



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

Estrategia



Est **estrategia**

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

Estrategia

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

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 970-721-248-9

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: Hilda Salazar (2), Rebeca Salazar (2), Gloria 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 | Marco Jurídico |
| 35 | Marco Conceptual |
| 39 | Marco Contextual |
| 65 | Lineamientos |
| 66 | Grandes áreas de intervención en la atención integrada de la VFMSM |
| 67 | Estrategias |
| 67 | 1. Institucionalización de la atención |
| 69 | 2. Coordinación interinstitucional |
| 73 | 3. Capacitación y sensibilización |
| 76 | 4. Promoción de la salud |
| 78 | 5. Desarrollo de infraestructura |
| 81 | 6. Comunicación y difusión |
| 85 | Referencias |
| 89 | Anexos |
| 89 | Anexo 1. Aspectos legales de la atención a la violencia |
| 101 | Anexo 2. Definiciones operativas de la violencia |

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 que viven 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 implementación 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 que vincula la salud con el desarrollo económico y social y con la equidad de género, para lo cual 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 todas las personas que viven en ámbitos sociales del desarrollo, especialmente a grupos vulnerables, como son los niños y las niñas, discapacitados, personas adultas mayores e indígenas. Por ello, el Modelo ofrece bases programáticas aplicables a todos los casos y sectores, pero sus lineamientos de atención deben ser adaptados de manera acorde con las características y condiciones específicas de cada grupo de población.

El Modelo se presenta en tres documentos que corresponden a los niveles de implementación del mismo dentro de la estructura de los servicios de salud: Estratégico, de Planeación Estatal y de Operación. El documento de Planeación Estatal es una guía metodológica que ayudará a los directores y directoras de servicios de salud y de planeación, así como a responsables de programas estatales de VFSM 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. El documento de Operación es un manual para que quienes presten servicios de salud y que estarán en contacto directo con las usuarias cuenten con las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad.

El presente documento de Estrategia contiene los lineamientos que orientarán a los Secretarios de Salud Estatales y demás personal tomador de decisiones, a emitir las directrices conceptuales, institucionales y programáticas relacionadas con la atención, dentro del sector salud, a la VFSM, así como para convocar a otras instituciones, con el fin de establecer una coordinación eficaz.

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 VFSM; este modelo requiere para su aplicación de una estructura institucional por lo que se sugiere la creación de un Programa de Prevención y Atención a la VFSM. A lo largo de los documentos se encontrarán referencias tanto al Modelo como al Programa, misma que pueden aparecer como indistintas. Sin embargo, debe tenerse claro que los lineamientos, actividades y propuestas del Modelo Integrado van más allá de las actividades del Programa.

Introducción

“... Me fui con él otra vez y ya para los siete meses [de embarazo] me volvió a golpear y entonces sí fue cuando me pateó y me agarró feo y me golpeó y fue donde se me vino el niño y me llevó al Seguro porque ya se me había reventado la fuente, entonces me metieron al quirófano y me tuvieron que hacer cesárea porque el niño venía mal, era prematuro y no podía salir, me dejaron como 15 días internada porque se me complicó por lo mismo.”¹

La VFMS constituye una violación a los derechos humanos y es reconocida actualmente como un grave problema social y de salud pública por las consecuencias que tiene en la salud de las personas que la padecen. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud “la violencia contra la mujer es causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, tan grave como el cáncer, así como un factor de riesgo de salud mayor que el de los accidentes de tránsito y la malaria combinados”.¹

- Una de cada cinco usuarias de los servicios de salud sufren violencia de pareja actual.
- Una de cada tres han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida.
- Dos de cada tres mujeres han sufrido violencia alguna vez en su vida, ya sea de su pareja, de familiares u otra persona.

Las cifras de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM),² confirman la magnitud del problema en México: 21.5% de las mujeres viven en situación de violencia de pareja actual, 34.5% ha sufrido violencia en cualquier momento de sus relaciones de pareja en la vida; en tanto que 60.4% ha sido víctima de violencia alguna vez en su vida, ya sea de su pareja, por familiares u otra persona. Esto da una idea del compromiso y responsabilidad del sector salud en la prevención y atención de este grave fenómeno.

1. Citado por el Programa Nacional de una Vida sin Violencia. México, D.F. Instituto Nacional de las Mujeres, 2003.

2. La ENVIM fue realizada en una muestra de 26 042 usuarias de los servicios de salud de 15 años de edad o más, que acudieron entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 a hospitales y centros de salud de primero 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 de la Secretaría de Salud en las 32 entidades federativas del país.

La violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias y secuelas³ para su salud física y emocional, así como la de sus hijos e hijas, que implican la demanda de atención por parte de los servicios de salud. Los datos de la ENVIM 2003 muestran que las consecuencias directas ocasionadas por el maltrato son, por orden de frecuencia, las siguientes: moretones, dolores en el cuerpo, daño durante o después de las relaciones sexuales, infección genital, desmayo o pérdida de la conciencia, sangrado vaginal o anal, cortadas que requirieron sutura, fractura de algún hueso, pérdida de la estructura o función de alguna parte del cuerpo, pérdida de algún diente, hospitalización, quemaduras y cirugía.

Las consecuencias emocionales de la violencia física, así como el daño que ocasiona la violencia psicológica en las mujeres, aunque son menos visibles y evidentes que las lesiones físicas, tienen secuelas que también redundan en la demanda de la atención de los servicios de salud. Entre 30 y 35% de las mujeres entrevistadas que se encuentran en situación de violencia dijeron estar tristes o afligidas, que se asustan o alarman con facilidad, que están nerviosas o ansiosas o padecen falta de sueño e insomnio.

En realidad, la VFMS es un asunto de gran amplitud y complejidad que amerita la intervención de profesionales de diversos campos disciplinarios, de la participación efectiva de la sociedad civil y, por supuesto, de la aportación decidida de las instituciones gubernamentales.

Los esfuerzos que actualmente se realizan requieren nuevos impulsos que contribuyan a que las instituciones involucradas en la prevención y atención a la VFMS ofrezcan servicios de calidad a las mujeres y a otros sobrevivientes de la violencia. La movilización social que es necesaria para enfrentar el problema de la violencia pasa por una sólida coordinación interinstitucional que sólo podrá construirse a partir de un enfoque común, basado en los derechos humanos y la equidad de género. Es deseable que las instituciones compartan lineamientos y herramientas metodológicas claras y aplicables a la realidad del país, que cuenten con profesionales especializados en la materia y que dispongan de los recursos materiales, humanos y financieros necesarios.

El sector salud tiene un papel central en la atención a la VFMS. La cobertura de los servicios de salud a todo lo ancho y largo del país, el contacto directo que establece el personal que presta los servicios de salud con la población y las relaciones permanentes que el sector salud establece con otras instituciones gubernamentales, lo colocan en un lugar privilegiado para poner en marcha un Modelo Integrado de Atención. La capacidad de convocatoria del sector salud para alcanzar la sinergia interinstitucional deseada se irá generando a partir de las acciones que desarrolle para la atención del problema.

3. Las consecuencias de la violencia son las que provienen directa e inmediatamente del acto violento, mientras que las secuelas son el resultado a largo plazo ocasionado por la violencia.

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 legal 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 de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres son:

- 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-V-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. (DOF: 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 enero 1995).
- 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 una Vida sin Violencia. 2002-2006.

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 al personal que presta servicios de salud tener certeza sobre las posibilidades y los límites de su participación en la atención a las mujeres que viven en situación de violencia.

Como es sabido, el sistema jurídico o sistema de leyes en México se organiza jerárquicamente. El Artículo 133 Constitucional⁴ 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.⁵ En seguimiento de este orden jerárquico, a continuación se explican los aspectos legales más relevantes referidos a la VFMSM 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

4. 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”

5. 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”.

anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”, de esta manera, da marco para la atención de la VFMS en la medida 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 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.*”

CONVENCIÓNES 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 énfasis 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 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:

“...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.”³

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 Convención,⁴ por lo cual el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,⁷ 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 recibir las.⁴

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.

6. 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.

