Institucionalización de la atención. (Página 83)

- ▶ *Definir en cuáles unidades se brindará la atención esencial y en cuáles la atención especializada.*
- ▶ *En una primera fase de implantación deben seleccionarse las unidades de salud que cuentan con psicólogos o psicólogas que puedan ser asignados a las tareas de atención especializada a mujeres en situación de violencia.*
- ▶ *A estas unidades serán referidas las personas en situación de violencia que necesiten servicios especializados, desde las unidades en donde se proporcionará la atención esencial.*

Seleccione al personal que conformará el equipo o equipos especializados en cada unidad de salud.

DETERMINACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA OPERACIÓN

Para alcanzar los objetivos e implantar el Modelo de Atención exitosamente, es preciso identificar los procesos o acciones que se deben realizar y los recursos humanos, financieros y materiales que se necesitan.

A continuación se presenta una matriz con un listado de acciones que puede utilizarse como una guía para que cada responsable de planeación identifique los requerimientos de cada entidad. Esta guía tiene como eje de referencia las Estrategias descritas anteriormente en este documento.

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|---|---|----------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIROS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Institucionalización de la atención | Adaptación / actualización / optimización del proceso de atención del modelo | | | | | |
| | Definición del esquema de implantación o de optimización de las actividades de atención según el status de cada estado. | | | | | |
| | Selección de unidades en las que se proporcionará atención esencial y atención especializada. | | | | | |
| | Proceso de atención. (Actividades detalladas y especificadas en el Manual Operativo). | | | | | |
| | Detección. | | | | | |
| | Tratamiento médico. especializado | | | | | |
| | Evaluación del riesgo. | | | | | |
| | Plan de seguridad. | | | | | |
| | Contención y manejo en crisis. | | | | | |
| | Referencia y contrarreferencia. | | | | | |
| | Promoción de la salud. | | | | | |
| | Evaluación y seguimiento. | | | | | |
| | Preparación de un esquema. | | | | | |
| para monitorear y registrar la información, medir avances y el desempeño de acciones. | | | | | | |

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIROS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Coordinación interinstitucional | Identificación de acciones y formas de organización del organismo coordinador estatal. | | | | | |
| | Elaboración de programa de participación en la mesa o consejo estatal. | | | | | |
| | Identificación de acciones a promover | | | | | |
| | Identificación de personas clave a contactar. | | | | | |
| | Establecer agenda con el Secretario. | | | | | |
| | Estatal para informarle status y sugerencias para mejorar la coordinación. | | | | | |
| | Seguimiento a acuerdos de alto nivel. | | | | | |
| | Elaboración de programa de actividades, en los casos en los que no haya organismo estatal de coordinación interinstitucional. | | | | | |
| | Organización de reuniones, eventos, seminarios con instituciones clave. | | | | | |

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIROS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Capacitación y sensibilización | Proceso de educación, sensibilización y capacitación* | | | | | |
| | Diseñar el Plan de Capacitación Seleccionar los temas y contenidos requeridos. | | | | | |
| | Definir el número y perfil de personas a capacitar. | | | | | |
| | Definir plan de evaluación y seguimiento. | | | | | |
| | Definir logística. Impartir la capacitación. | | | | | |
| | Evaluar y dar seguimiento. | | | | | |

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|-------------------------------|---|----------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIROS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Promoción de la salud | Incorporación de contenidos de prevención de la VFSM a programas actuales de Mujer, Salud y Desarrollo y Salud Escolar. | | | | | |
| | Diseño e implantación de programas educativos específicos para la prevención de la VFSM. | | | | | |
| | Capacitación del personal a cargo de promoción de la salud sobre VFSM Selección de comunidades con altos índices de violencia. | | | | | |
| | Integración de grupos comunitarios para apoyar la prevención, detección de VFSM en comunidades con altos índices de violencia. | | | | | |
| | Capacitación de líderes comunitarios. | | | | | |