7. 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 y las ciudadanas de tales Estados por el incumplimiento de éstos.

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.”

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 al mismo.

En la Declaración de 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 informen sus derechos para 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 su situación de violencia como consecuencia de leyes o prácticas de aplicación de la ley.
- Garanticen 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 la mujer reciban una formación que los sensibilice respecto de las necesidades de la mujer.
- Incorporen 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,⁸ 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.⁵ El enfoque de derechos humanos no sólo marca un avance en términos conceptuales, sino también en lo referente a los aspectos legales.

Es obligación tanto del Ejecutivo Federal como de los Ejecutivos Estatales y Locales el cumplimiento y seguimiento de los compromisos internacionales.

CÓDIGOS PENALES, CIVILES Y LEY DE ASISTENCIA Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

El siguiente nivel 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 pueden ser enfrentadas por los actores públicos y con 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 intrafa-

8. 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.

miliar 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.

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 la 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.⁹ 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 se conforman como un derecho consagrado constitucionalmente.¹⁰

9. 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.

10. Fracción VI, apartado B del Artículo 20 Constitucional.

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, NOM.

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 quienes atienden. En la medida en que estas Normas Oficiales fijan lineamientos o contienen catálogos de maniobras médicamente indicadas para resolver o remontar algún peligro para la salud, son el marco adecuado para deducir los diversos tipos de responsabilidad médica profesional.

Las NOM son de observancia obligatoria para todo para todo el personal que preste 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 36 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”, (NOM-190-SSA1-1999) 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 considerada 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 las que ocurren en el seno de la familia y contra las mujeres.

La NOM-190-SSA1-1999 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 a la usuaria o usuario. 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.⁶

Cabe señalar que el estricto cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999 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 nor-

mas 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 prevención, se advierten esfuerzos aislados en algunas entidades federativas para incorporar los contenidos y acciones educativas con el personal de salud y 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 detección, no existen criterios y herramientas homogéneos, ni hay lineamientos sobre los servicios donde ésta se realiza.
- En 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 tratamiento y rehabilitación, no existen protocolos que permitan determinar los alcances precisos de la rehabilitación, ni mecanismos para dar seguimiento adecuado a los casos atendidos.
- La obligatoriedad de notificación a los ministerios públicos establecida la NOM-190-SSA1-1999 ha enfrentado múltiples retos y dificultades, lo que ha dado lugar a debates y propuestas para perfeccionar su aplicación.
- En sensibilización, capacitación y actualización, se requiere la definición de estrategias, contenidos y plazos. En el caso de los aspectos jurídicos, se requiere capacitar a quienes prestan servicios de salud en el conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999 y en los derechos que otorga el marco jurídico nacional e internacional.
- En registro de información hay omisión en el llenado de formatos así como en 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 sobre los posibles síntomas que por su capacidad probatoria pueden ser fundamentales para la protección de la persona en situación de violencia y la impartición de justicia. La NOM-190-SSA1-1999, reconoce la necesidad de la intervención médica 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 a corto plazo, es una oportunidad para superar sus deficiencias y mejorar su aplicación.

Aspectos legales de la atención a la violencia

La prestación de los servicios de atención médica, 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.

El equipo de salud que preste estos servicios requiere contar con una base de información y conocimientos legales que le permitan precisar su ámbito de intervención en esta materia, para cumplir con sus obligaciones legales y ofrecer una atención integrada a quienes atienden. 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, éstas 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 por parte de profesionistas del derecho, aunque en algunos tribunales están disponibles este tipo de profesionales, pero 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.

Las definiciones de los diferentes códigos, las formas jurídicas y procedimientos previstos por cada entidad federativa al momento de la publicación de este Modelo, se encuentran en el *Anexo 1*.

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 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 los médicos y las 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 los usuarios y las usuarias.

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

El personal médico y quienes presten servicios de salud, además de cumplir con la atención médica y psicológica que les corresponda en los términos establecidos por la NOM-190-SSA1-1999 y los demás ordenamientos jurídicos aplicables, deben ofrecer información y consejería legal suficiente para que las usuarias de estos servicios 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.

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:

1. 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.
2. 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.
3. Informar acerca de las medidas que deben 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 estén disponibles.
4. Explicar la importancia de la evidencia médica, aún cuando la usuaria no haya decidido emprender acciones legales. La evidencia médica es cualquier dato médico útil para que quien juzgue 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.
5. 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 prueba pericial psicológica o psiquiátrica, colabora para acreditar daño moral, la existencia de una agresión y conocer cómo se cometió.
6. La usuaria debe, igualmente, ser informada de que la autoridad investigadora o judicial tiene facultades para solicitar su expediente clínico en el caso en que ella intente alguna acción legal. La existencia del expediente clínico es un medio de prueba.

7. 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.¹¹ 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.
8. Las mujeres que viven violencia están en permanente riesgo, el cual no deber ser minimizado en ningún sentido y bajo ninguna circunstancia. En estos casos, se recomiendan las siguientes opciones:
 - **Opción 1.** Referencia hacia refugios en casos de violencia extrema (riesgo de muerte). Los centros de crisis o refugios que proporcionan a las mujeres en situación de emergencia resguardo temporal y atención integral¹² 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 el personal que presta los servicios de salud ofrece alternativas a la usuaria respecto de su situación.⁷

Quienes presten 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 para la prevención y la atención de la violencia familiar y sexual.

El propósito de la consejería médica en situación de 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:

11. 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 del Juez.

12. 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 entregada será objetiva, veraz e imparcial. Objetiva significa que será ajena a las interpretaciones personales; veraz, que se apegará a la verdad científica, e imparcial, que desconocerá las opiniones personales acerca del tema.
- La información obtenida quedará subordinada a la confidencialidad y no podrá ser revelada salvo estricta e insalvable¹³ 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 claramente 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 de quien presta los servicios de salud, 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, así como ofrecer un trato libre de prejuicios.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

En materia estrictamente jurídica, es indispensable apuntar que la consejería y prescripción que involucra anticonceptivos pos-coitales 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 está inscrito en el catálogo de derechos de las mujeres violentadas y, en consecuencia, en el marco de las obligaciones del Estado respecto de éstas.

- La Constitución¹⁴ y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer¹⁵ 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

13. 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.

14. Artículo 4. Segundo Párrafo.

15. Artículo 16, 1, e).

de sus hijos, de tal manera que al ser las mujeres sujetas de esta garantía, pueden decidir, en completa autonomía,¹⁶ 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.¹⁷

- La fracción III, apartado B, del Artículo 20 Constitucional establece como un derecho de las personas contra las cuales se ha cometido un 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 NOM 005-SSA2-1993,¹⁸ 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 NOM 005-SSA2-1993, publicada en el Diario Oficial el 21 de enero de 2004, los anticonceptivos pos-coitales deben estar disponibles para 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).

Quienes presten servicios de salud pueden y deben facilitar el acceso de las personas en situación de violencia sexual a esta alternativa de prevención como una forma de garantizar y proteger los derechos humanos y garantías constitucionales de las mujeres.¹⁹

Respecto a las mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad y su posibilidad de recibir consejería y prescripción de anticonceptivos pos-coitales, la NOM 005-SSA2-1993, sustentada en el Artículo 4to.

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

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

18. Preámbulo.

19. En el caso específico del Distrito Federal (DF), 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.

Constitucional,²⁰ ha sido bastante clara al establecer que todas las personas en edad reproductiva²¹ pueden y deben recibir consejería y prescripción anticonceptiva con el propósito específico de proteger su salud²² en todos los aspectos y evitar embarazos indeseados o riesgosos.²³

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:²⁴

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.²⁵ 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.²⁶

- 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.

20. 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.

21. 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.

22. Norma de Servicios de Planificación Familiar 5.1.3 y 5.1.5

23. 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.

24. Los códigos penales de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Quintana Roo y Veracruz establecen que esta intervención es posible dentro de los primeros 90 días de gestación; el código penal de Hidalgo, dentro de los primeros 75 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.

25. 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 violentadas.

26. 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 del Juez.