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|---|---|----------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIROS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Desarrollo de infraestructura | Proceso de asignación presupuestal Inclusión de partida para VFSM en el proyecto de presupuesto. | | | | | |
| | Conformación de equipos para atención especializada. | | | | | |
| | Selección del personal apto para proporcionar servicios especializados. | | | | | |
| | Adaptación / construcción de espacios. | | | | | |
| | Identificación de áreas disponibles. | | | | | |
| | Presupuestación para remodelación. | | | | | |
| | Remodelación. | | | | | |
| | Establecimiento de medidas de seguridad para prestadores de servicios. | | | | | |
| | Asignación de líneas telefónicas, fax, y/o enlace electrónico. | | | | | |
| | Actualización de inventario de medicamentos y equipo especializado. | | | | | |
| | Solicitar medicamentos especializados para ITS y anticoncepción de emergencia. | | | | | |
| | Suministro de la NOM-190-SSA1-1999 al personal. | | | | | |
| | Suministro de formatos del Manual. | | | | | |
| | Operativo al personal que prestará servicios de atención a la VFSM. | | | | | |
| | Registro y Administración de Información. | | | | | |
| Dotar de formatos actualizados para registro de información a responsables en cada unidad de salud. | | | | | | |
| Asegurar el llenado de formatos y entrega a las Jurisdicciones Sanitarias correspondientes. | | | | | | |

| MATRIZ DE PROCESOS Y ACCIONES | | | | | | |
|-------------------------------|--|----------|-----------|------------|---------------|-----------------|
| Estrategia | Acciones | Recursos | | | Requisitos | |
| | | HUMANOS | FINANCIOS | MATERIALES | PROGRAMÁTICOS | ADMINISTRATIVOS |
| Comunicación y difusión | Definición de campañas de comunicación dirigidas a prestadores de servicios de salud y a la población abierta. | | | | | |
| | Definición de público objetivo específico. | | | | | |
| | Definición de los objetivos de la campaña. | | | | | |
| | Definición de los mensajes. Selección de medio de difusión. | | | | | |
| | Diseño de materiales, spots, videos, etcétera. | | | | | |
| | Calendarización y presupuestación | | | | | |
| | Lanzamiento de campañas. Seguimiento y evaluación de campañas. | | | | | |

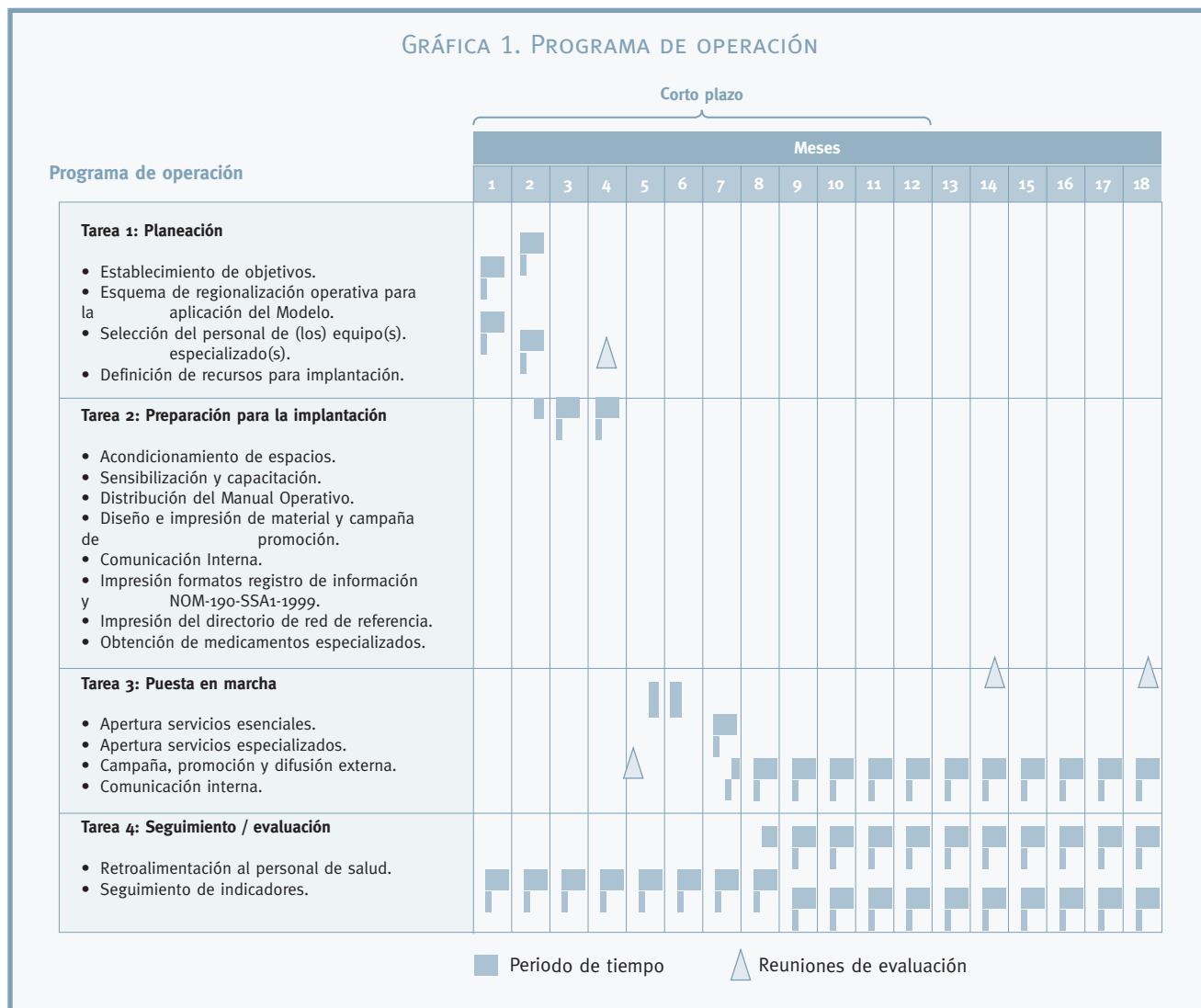
- Se definirán las actividades que se necesitan llevar a cabo y los requerimientos, ya sea para arrancar desde cero, o para optimizar, complementar y/o ampliar la cobertura de los servicios existentes de atención a la VFSM.

ESTABLECIMIENTO DEL PROGRAMA DE OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO

Definir, en un diagrama, el programa de operación del Modelo de Atención.

A continuación se presenta la gráfica 1 que puede tomarse como referencia. En ella están enlistadas las actividades de acuerdo con un orden lógico y secuencial para comenzar las tareas si en la entidad no existen acciones previas, o para optimizarlas.

GRÁFICA 1. PROGRAMA DE OPERACIÓN



En esta gráfica ilustrativa, se describen actividades para el corto plazo, es decir la primera fase de operación u optimización. Será necesario definir el alcance de las actividades para las siguientes fases –mediano y largo plazos–, que consistirán fundamentalmente en la programación del avance en la cobertura geográfica de los servicios de atención esencial y especializada.

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Con el propósito de monitorear el desarrollo de las actividades del Modelo, es necesario elaborar un plan que permita la identificación y corrección de las desviaciones y la verificación del logro de los objetivos y metas previstos.

Quien coordine el Programa de Prevención y Atención a la VFMS, tiene la responsabilidad directa de monitorear y registrar el avance de la implantación u optimización de las actividades, así como de verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales y el enfoque definidos por la Secretaría de Salud para el Modelo Integrado de Atención.

Para contar con un programa de monitoreo, seguimiento y evaluación integral es necesario que quien coordine el Programa de Prevención y Atención a la VFMS tenga en cuenta tres factores:

1. Las normas existentes y los lineamientos estratégicos del Modelo, los procedimientos del Manual Operativo, la NOM-190-SSA1-1999, y los objetivos y metas estatales que se hayan establecido.
2. La medición del desempeño y avances.
3. La realización de acciones correctivas.

Quien coordine el Programa deberá asegurar el seguimiento mediante la realización de las siguientes actividades:

- Definir un esquema de visitas a las unidades, tanto las que inician la atención a personas que viven en situación de violencia como las que realizan adecuaciones a las actividades. La finalidad es obtener información de primera mano sobre los avances, las dificultades y las áreas de oportunidad que el personal manifieste. En estas visitas se requiere presenciar la atención que se brinda a las usuarias mediante la observación participante en aquellas actividades que lo permitan y que respeten los criterios de seguridad y confidencialidad.
- Programar sesiones de trabajo permanentes. Éstas se realizarán cada tres meses y su finalidad es revisar el estado de avance con los directores/as de los hospitales, el o la responsable del programa de atención a la VFMS de cada hospital, los equipos especializados y el personal administrativo involucrado. La evaluación objetiva de las acciones mediante el análisis de los indicadores apoyará el desarrollo de las sesiones de seguimiento.
- Establecer un sistema de verificación con las Jurisdicciones Sanitarias para asegurar que la información relativa al Programa sea recibida y procesada.