- 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.²⁷
- En su carácter de agentes del Estado, los médicos y las médicas, con el perfil adecuado, adscritos al sector público de salud son el personal profesionalmente 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.
- Por lo tanto, garantizará el proceso de consentimiento informado;²⁸ atenderá a la salud integral en los términos recogidos por el Protocolo de San Salvador;²⁹ 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 posible que frente a la interrupción legal de un embarazo algunos médicos y médicas enfrenten dilemas éticos. 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 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 de salud. Las instituciones de salud no pueden eludir la responsabilidad de ofrecer los servicios para la interrupción legal del embarazo.

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

28. 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”.

29. 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, y 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 objeción individual de conciencia no puede invocarse frente a la violencia extrema que pone en peligro de muerte, de afectación grave de la salud o de urgencias médicas.
- La objeción de conciencia es, ante todo, una excepción de la debida obediencia de la ley, más 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.
- El médico o la médica que objeten, están obligados a asumir procesos de canalización responsable y desistir de cualquier maniobra disuasiva frente a la usuaria.
- La falsedad en la información médica, incluida la exageración sin base científica de las consecuencias del procedimiento, implica responsabilidad para quien o quienes prestaron la atención.

La evidencia médica

La evidencia médica es, como se ha mencionado, cualquier dato médico útil para conducir a quien vaya a juzgar 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.³⁰

La valoración de la prueba en materia penal, actualmente se rige en México 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 que constan 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 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.

30. 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, y 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 prueba pericial médica está 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.³¹ Debido esto, es conveniente apuntar que el personal de salud debe recibir actualización en esta materia, en particular sobre los procedimientos para que cualquier información médica constante y debidamente fundamentada, pueda tener el carácter de indicio.

Por otro lado, es necesario el establecimiento de acuerdos interinstitucionales en esta materia, así como su difusión a todo el sistema estatal de salud.

La información detallada sobre la evidencia médica se encuentra en el documento de Planeación Estatal y en el Manual Operativo del Modelo.

Aviso y denuncia

La NOM-190-SSA1-1999, 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.”*³²

El aviso o notificación no constituyen, en sí mismos, 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-SSA1-1999 es obligatoria para el personal prestador de servicios de salud, pero no para el de impartición de justicia; esto ha dado lugar a la discusión sobre la eficacia legal de la misma.

Existe un debate internacional⁸ centrado en la pertinencia de que los prestadores de servicios de salud sean conminados 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

31. 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.

32. El numeral 5.8 de las NOM-190 establece que “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”, es decir la 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; (10.1.3.6., p. 33), y g) Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación (10.1.3.7., p. 33).

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.

En México, 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 de dar aviso a la autoridad competente sobre los probables delitos de los que tienen conocimiento. La obligación de notificar no admitirá excepciones salvo en casos específicos en los que exista evidencia de que el aviso compromete seriamente la integridad física y la seguridad de la persona que viven en situación de violencia.

De acuerdo con la Ley (NOM-168-SSA1-1998), la información médica es confidencial y, por tanto, está amparada por el secreto profesional, pero no debe entrar en conflicto con el cumplimiento de la notificación (NOM-190-SSA1-1999) ya que la revelación de dicha información puede ser indispensable para remontar un peligro grave de salud por ser necesaria para establecer o deducir una controversia legal.

La violencia doméstica perpetrada contra mayores de edad, cuando no concurre con otros ilícitos,³³ 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.³⁴ 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 equipo de salud a establecer estrecha coordinación con el DIF y el Ministerio Público. El DIF tiene la facultad de asumir la representación del menor a través de la Procuraduría de Defensa del Menor y la Familia, para eliminar cualquier situación de riesgo por lo que el personal de salud, deberá dar aviso por escrito a esta institución, cuando se trate de violencia doméstica o sexual contra menores de edad o incapaces, en cuyo caso la persecución del delito es de oficio.

Tal como lo señala la NOM-190-SSA1-1999, 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 los estados, deben acudir al recinto hospitalario donde se encuentre una persona lesionada o en situación de riesgo,³⁵ lo que puede facilitar el trámite de medidas de protección inmediatas.

33. Lesiones, tentativa de homicidio, violación, etcétera.

34. 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.

En los casos en los cuales 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 del apoyo pericial que corresponda. La condición de urgencia y los hallazgos deberán quedar debidamente registrados en el expediente clínico.

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 los servicios de salud le informe 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 efectuar 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 supe ni debe contradecir la voluntad de la usuaria o usuario mayor de edad de los servicios de salud, cuando ésta pueda ser expresada y el delito cometido no sea de persecución oficiosa como la tentativa de homicidio, ya que siendo una ciudadana o ciudadano en plenitud de derechos, debe elegir el tipo de auxilio que desea recibir de las autoridades.³⁶
- Es imprescindible que simultáneamente al cumplimiento del aviso, se promuevan medidas de protección, con auxilio de autoridad competente. Con base en la evaluación del riesgo, debe referirse a la usuaria hacia un refugio o hacia un centro de atención especializada.

Es indispensable que cada entidad federativa cuente con los apoyos institucionales necesarios para que los prestadores y prestadoras de servicios de salud puedan cumplir con esta obligación. Con frecuencia las autoridades de salud desalientan el cumplimiento de la obligación del aviso, por esto es fundamental que en toda la estructura de los servicios de salud estatales se perciba la existencia de una política firme en esta materia, ya que se trata de una obligación institucional.

35. Avisar al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, 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 usuaria o el usuario afectados por violencia familiar, reciban servicios jurídicos, médico-legales y de asistencia social.

36. En aquellos casos en los cuales no prevalezca una urgencia médica, una vez que la o el usuario involucrados 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 la integridad de la usuaria o el usuario. NOM-190.

Marco Conceptual

La aplicación del Modelo requiere que las y los responsables de la toma de decisiones, así como los prestadores y las 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.”*⁷

La definición incluye 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 considera la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos como las calles, los medios de transporte y 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, niñas y niños, discapacitados, discapacitadas, ancianos, ancianas, indígenas y personas con preferencias sexuales diferentes, sean más vulnerables a la violencia por su condición. Debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad, y que se reproduce a través de la ideología y 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-SSA1-1999⁷ 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 reconocida 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-SSA1-1999, 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.” Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención Belém do Pará, 1994.³⁷

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.”⁴

37. 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 a la asignación de recursos técnicos y financieros para garantizar su implantación.

“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.”¹⁰

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 de 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.
- Violencia psicológica.
- Abandono.
- Maltrato sexual.
- Violencia económica.
- Violencia patrimonial.
- Violencia institucional.

El detalle de estas definiciones se encuentra en el Anexo 2.

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 y el terrorismo entre otros. 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 éstos 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 configuran 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, de los agresores y de quienes viven situaciones de violencia, y también al contexto en el que se desenvuelven para identificar las necesidades y las capacidades de atención de 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, han 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 van 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.¹⁴

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.⁵ 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 las mujeres que viven en situación de violencia y de los agresores sin perder de vista el contexto social en el que ocurre.

LA VIOLENCIA SE VIVE Y APRENDE EN TODOS LOS ÁMBITOS DE LA VIDA, INCLUYENDO LA FAMILIA.

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, aún 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 ejerce.

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 alejada 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.¹⁵

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.

- Una pareja –ya sea en matrimonio legal o no– y las hijas e hijos solteros.
- La madre o el padre y los hijos e hijas solteros.
- 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 (son las familias extensas).
- Parejas divorciadas o separadas con los hijos de matrimonios anteriores y, en algunos casos, con hijos comunes.
- Parejas de homosexuales, ya sean de hombres o de mujeres, con o sin hijos e hijas.

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, ésta debe ser considerada como tal con independencia de la forma que adopte la familia en la que se origine 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.⁵ Por ello es necesario insistir en que el problema de 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 COMPRENSIÓN 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–^{11,12,14,16} 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.