Para el monitoreo de las actividades del Modelo, se recomienda el seguimiento mediante cuatro tipos de indicadores:

1. Indicadores de diagnóstico. *(Cuadro XIX)*
2. Indicadores de avance programático en el proceso de implantación/optimización del Modelo. *(Cuadro XX)*
3. Indicadores de desempeño. *(Cuadro XXI)*
4. Indicadores de impacto. *(Cuadro XXII)*

Los indicadores de diagnóstico son los que formarán la “línea de base” sobre la que se compararán los avances del resto de los indicadores. Estos indicadores miden el punto de partida del proceso.

CUADRO XIX. INDICADORES DE DIAGNÓSTICO

| | Se mide al inicio del programa |
|---|--------------------------------|
| Mujeres atendidas por violencia. | |
| Número de las unidades de salud con servicios esenciales funcionando en el estado. | |
| Número de las unidades de salud con servicios especializados funcionando en el estado. | |
| Número de prestadores/as de servicios capacitados. | |
| Número de equipos especializados en violencia contra el número de equipos especializados. | |
| Número de instituciones externas con las que existe coordinación interinstitucional. | |
| Número de campañas de comunicación. | |
| Número de usuarias canalizadas a otras instituciones: <ul style="list-style-type: none"> • Gubernamentales • No gubernamentales • Refugios | |

Los indicadores de *avance programático* permiten monitorear cuantitativamente el proceso de implantación o de optimización del Modelo de Atención. Se refiere al cumplimiento de objetivos y metas establecidos para cierto lapso de tiempo.

CUADRO XX. INDICADORES DE AVANCE PROGRAMÁTICO

| | Resultado |
|--|-----------|
| Porcentaje de avance en el número de mujeres atendidas respecto al número estimado. | |
| Porcentaje de avance del número de las unidades de salud con servicios esenciales funcionando en el estado respecto al número total de unidades. | |
| Porcentaje de avance del número de las unidades de salud con servicios especializados funcionando en el estado respecto al número de unidades programadas. | |
| Porcentaje de avance del número de prestadores/as de servicios capacitados contra el número total de prestadores/as de servicio involucrados en la atención a violencia. | |
| Porcentaje de avance del número de equipos especializados en violencia contra el número de equipos especializados programados. | |
| Porcentaje de avance del número de instituciones externas con las que se estableció coordinación interinstitucional contra el número planteado en el objetivo. | |
| Porcentaje de avance del número de campañas de comunicación contra el número total programado. | |
| Porcentaje de incremento de casos registrados en el momento del monitoreo contra el número de casos registrados al inicio del Programa. | |

Los indicadores de desempeño se refieren al cumplimiento de los lineamientos y procedimientos establecidos para cada una de las actividades del Modelo de Atención. También miden la calidad de las acciones relativas a los factores críticos de éxito (sensibilización y capacitación, comunicación y promoción, sistema de información y coordinación interinstitucional) y a la atención proporcionada a las usuarias desglosada en cada uno de sus pasos. En el *Cuadro XXI*, sólo se sugieren métodos de medición para el desempeño a corto plazo.

CUADRO XXI. MÉTODOS DE MEDICIÓN PARA EL DESEMPEÑO A CORTO PLAZO

| Indicadores de desempeño | Método de medición |
|--|---|
| INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Número de usuarias a las que se proporcionó atención esencial | <ul style="list-style-type: none"> Registro en formatos |
| Número de usuarias a las que se proporcionó atención especializada | <ul style="list-style-type: none"> Registro en formatos |
| <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de los procedimientos marcados en el Manual Operativo <ul style="list-style-type: none"> Detección Consejería: <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del riesgo Plan de seguridad Información legal Atención médica a lesiones leves y graves Tratamiento para violencia sexual Tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado Referencia, contrarreferencia y seguimiento al interior de la Secretaría Referencia, contrarreferencia y seguimiento a la Red de Apoyo | <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo administrativo Sondeo de salida con usuarias para identificar nivel de satisfacción |
| COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL: Medición a corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> Número de usuarias canalizadas a otras instituciones Número de usuarias canalizadas clasificadas por tipo de servicio: <ul style="list-style-type: none"> Asesoría psicológica Asesoría jurídica Apoyo laboral Refugio Número de acciones conjuntas o coordinadas con los sectores clave: SEP, Inmujeres y Procuración de Justicia, entre otros Medición a mediano y largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> Acciones conjuntas de carácter coyuntural* Programas conjuntos de carácter estratégico† Responsabilidades jurídicas compartidas‡ | <ul style="list-style-type: none"> Registro en formato de Referencia / Contrarreferencia |
| CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN: Medición a corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> Nivel de calidad de instructores Nivel de aprovechamiento de personal capacitado Eficiencia de las metodologías, herramientas didácticas Medición a mediano plazo: <ul style="list-style-type: none"> Capacidad para resolver problemas Nuevas actitudes del personal Niveles de apertura al aprendizaje Integración al programa | <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de los capacitandos Evaluación de los instructores y de las usuarias Evaluación de instructores y de capacitados |
| PROMOCIÓN DE LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> Número de grupos comunitarios urbanos relacionados con el programa de atención a la VFMS Número de grupos comunitarios rurales relacionados con el programa de atención a la VFMS | <ul style="list-style-type: none"> Reporte de las /os promotoras /es Verificación con la institución o seguimiento con la usuaria Minutas de las reuniones de las instancias de coordinación interinstitucional. |
| DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA <ul style="list-style-type: none"> Número de unidades que brindan servicios esenciales Número de unidades que brindan servicios especializados Número de unidades en las que se llenan los formatos de registro RNVF contra el número total de unidades en el Estado. | <ul style="list-style-type: none"> Verificación en las Jurisdicciones. |
| COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de la población objetivo –usuarias de la Secretaría de Salud– que sabe que la Secretaría de Salud proporciona servicios relativos a la violencia Aumento de la demanda | <ul style="list-style-type: none"> Encuesta con la población objetivo Registro en el formato de la NOM |

* Sistema de referencia y contrarreferencia, campañas compartidas, publicaciones, intercambio de información y materiales etcétera, es decir todas aquellas actividades aisladas que se realicen, sin formar parte de un programa permanente

† Programa carácter estratégico.- Programas de capacitación, sistemas de información compartida, proceso de atención compartido, programas cofinanciados, es decir actividades que de manera permanente y sistemática se realicen conjuntamente

‡ Responsabilidades jurídicas compartidas.- Convenios firmados por Secretarios o responsabilidades establecidas en las leyes.

Los indicadores de *impacto* se refieren al logro de los objetivos a través del cambio de los indicadores del diagnóstico que da origen al Modelo de Atención.

| CUADRO XXII. INDICADORES DE IMPACTO | |
|---|--|
| Indicadores de impacto | Método de medición |
| <p>Cobertura poblacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de usuarias que reciben servicios de atención a la violencia del total de usuarias potenciales <p>Medición costo / beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de AVISA (Años de vida saludable perdidos) • Disminución de morbilidad por causa de VFMS • Disminución de mortalidad por causa de VFMS <p>Indice de prevalencia de la violencia estatal</p> | <p>Registro de mujeres atendidas por violencia comparado contra la demanda potencial</p> <p>Encuesta</p> |

- ▶ *Los indicadores de avance programático deben ser aplicados por todas las entidades de manera permanente, del mismo modo que se miden los avances de otros proyectos o programas.*
- ▶ *Los indicadores de desempeño empezarán a medirse una vez que el Programa de Atención y Prevención a la VFMS esté funcionando y que las acciones relativas a las estrategias se hayan puesto en marcha. Es recomendable asegurarse de que la información necesaria sea registrada, de tal modo que en un período sugerido de seis meses se pueda hacer un primer corte y analizar tanto el proceso de registro de información como el comportamiento de los indicadores mismos.*
- ▶ *Los indicadores de impacto tendrán que empezar a monitorearse en un período sugerido no menor de dos años, ya que por sus características es de esperarse que los indicadores muestren cambios hasta el mediano y largo plazos.*