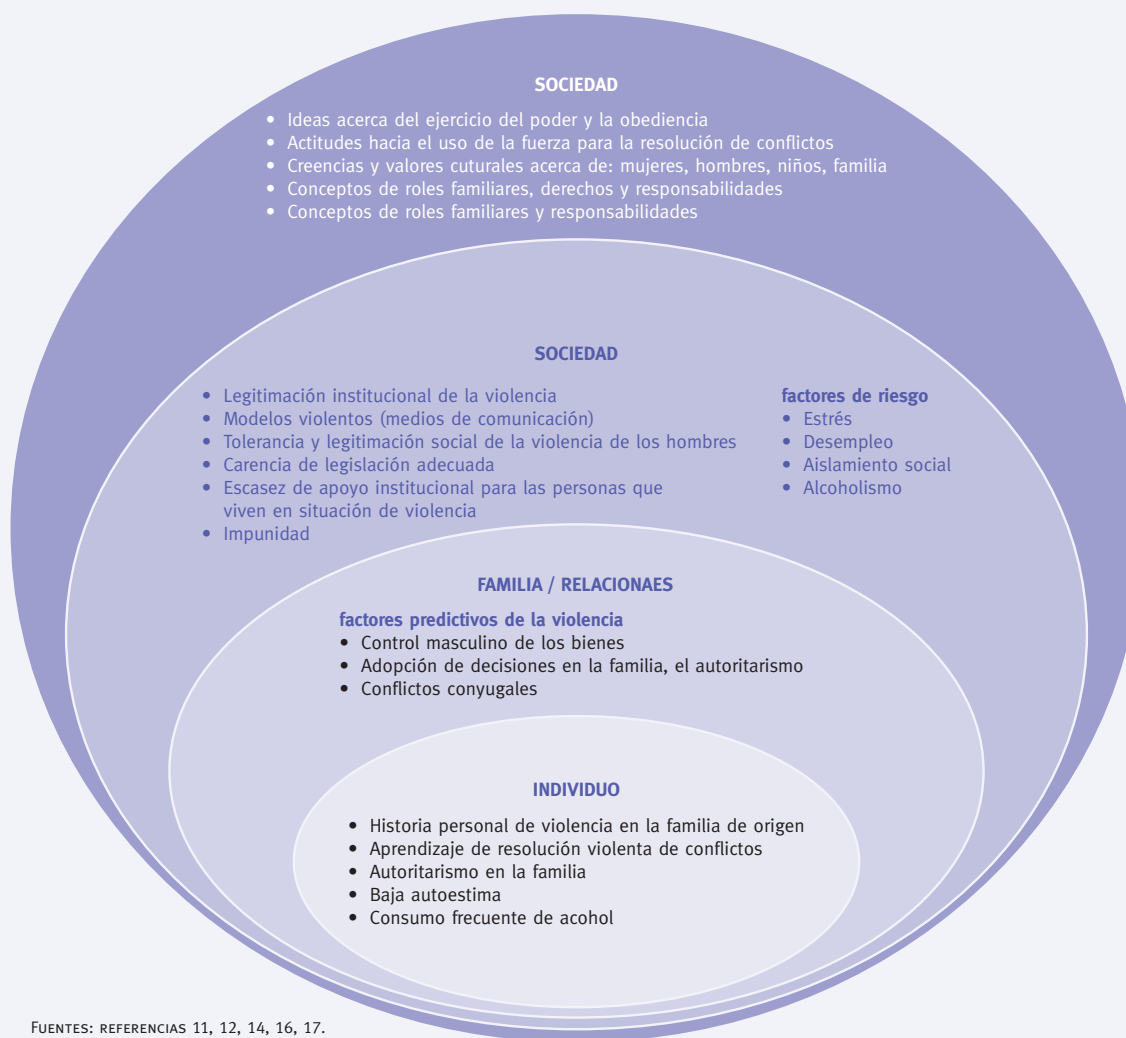
De acuerdo con este modelo, los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia interactúan en cuatro niveles:

- **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 o 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, 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 de servicios de salud para las mujeres en situación de violencia, así como la atención inadecuada en éstos que les agrega más violencia, 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 1*, la superposición de los cuatro niveles ilustra la forma como los factores de cada uno de ellos influyen entre sí y muestran 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 muestre arrepentimiento, son mecanismos que intervienen en la reproducción de la violencia. La auto-incriminación de la mujer en situación de violencia 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.”*⁸



Las conductas violentas contra la mujer, 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 cual las mujeres que viven violencia suelen asumir su situación, 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 VFMS 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, reportan 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 y 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 mujeres sufre violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Otro dato relevante es que el tipo más común de abuso en el mundo 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.¹⁰

En 1993, un estudio de la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), estableció que de 45 a 60% de los homicidios contra mujeres se cometen dentro de la casa y que la mayoría de estos homicidios son ejecutados 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 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 y se convierten 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 de la Secretaría de Salud, con representatividad en las 32 entidades federativas.

Entre los resultados más relevantes del estudio se encuentra que 21.5% de las mujeres es víctima de violencia por parte de su 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 I*).

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.

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

| Violencia | Cantidad | Porcentaje |
|--|----------|------------|
| De la pareja actual ³⁸ | 45 369 | 21.5 |
| De la pareja de por vida ³⁹ | 8 319 | 34.5 |
| Alguna vez en la vida ⁴⁰ | 15 509 | 60.4 |

El *cuadro II* muestra que la mayor incidencia 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.

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.

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 |

Es interesante aclarar que la distinción de los distintos tipos de violencia permite lograr una mayor precisión en el conocimiento del problema y constituye una información valiosa para su atención; sin

³⁸. Se incluye a las mujeres que hayan padecido violencia psicológica, física, económica o sexual por parte de su novio, esposo o compañero actual.

³⁹. 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.

⁴⁰. 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.

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% reportó sufrir los tres tipos de violencia; 19.6% reportó violencia física y psicológica, perpetrada en su contra, y 6.6% padece violencia sexual y psicológica. La suma de las intersecciones es de 48% (*Cuadro III*). 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. 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 |

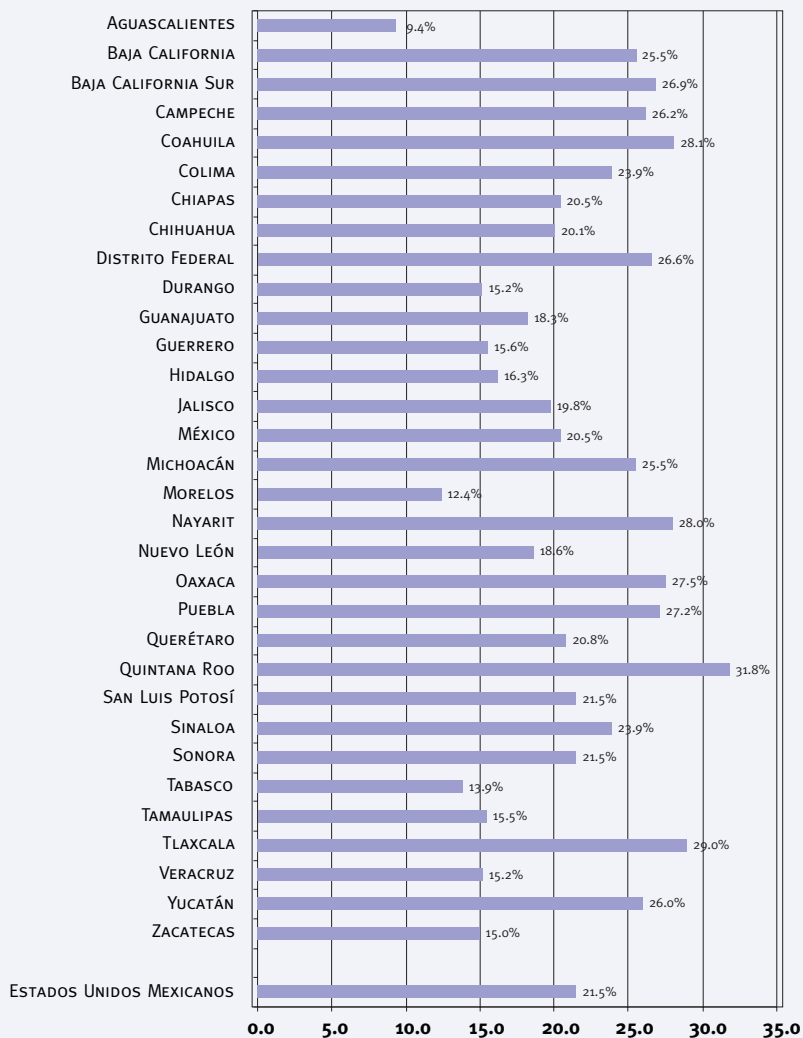
El embarazo es una etapa de notable riesgo para las mujeres. El 25% de las mujeres encuestadas informó que durante su embarazo sufrió algún tipo de maltrato, el tipo más frecuente fueron las humillaciones, en segundo lugar, ser obligadas por la pareja a tener relaciones sexuales, y en tercer lugar los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