Anexo 1

| DIRECTORIO DE REFUGIOS | | |
|------------------------|---|---|
| Estado | Organización de contacto | Correo electrónico / teléfono |
| Aguascalientes | Mujer Contemporánea, A.C. | (0155) 56 74 96 95 |
| Chiapas | Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. | acasac@prodigy.net.mx 01-96-76-78-00-92 Fax: 01-967-67-450-79, |
| Chihuahua | Casa Amiga Centro de Crisis A.C. | casaamiga@prodigy.net.mx 01-656-615-41-23 • 01-656-615-38-50 • 01-656-615-41-43 |
| Chihuahua | Mujeres Tepehuanas y Tarahumaras, A.C. | 01-614-4-19-11-34 |
| Coahuila | Nuevas Opciones de Vida, A.C. | mmier2001@hotmail.com 01-844-76-24-694 • 01-844-41-02-828 |
| Distrito Federal | Fortaleza IAP Centro de Atención Integral a la Mujer. | fortalezaiap@prodigy.net.mx (0155) 55-54-36-65 • fax: 01-55-56-58-83-04 |
| Guanajuato | Formación de la Joven Guanajuatense, A.C. | bpmarcel@prodigy.net.mx 01-473-732-33-64 |
| Guerrero | | mephaa@hotmail.com • hermelindatiburcio@latinmail.com 01-747-100-44-05 |
| Hidalgo | Fundación Refugio Mi Angel A.C. | refugio_mi_angel@ 01771-71-195-83 • fax 01 771-71-195-83 |
| Michoacán | Refugio Santa Fe IAP. | r_santa_fe@hotmail.com 01-44-33-17-25-30 • 01-44-33-12-89-81 • fax: 01-44-33-17-25-30 |
| Nuevo León | Alternativas Pacíficas, A.C. | apacificas@edifika.com 018183729066 Ext. 20 • Fax 018183729694 |
| Oaxaca | Grupo de Mujeres 8 de Marzo A.C. | cam17@prodigy.net.mx • mujerteca@hotmail.com.mx 01971-71-205-23 • 01971-711-06-74 • fax: 01971-71-205-23 |
| Oaxaca | Centro para los derechos de la Mujer Naaxwiin, A.C. | matzaa2003@yahoo.com.mx 01-972-72-2-30-02 |
| Puebla | Centro de Asesoría y Desarrollo entre Mujeres, A.C. | 01-23-33-31-04-80 • 01-23-33-31-11-07 • 01-23-33-31-02-70 |
| Quintana Roo | CIAM Cancún. | ciamcancun@prodigy.com, ciamcancun@yahoo.com 01-99-88-84-81-24 |
| San Luis Potosí | Otra Oportunidad A.C. | elizabethrapp@hotmail.com 01-44-48-14-72-31 |

DIRECTORIO DE REFUGIOS

| Estado | Organización de contacto | Correo electrónico / teléfono |
|-----------|---|--|
| Tlaxcala | Fundación de Servicio Social de Apizaco, A.C. | 01-241-41-731-56 |
| Zacatecas | Casa de la Mujer Eulalia Guzmán Barrón. | leticia_torres_villa@hotmail.com 01-49-29-22-86-94 • fax: 01-49-29-23-26-62 |

Anexo 2

DIRECTORIO DE RESPONSABLES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA VFSM

| Entidad | Correo electrónico/teléfono | Dirección | Responsable |
|---------------------|---|--|--|
| Baja California Sur | lindagonzalez@ssa.gob.mx Tel. 016121228784 Ext. 124 ó 126 | Revolución No. 822 Norte, Col. Esterito. La Paz, Baja California Sur. C.P. 23020. | Dra. Herlinda Martha González González. Jefa del Departamento de Salud Reproductiva. |
| Chiapas | hollymat@prodigy.net.mx Tels. 019616137357 019616137118. Ext. 173 | Unidad Administrativa Edif. "C" Calzada a la Ciudad Deportiva, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, C.P. 29007. | Dra. Holly Matus Toledo. Coordinadora de Participación Ciudadana. |
| Chihuahua | dra_wisbrun@hotmail.com Tel. 016144399903 Ext. 21593 | Libertad Y 19, Zona Centro, Chihuahua, Chihuahua, C.P. 31000. | Dra. Carmen Rosario Wisburn Catillo. Jefa del Departamento de Salud de la Mujer. |
| Coahuila | r_olveradena@hotmail.com Tel. 018444164024 Ext. 105, Fax 018444164676 | Blvd. Isidro López Zertuche No. 4295-Int. 2, Col. Virreyes del Campestre, C.P. 25220, Saltillo, Coahuila | Lic. Ruth Olvera de la Peña. Coordinadora de los Programas "Si Mujer", Instituto de Servicios de Salud y Rehabilitación. |
| Distrito Federal | Tel: 57 41 47 55 Fax: 57 41 60 62 | Xocongo No. 225, 6º piso, Esq. Fray Servando, Col. Tránsito, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06820 | Dr. Ángel González Domínguez. Director de Coordinación y Desarrollo Sectorial. |
| Hidalgo | doloresosorio@ssa.gob.mx Tel. 017717170225 Ext. 2231 | Av. Madero S/N Fracc. Ex-hda. De Guadalupe, Pachuca, Hidalgo, C.P. 42059. | Dra. María Dolores Osorio Piña. Subdirectora de Atención Integral. |
| Michoacán | Tels. 014433135098 014433139262 telefax, Tels. 014433131146 014433137455 telefax | Ignacio Zaragoza No. 247 Col. Centro Morelia, Michoacán, C.P. 58000. | Dra. Ma. Teresa Tinoco Zamudio. Jefa del Departamento de Salud Reproductiva. Dra. Luz Arlette Saavedra Romero. Coordinadora Estatal del Programa Mujer y Salud. |
| Morelos | pmgonzalez@salud.gob.mx Tel. 017773142095 Ext. 107 | Callejón Borda No. 3, Col. Centro, Cuernavaca, Morelos., C.P. 62000. | Dra. Patricia Mora González. Responsable Estatal del Programa de VFSM. |
| Nuevo León | Tel. 018181307052 Fax. 018181307069 | Matamoros No. 520 Oriente 4º Piso, Entre Zaragoza y Escobedo, Col. Centro, Monterrey Nuevo León, C.P. 64000. | Dra. Martha Flores Cavazos y Dra. Marcela Granados Shiroma. Responsables del Programa de Violencia Familiar. |

| DIRECTORIO DE RESPONSABLES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA VFSM | | | |
|---|---|--|--|
| Entidad | Correo electrónico/teléfono | Dirección | Responsable |
| Oaxaca | rosalilia@salud.gob.mx Tel. 019515146418 | J.P. García No. 103, Col. Centro, Oaxaca, Oaxaca, C.P. 68000. | Dra. Rosa Lilia García Kavanagh. Jefa del Departamento de Salud Reproductiva. |
| Tabasco | Tels. 019933163478 019933163488 Ext. 165 ó 166, Fax. 019933162860 | Av. Paseo de Tabasco No. 1504-2º Piso, Centro Administrativo Tabasco 2000, Villahermosa, Tabasco, C.P. 86035. | Dra. Hilda Santos Padrón, Directora de Atención Médica. |
| Tlaxcala | mcmoran@salud.gob.mx Tel. 012464625321 Ext. 243 Tel. 012464625323 | Guillermo Valle No. 64, Col. Centro, Tlaxcala, Tlaxcala, C.P. 90000. | Dra. María del Carmen Morán Álvarez. Responsable del Programa Mujer y Salud. |
| Zacatecas | osqprosac@salud.gob.mx Tel. 014929239494 ext. 207 | Av. González Ortega Esq. Dr. Castro Villagrana S/N, Zacatecas, Zacatecas, C.P. 98000. | Dr. Oscar Saucedo Quintero. Subdirector de Promoción de la Salud y Capacitación. |

Referencias

1. **Secretaría de Salud.** Programa Mujer y Salud. Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Secretaría de Salud; 2003: 6, 9.
2. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana. NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
3. **Organización de Estados Americanos.** Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención Belém do Pará; 1994 junio 9, Belém do Pará, Brasil.
4. **Fondo de Naciones Unidas para la Mujer.** ISIS Internacional. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe Español. 1990-2000: Balance de una década. Informe elaborado por Elizabeth Guerrero Caviedes. Santiago de Chile: UNIFEM. Oficina Regional para México, Centro América, Cuba y República Dominicana; 2002.
5. **Fondo de Naciones Unidas para la Mujer, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.** Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe Final. Una iniciativa interagencial para la Región; 2001 junio 4-7, Cancún, Quintana Roo, México.
6. **Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Nueva York: FNUP. Edición Piloto; 2001.
7. **Venguer T, Gillian F, Vernon R, Pick S.** Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Documentos de Trabajo No. 24. Ciudad de México.
8. **De Bruyn M.** La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción: Chapel Hill NC, USA: Ipas, Unidad de Políticas; 2001.
9. **Medina-Salas S.** Modelo de Atención Integral en Violencia Basada en Género. Atención a mujeres en situación de violencia basada en género. En: capacitación de mujeres, violencia y salud. Construyendo alternativas para la atención integral organizado por IPAS; 2002 abril, Ciudad de México, México.
10. **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Washington D. C: Organización Mundial de la Salud; 2002.
11. **Corsi J.** (Compilador). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Paidós; 1999: 23.
12. **Saltzman J.** Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer; 1992.