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

En diferentes investigaciones como la de García-Moreno²³ 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 al tratamiento de la violencia, entre éstos se encuentran: atención a la salud, gastos policíacos, sistema de justicia penal, refugios para las mujeres que viven en situación de violencia y los servicios sociales que se ofrecen tales como asesoría psicológica y 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
- 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

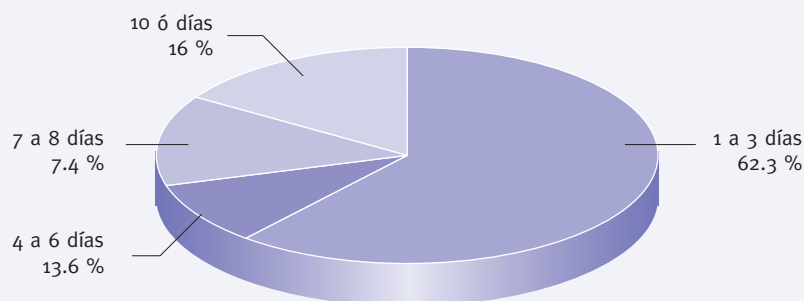
En México, los datos de la ENVIM 2003 muestran que 6.9% de las entrevistadas declaró que por encontrarse en una situación de violencia ha tenido que cambiar de trabajo y 5.4% se ha quedado sin trabajo por razones relacionadas con la violencia que padece.² (*Cuadro V*)

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:² la *figura 4* muestra que 16.6% tuvo que ausentarse de su trabajo 10 ó más días en un año, 7.4% faltó de 7 a 8 días, 13.6% perdió entre 4 y 6 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.²

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, ahorra los costos para la atención de muchas enfermedades relacionadas con la violencia y redundan 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 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.

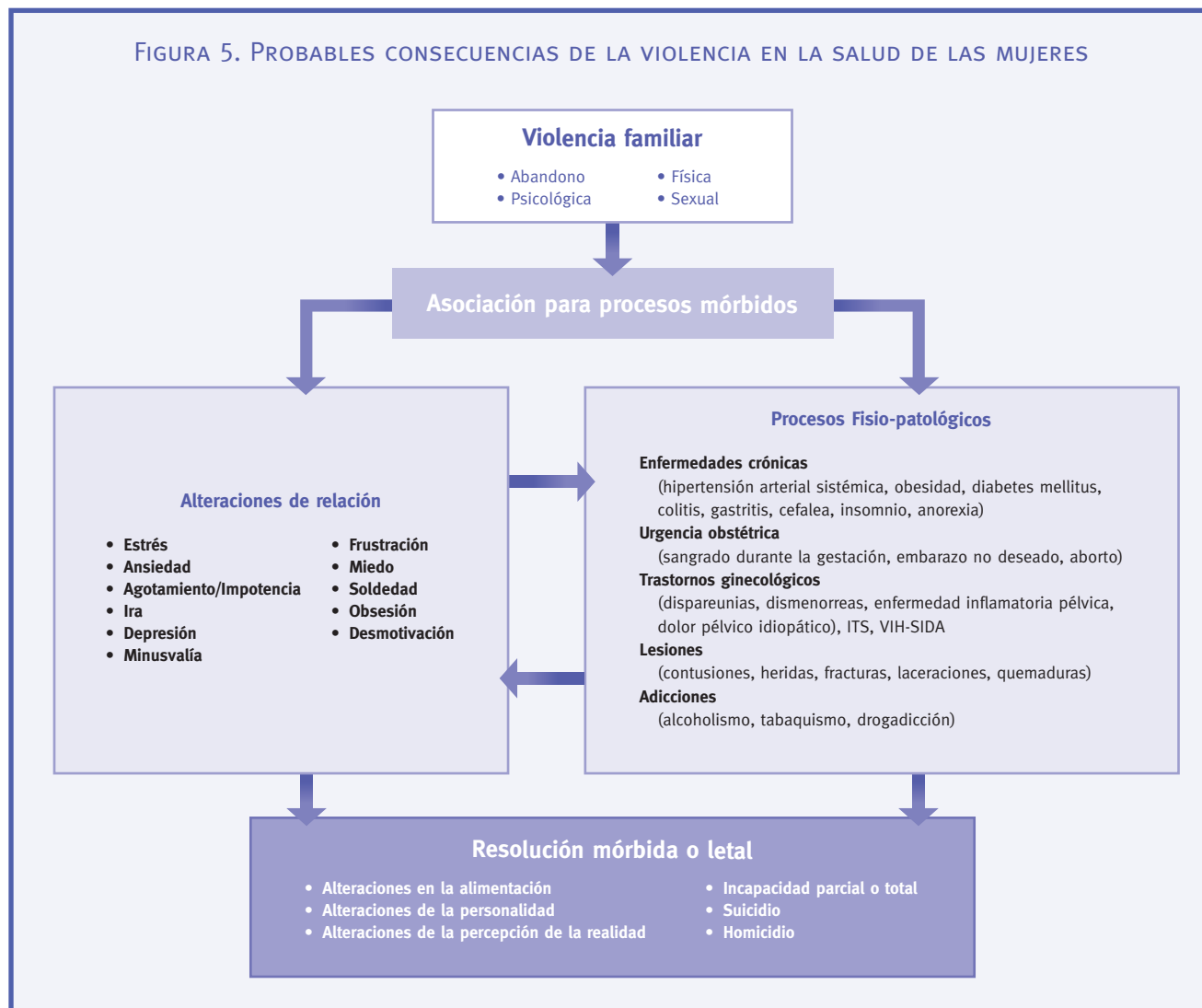
Algunos estudios²⁷ revelan que la violencia durante el embarazo tiene como consecuencias la afectación no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido, ya que se asocia con abortos, muerte fetal o perinatal, parto prematuro y lesiones fetales o del recién nacido. En varios estudios se observó 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 o de la niña.²

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.

- 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}

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.

FIGURA 5. PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES



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.”³ 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 humanos,^{9,30} 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:³¹

- 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.
- Destacar 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 el ejercicio del poder previamente adquirido y la toma de conciencia de ello.
- 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.³²

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 Secretaria 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 de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

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 instrumentación 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 los estados de 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: una mayor visibilidad de la violencia contra las mujeres, la generación de información sobre el fenómeno mediante la aplicación de la Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres 2003, 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, la realización de seminarios así

como la publicación de boletines, libros, guías y manuales y materiales de difusión. Este Programa⁴¹ 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. El Programa ofrece un marco que presenta avances internacionales en la materia y ubica el origen del problema en las desigualdades de género y 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, DIF, Comisiones de Derechos Humanos e Inmujeres.
- **Creación de unidades de atención a la violencia familiar y de agencias especializadas de atención a los delitos sexuales.** En el Distrito Federal y en otras 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 extrema 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. 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 en situación de violencia.** 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 y otras personas en situación de violencia, en especial en las actividades relacionadas

41. Adscrito al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

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 padecen 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, 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 (ENDIREH) del INMUJERES.
- **Existen iniciativas para abrir el tema de la violencia hacia 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 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.

Por el lado de las **debilidades y obstáculos**, se encuentran los siguientes:

- La prioridad que a la VFMS se le da 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 en situación de violencia 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
- **Es frecuente que las mujeres en situación de violencia sean objeto de otros tipos de agresiones.** 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 agresiones que pueden ir desde la atención deficiente 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.
- **Prevalcen 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 por quienes prestan servicios de salud, 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 acerca de la VFMS. Estos problemas dificultan la atención sistemática a las personas violentadas porque entorpecen el seguimiento de su referencia y contrarreferencia.