13. **Rico B.** Participación del Sector Salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México. En: UNIFEM, FNUAP, OMS-OPS, PNUD, UNICEF. Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Ponencias; 2001 junio 4-7, Cancún, Quintana Roo, México.
14. **Heise L, Pitanguy J, Germain A.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1994.
15. **Esteinou R.** Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares. Revista Desacatos N° 2, Familias. México, DF: CIESAS; 1999.
16. **Pan American Health Organization.** Violence against women: The health sector responds. Washington D.C: PAHO; 2003.
17. **Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel C, García-Moreno C.** Violence against women: The Health Sector Responds. Washington D. C: Pan American Health Organization; 2003.
18. **Saragua B, Zubizarreta I.** Violencia en la pareja: Málaga, España: Ediciones Aljibe; 2000.
19. **Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Salud.** Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud. Prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México, D. F: INMUJERES-Secretaría de Salud; 2003: 31.
20. **ISIS Internacional.** Centro de Información y Documentación. Disponible en: <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/womenshumanrights.htm>
21. **Pamplona F, del Río A, López BE.** Violencia y relaciones de poder en la pareja. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). En: Género en Cifras en Salud 2003; Vol. 1 (3).
22. **García-Moreno C.** Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud. Washington D.C: Harvard Center for Population and Development Studies, Organización Panamericana de la Salud. Publicación Ocasional No 6; 2000.
23. **Banco Interamericano de Desarrollo.** El costo del silencio: violencia doméstica en las Américas. Washington D.C: Morrison AR, Biehl ML, Ed; 1999.
24. **Greaves L.** Selected estimates of the costs of violence against women. London, Ontario: Centre for Research on Violence against Woman and Children; 1995.
25. **Banco Mundial.** Informe mundial sobre el desarrollo: invertir en salud. Washington D.C: Banco Mundial; 1993.
26. **Lozano-Ascencio R.** Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. En: El costo del silencio: violencia doméstica en las Américas, Morrison AR, Biehl ML. Ed. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
27. **Secretaría de Salud.** Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, D.F: INSP; 2004.
28. **McFarlane J, Parker B, Soeken K.** Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. En: Journal of Nurse-Midwifery 1999.

29. **Shrader-Cox E.** La violencia hacia la mujer centroamericana y su impacto en la salud reproductiva. Conferencia de Maternidad Segura en Centro América; 1992 enero 27-31, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
30. **Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH.** La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996; 38 (5): 352-362.
31. **Organización de las Naciones Unidas.** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Asamblea General de la ONU; 1979 diciembre 18; Washington USA.
32. **Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer.** Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Oficina Regional para México, Centro América, Cuba y República Dominicana. México D.F. s/f.
33. **Martínez-Corona B.** Género, empoderamiento y sustentabilidad. En: Poder, empoderamiento y sujetos sociales. México, D.F: GIMTRAP; 2000.
34. **Organización de las Naciones Unidas.** Protocolo facultativo de la Convención de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas; 1999 octubre 6. Citado en Acciones para erradicar la violencia intrafamiliar y contra las mujeres. Leyes y Convenciones. México, D.F: Instituto Nacional de las Mujeres; 2001: 31-35.
35. **Velásquez-Díaz G.** Violencia de género, un problema de salud pública. En: Género y política en salud. México, D.F: Secretaría de Salud; 2003.
36. **Organización Panamericana de la Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Deconstruyendo la violencia intrafamiliar. Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. Serie Género y salud pública 10. San José, Costa Rica: OPS; 2001.
37. **Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.** Propuesta práctica de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres, España: Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
38. **Siliceo A.** Capacitación y personal. México, D.F: Noriega Editores; 1994.
39. **Trilla J.** La Educación fuera de la escuela. Ambitos no formales de la educación social. México D.F: Ed. Ariel; 1997.
40. **Fernández-Collado C.** La comunicación humana en el mundo contemporáneo. México, D.F: McGrawhill; 2003: 16.
41. **Suárez EM, Quesada C.** La comunicación como instrumento para el cambio social. En: Morrison AR, Biehl ML, ed. El costo del silencio. Washington D. C: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999: 178.
42. **Poppe P.** Uso de los medios de comunicación para prevenir la violencia doméstica. En: Morrison AR, Biehl ML, ed. El costo del silencio. Washington D. C: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999: 186.
43. **García AI, et al.** Sistemas públicos contra la violencia domestica en América Latina. Un estudio regional comparado. San José, Costa Rica: Fundación Género y Sociedad (GESO); 2000: 238-240.

www.generosaludreproductiva.gob.mx



www.salud.gob.mx