- **La promoción y comunicación no se realizan con base en una estrategia coordinada.** La apertura del tema de la violencia hacia la opinión pública 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 interinstitucional 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.
- **Los intentos y mecanismos para establecer mesas o coordinaciones interinstitucionales son incipientes.** Es palpable la necesidad de una instancia rectora que promueva el tema y encabece la coordinación de las iniciativas. La complejidad del tema y la insuficiente delimitación de las áreas de competencia y responsabilidad dificultan la 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 logro del 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 de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.

Lineamientos

El papel del sector salud en la atención a la VFSM es esencial y por ello el alcance de sus acciones debe orientarse a la luz de algunas consideraciones básicas:

Para una atención integral a la VFSM se requiere:

- Partir de un marco conceptual común basado en los derechos humanos, la perspectiva de género y el derecho a la protección de la salud.
- Ser una prioridad del sector salud a través de la implantación de acciones en los distintos niveles de atención a la salud.
- Promover una coordinación interinstitucional efectiva y eficaz.

La intervención de las instituciones directamente involucradas en la atención a la VFSM, debe orientarse por un **marco conceptual común**, cuyas implicaciones éticas, metodológicas y prácticas se reflejen a lo largo de las distintas fases del proceso de atención.

Esto implica la capacitación del personal y la instauración de procedimientos y protocolos que indiquen con claridad el enfoque adoptado.

Para lograr que la atención a la VFSM sea una **prioridad del sector salud**, debe iniciarse un proceso sostenido de institucionalización que tienda a su incorporación transversal en todos los servicios del sector. Esto implica la definición de objetivos a corto, largo y mediano plazo. Es preciso determinar los pasos mínimos requeridos para ofrecer una atención esencial y especializada que garantice que la intervención no significará un mayor riesgo para las mujeres que viven en situación de violencia o incluso a una agresión más. Con esta finalidad, se elaboró el documento de “Planeación Estatal”, del Modelo Integrado, cuya aplicación depende de la capacidad de decisión y de las facultades que se otorguen a quien sea responsable del programa, por lo que desde este momento se sugiere su ubicación en la estructura con mayor capacidad de coordinación intersectorial.

Una atención de calidad incluye una coordinación efectiva y eficaz con otras instituciones gubernamentales, civiles y sociales. En realidad, ninguna institución o sector puede por sí mismo abordar integralmente el problema de la VFSM, por lo que es indispensable delimitar las esferas de competencia que corresponden a cada sector para evitar duplicidades, vacíos y contradicciones, y orientar

las acciones a favor de la integración de servicios. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia deben ofrecer a las mujeres en situación de violencia una ruta crítica que conduzca la oferta de salidas efectivas o, al menos, a la identificación de las áreas críticas que deben ser atendidas.

Las grandes áreas de intervención en la atención integrada de la VFMS

El marco normativo para el proceso de atención en el sector salud, explicita que sus componentes son: la promoción de la salud; la detección de la situación de violencia; la atención médica; el registro de la información; la evaluación del riesgo, plan de seguridad y orientación legal; la referencia, la contrarreferencia y el seguimiento; este marco permite identificar cuatro grandes áreas de intervención:

- **Prevención.** Incluye todas las políticas y acciones encaminadas a evitar los actos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, como son la promoción de una cultura de la no-violencia y la resolución pacífica de los conflictos. La prevención implica un cambio profundo de mentalidades, creencias, estereotipos y actitudes relacionados con la valoración social de las mujeres y los hombres y con el desequilibrio de las relaciones de poder en la familia, en las comunidades y en la sociedad.
- **Detección.** Incluye las políticas y procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido una situación de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección oportuna es una herramienta básica que permite proporcionar a las personas agredidas los apoyos necesarios para evitar su agravamiento.
- **Atención oportuna.** La constituyen todas las acciones enfocadas a brindar el tratamiento y asesoría necesarios a las personas en situación de violencia, de acuerdo con las posibilidades reales y la capacidad resolutoria por nivel de atención que corresponden a los servicios de la unidad.
- **Rehabilitación.** Se refiere al conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios y los apoyos para que las personas en situación de violencia cuenten con los elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida. Incluye medidas de protección para evitar un daño mayor o la muerte, por lo que se le considera como prevención terciaria.

Estrategias

La puesta en marcha de modelos de atención de la VFMS desde el sector salud, en otros países y en México, así como las experiencias de organizaciones civiles e instituciones académicas, brindan un conjunto de lineamientos y recomendaciones generales⁴² para la formulación de estrategias que permitan la obtención de buenos resultados. Las estrategias se refieren a seis aspectos que son cruciales para la implantación del Modelo: la institucionalización de la atención a la VFMS, la coordinación interinstitucional, la capacitación y sensibilización, la promoción de la salud, el desarrollo de infraestructura, y la comunicación y difusión.

1. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA VFMS

El Modelo propone la institucionalización de la atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres mediante la prestación de servicios médicos en las unidades de la Secretaría de Salud y a través de la referencia a instituciones externas para la rehabilitación de las usuarias. La Secretaría de Salud proporcionará dos tipos de servicios médicos: atención esencial y atención especializada, de acuerdo con las características de cada unidad.

Objetivos

- Instaurar los servicios de atención, esencial y especializada, a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en todos los servicios de salud.
- Brindar atención oportuna y de calidad a las usuarias de los servicios de salud en todas las fases del proceso de atención: la prevención, la detección, la atención y la rehabilitación.

Acciones

Desarrollo del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Por tratarse de un tema que apenas se está posicionando en el sector, resulta indispensable la creación de programas estatales específicos que establezcan la planeación, supervisión, evaluación y seguimiento de las acciones relacionadas con la atención esencial y especializada a la VFMS, desde la realidad cotidiana local y a partir de la aplicación del Modelo Integrado de Atención a la VFMS. El Programa es el mejor medio para: a) la institucionalización de la atención a la VFMS en los servicios de salud; b) la promoción del enfoque adecuado con el que se deben brindar los servicios, y c) la aplicación de las herramientas teóricas y metodológicas necesarias.

⁴² Los lineamientos y recomendaciones que se enuncian son resultado del Taller de expertas, realizado en junio de 2003 y de la revisión de otros modelos y experiencias en las seis entidades en las que se ha realizado el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres: Coahuila, Distrito Federal, Jalisco, Michoacán, Nuevo León y Tabasco.

Debido a la diversidad de situaciones de cada entidad federativa en cuanto a la ubicación institucional de los servicios de salud,⁴³ lo recomendable es que la adscripción del Programa de Prevención y Atención a la VFMS sea al más alto nivel del organigrama institucional, para tener influencia en la planeación de las actividades del sector y autoridad para promover las reformas que se requieran. La adscripción ideal del Programa es en la Dirección de Servicios de Salud, o su equivalente, y quien sea responsable de dicho programa debe tener la capacidad de representación y negociación con el titular de los Servicios de Salud, por ser éste quien tiene las facultades para tomar decisiones sobre los programas sustantivos. La persona responsable del Programa debe contar con las facultades para delegar en las personas que considere conveniente las tareas que involucra la puesta en marcha del Modelo.

Establecimiento de protocolos para la atención a la VFMS y cumplimiento de la NOM-190-SSA1-1999. Se ha comprobado que en los países en los que existen normas y protocolos de atención para la VFMS los programas tienen mejores resultados, de ahí que, en México, la Norma Oficial Mexicana para la “Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar” sea un instrumento muy valioso en la medida en que establece las obligaciones y procedimientos que competen al personal de salud. Por tal motivo, es fundamental difundir, capacitar y hacer cumplir la NOM-190-SSA1-1999 para diseñar y aplicar protocolos en cada una de las fases del proceso de atención a la VFMS.

Definición de niveles de atención. Para la instrumentación del Modelo, se definen tres niveles de atención a la VFMS:

1. **Atención esencial.** Se brindará en los servicios de primer contacto, como centros de salud, urgencias o consulta externa, y consiste en proporcionar a las mujeres atención dirigida a la detección, primeros auxilios psicológicos, evaluación del riesgo, plan de seguridad, orientación legal, atención médica a lesiones leves, atención básica a los casos de violencia sexual y referencia.
2. **Atención especializada.** Se brindará en servicios especializados ubicados en cada uno de los hospitales generales y de especialidades o en unidades específicas fuera de unidades hospitalarias. Además de los servicios descritos en la atención esencial, la atención especializada incluye: tratamiento médico para lesiones leves y graves, especialidades médicas, tratamiento para la violencia sexual, tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado y la referencia a la red de servicios locales.⁴⁴
3. **Refugios.** Estos servicios generalmente son proporcionados por organizaciones de la sociedad civil, y constituyen una alternativa fundamental para las mujeres y sus hijos, cuyas vidas se encuentran en peligro (violencia extrema).

43. Algunas entidades federativas cuentan con una Secretaría de Salud, mientras que en otros los servicios de salud dependen de otra Secretaría, por ejemplo Desarrollo Social, o se encuentran adscritos a algún organismo descentralizado como el Instituto de Salud.

44. La descripción detallada de los servicios de atención esencial y especializada se encuentra en el Manual Operativo del Modelo.

La atención en los diferentes niveles del Modelo se implementará por fases, de acuerdo con las posibilidades y características de cada entidad y su distribución geográfica se decidirá con base en la densidad poblacional, siguiendo la regionalización operativa de los servicios de salud.

4. **Asignación de recursos financieros.** Los mecanismos de planeación y asignación presupuestal, tanto en ámbito federal como estatal, dificultan el financiamiento de nuevos programas. Es recomendable que en las primeras etapas se etiqueten recursos específicos a los programas y actividades de atención a la VFMS hasta lograr que éstos se consoliden y se hayan legitimado como programas sustanciales del sector. Es necesario vigilar que los recursos etiquetados a las actividades de atención a la VFMS sean usados para cubrir necesidades de las áreas en las que se adscriben los programas. En el mediano o largo plazo es deseable que los recursos para la atención a la VFMS formen parte de los presupuestos institucionales a través de los Proyectos de Presupuesto.

2. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

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

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 alto nivel que permita contar con la voluntad política de los tomadores de decisiones que favorezca 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.

Para garantizar la consolidación de la coordinación interinstitucional a mediano y largo plazo, es aconsejable que se establezcan metas comunes de carácter estratégico y, preferentemente, vinculantes en las que se definan con claridad las responsabilidades y las corresponsabilidades, se instrumenten mecanismos de evaluación y seguimiento y se determinen las características de las instancias de coordinación que se establecerán, así como 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.

Objetivos

El objetivo de la coordinación interinstitucional e intersectorial es lograr la participación interdisciplinaria y comprometida de quienes tienen la responsabilidad de intervenir en la prevención, 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 el ámbito nacional, el Programa Nacional por una Vida Sin Violencia 2001-2006, el cual es de observancia general para todos los servidores públicos del país, establece 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 VFMSM vigentes en muchas entidades federativas, establecen 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.

Los mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial (mesas, consejos, convenios bilaterales o multilaterales) cubren ciertas funciones y tienen alcances diversos que van desde la mera articulación puntual hasta las instancias de coordinación que se constituyen en rectoras de los programas de prevención y atención a la VFMSM en un estado. En general, la coordinación interinstitucional avanza más rápidamente cuando alguna institución e incluso alguna persona toma el liderazgo.

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, visibilizado y con reconocimiento institucional y personal.

- 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 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 y su socialización.

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

1. **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.
2. **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 cada responsable de los Programas se le otorgue capacidad de decisión y que cuente con los recursos materiales y el tiempo necesario para realizar las actividades de coordinación que correspondan.

La coordinación con otras instituciones y sectores es compleja, ya que implica que las áreas de responsabilidad y competencia estén claramente delimitadas y que sean aceptadas de buen grado por las contrapartes. La coordinación interinstitucional exige una labor de convocatoria y negociación de alto nivel que permita contar con la voluntad política de quienes toman las decisiones. Es preciso establecer los enfoques comunes y los procedimientos para poner en marcha las acciones de coordinación o de acción conjunta.

La coordinación con las organizaciones de la sociedad civil es indispensable para avanzar en el tema e, inclusive, para llenar vacíos en aspectos para los cuales la Secretaría de Salud no cuenta con los recursos. Las alianzas con las organizaciones no gubernamentales se basan en la buena fe.

La participación de universidades e institutos de investigación en colaboración con la Secretaría de Salud es muy valiosa para promover las investigaciones interdisciplinarias sobre la violencia familiar, sexual y contra las mujeres que aporten elementos para su comprensión y para la modificación de las percepciones y actitudes hacia el tema entre el personal que presta los servicios de salud.

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 su potencial de liderazgo, especialmente de la Secretaría de Salud, para encabezar la operación de un modelo integrado de atención a la violencia contra las mujeres.

En el esquema estatal es importante que el liderazgo esté a cargo de la Secretaría de Salud, ya que:

- La cobertura de los servicios de salud a todo lo ancho y largo del país, característica que la 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 Integrado de Atención.
- 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 los sectores de procuración de justicia y de educación.
- El sector salud establece con otras instituciones gubernamentales relaciones permanentes. En el desempeño de sus funciones, el personal de los servicios de salud se vincula con diversas instituciones en programas conjuntos o en actividades puntuales, lo que favorece 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 quienes toman decisiones al más alto nivel den legitimidad a los mecanismos de coordinación, a partir de la obligatoriedad que establecen las leyes, para así detonar la convocatoria de los sectores que deben involucrarse. Sin embargo, el trabajo de gestión y negociación personal resulta indispensable para dar cuerpo a la voluntad política de funcionarios y representantes de organizaciones sociales; la experiencia demuestra que el interés de una persona que se apropia el 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 estrategias para iniciar y/o organizar esta coordinación:

- Convocatoria a las instituciones y sectores. 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. 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: Salud, Educación, Procuración e Impartición de Justicia, Institutos de las Mujeres, Desarrollo Social, Trabajo, Derechos Humanos, Atención a los Niños y Niñas y la Familia, la sociedad civil y el Poder Legislativo.

- 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.
- Definición de los mecanismos de coordinación mediante reuniones periódicas. Es indispensable el funcionamiento permanente y fluido de la vinculación interinstitucional, por lo cual se recomienda que se realicen cuando menos reuniones anuales de los titulares de las Secretarías o dependencias estatales y las redes de organizaciones civiles, para refrendar y establecer nuevos acuerdos.
- Construcción conjunta de un programa de trabajo, que contenga: a) un enfoque común; b) el establecimiento de metas de carácter estratégico y vinculante; c) la delimitación de esferas de competencia; d) la institución de lineamientos metodológicos comunes para atención a personas en situación de violencia; e) la revisión del marco jurídico local y la formulación de propuestas e iniciativas de ley; f) el diseño de campañas mediáticas, publicaciones, programas de capacitación comunes; g) la formulación de una ruta crítica intersectorial; h) el diseño de un sistema de información común; i) el cálculo de presupuestos, y j) la formulación de estrategias de financiamiento.
- 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.

3. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Con base en la experiencia nacional e internacional se establece como factible la detección de la VFMS en prácticamente cualquier área de los servicios de salud, por lo tanto, la atención debe brindarse de manera transversal. Para que los servicios de atención sean proporcionados transversalmente en todas las áreas del sector salud o en aquéllas que se definan como prioritarias, es indispensable contar con equipos de salud sensibles y capaces en los que participen quienes laboren en las áreas de: medicina, enfermería, psicología, trabajo social y la promoción de la salud, de acuerdo con los recursos disponibles y al nivel de atención en el que se ofrecen los servicios.

La implantación de procesos educativos para la formación y actualización de recursos humanos profesionales es un requerimiento que debe cubrirse para dar una respuesta formal y sistemática a las necesidades técnicas, humanas y administrativas de la atención a la VFMS.

Por tratarse de un fenómeno muy difundido 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 y ejecutar posibles alternativas de solución.

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.

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 problemas y situaciones relacionadas con la VFMS.
- Analizar en forma crítica y propositiva aspectos específicos del conocimiento y atención a la VFMS.
- Proponer, apoyar y consolidar las actividades y cambios que implica la puesta en marcha del Modelo de Atención a la VFMS.
- Transmitir el conocimiento y orientar al personal de nuevo ingreso sobre el Programa de Atención de la VFMS.
- Actualizar en forma permanente sus conocimientos y habilidades sobre el tema.

Acciones

La implantación del Modelo de atención a la violencia, hace necesaria la definición de acciones tendientes a formar a las y los profesionales requeridos mediante procesos educativos en VFMS. Estas acciones son:

- Establecimiento de un Programa Permanente de Educación Continua. La educación al personal que presta servicios de salud para la atención de la VFMS no se agota en un evento educativo, sino que debe ser permanente; por ello es necesario diseñar un Programa Anual de Capacitación que establezca con precisión sus objetivos y alcances. Quienes sean 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.
- Información y sensibilización a todo el equipo de salud que preste atención a la VFMS. Para lograr una atención de calidad, es necesario que quienes presten servicios se informen y se sensibilicen acerca de la VFMS y de los servicios que la Secretaría de Salud y otras instituciones ofrecen. Esto incluye tanto al personal de alto nivel, como al operativo en actividades asistenciales, administrativas y de apoyo logístico.
- Formación y capacitación del personal en contacto directo para cubrir los criterios básicos para la atención médica de la VFMS. El personal que preste atención esencial y especializada, debe participar en procesos de formación para adquirir las habilidades en las temáticas y actividades que, de acuerdo con el Manual Operativo del Modelo, le corresponde desarrollar. Cada integrante del equipo de salud debe 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.
- Formación de equipos especializados en la atención a la VFMS. El sector salud debe contar con personal especializado que pueda brindar capacitación y asesoría a las diferentes áreas en las que se ofrecerán servicios de atención a la VFMS. En la elección del personal que será asignado a la atención especializada para la VFMS se deben considerar las aptitudes, la disposición y la sensibilidad hacia el tema. Debido a la carga laboral y emocional que representa el trabajo con mujeres que viven en situación de violencia, se recomienda con especial énfasis que dicho personal sea liberado de cualquier otra carga de trabajo y reciba estímulos y capacitación permanente; asimismo, se sugiere proporcionarles espacios y apoyo para la contención, de lo contrario se corre el riesgo de afectar la integridad, tanto de quienes prestan los servicios como de las usuarias, situación que puede tener consecuencias institucionales.

Los equipos especializados deben profundizar su formación mediante un proceso continuo de aprendizaje que confronte de manera permanente la teoría con la práctica, en un campo delimitado del quehacer profesional.

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

Las estrategias de educación continua en materia de VFSM deberán contar con los apoyos y recursos institucionales necesarios para alcanzar sus objetivos. Un programa de educación continua exige disponer de espacios adecuados para su impartición, la gestión, obtención y asignación de los recursos financieros para su implantación y la disposición de tiempo suficiente para que el personal que presta los servicios de salud reciba la capacitación.

La capacitación no sólo redundará en la formación de profesionales y expertos en VFSM sino que propiciará la conformación de una “masa crítica” institucional que se interese, promueva y cuente con las capacidades para trabajar en el tema de la violencia .

4. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud puede ser definida como una estrategia, o conjunto de estrategias, de intervención que persigue la mejora del nivel de salud de la comunidad³³ y que tiene como elementos centrales para su implantación y desarrollo la participación comunitaria, la educación para la salud y la comunicación educativa.

La participación implica la responsabilidad compartida de la Secretaría de la Salud, las mujeres y hombres de la comunidad, los grupos y organizaciones comunitarios y los gobiernos estatales y locales. Para que la gente participe en los proyectos es fundamental que quienes prestan los servicios de salud trabajen con la comunidad y no sobre ella y que ésta sienta que realmente tiene algo importante que aportar y que es posible conseguir los objetivos propuestos.

La educación para la salud se refiere al desarrollo de actividades dirigidas a grupos y organizaciones que pueden facilitar la comprensión de los factores, individuales, relacionales, comunitarios y sociales que inciden en la prevalencia de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. De ahí que se constituya en un elemento básico para el cambio social.

La comunicación educativa es un medio que puede resultar muy eficaz para motivar a la participación, modificar las actitudes y percepciones sobre la violencia y reforzar las acciones educativas de otras dependencias de gobierno que actúan en la comunidad.

Es esencial que en las acciones de promoción de la salud no se pierda de vista el impulso de acciones tendientes a la equidad social, en particular la equidad entre mujeres y hombres. La NOM-190 señala 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.”*⁷

Objetivos

- Mejorar el nivel de salud comunitaria mediante la promoción del cambio de actitudes, hacia una cultura de la no-violencia y de relaciones equitativas entre mujeres y hombres.
- Prevenir la violencia familiar, sexual y contra las mujeres a través de los programas de promoción de la salud.
- Promover la participación de los miembros de la comunidad en las acciones de prevención y detección de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Acciones

- Incorporación de los temas de prevención de la violencia en los programas de prevención de la enfermedad. Las actividades y programas que realizan los servicios de salud constituyen un medio efectivo para introducir el tema de la prevención de la violencia en general y en particular la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. En las acciones que se realicen siempre deberá prevalecer el enfoque de género.
- Promoción de acciones conjuntas para prevenir la violencia. Además de los programas que competen a la Secretaría de Salud, se pueden realizar actividades con otras instituciones gubernamentales que están involucradas con la prevención de la violencia y con la realización de programas o actividades para su atención. Es importante identificar con qué instituciones se pueden conjugar esfuerzos y promover acciones interinstitucionales para que los resultados tengan un mayor alcance (por ejemplo la realización de campañas, la elaboración de materiales educativos, la realización de charlas y talleres, etcétera).
- Aprovechamiento de las redes sociales para el combate a la violencia. La implantación exitosa del Modelo Integrado requiere establecer relaciones con las organizaciones sociales de la comunidad, particularmente para las acciones de prevención de la violencia y de promoción de la no-violencia en las relaciones familiares y comunitarias. Es de especial importancia incorporar en las acciones del programa a las agrupaciones que puedan potenciar el impacto en la comunidad, tal es el caso de las cooperativas, grupos juveniles o centros de convivencia, para lograr la movilización social en torno a temas de género, prevención y atención a la violencia, apoyos para el tratamiento a personas en situación de violencia, derechos humanos, etcétera.
- Promoción de la participación comunitaria. La intervención para la promoción de la salud de manera participativa implica actuar en conjunto con las mujeres y hombres de la comunidad

para facilitar: a) la definición de sus propios problemas y necesidades; b) la comprensión de lo que pueden hacer acerca de sus problemas con sus propios recursos combinados con el apoyo exterior y c) la toma de decisiones sobre cuál es la acción más apropiada para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad.

5. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

El logro de la atención oportuna, adecuada y de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia, requiere de recursos humanos, financieros y materiales que aseguren la realización de las acciones.

Objetivo

Contar con los recursos humanos, materiales y técnicos, así como con los sistemas de información necesarios para ofrecer los servicios de atención esencial y especializada a las mujeres que viven en situación de violencia.

Acciones

Asignación o reasignación de personal para la aplicación, coordinación y dirección del Modelo. Para que la institución pueda atender en forma oportuna y eficaz a las víctimas de violencia familiar y sexual, es indispensable la asignación o reasignación de personal específico para la implantación del Programa de Prevención y Atención a la VFMS.

Asignación de recursos institucionales para la atención a la VFMS. El personal que presta servicios de salud debe saber que cuenta con los espacios físicos adecuados, por lo cual los establecimientos asistenciales deben procurar la generación o acondicionamiento de espacios con la privacidad suficiente que permita la confidencialidad de la relación médico-paciente, además de favorecer un clima confiable, tranquilo y seguro.

Acompañamiento institucional para el registro de la información. Debido a que el sector salud es un ámbito altamente sensible a la necesidad de contar con un sistema de información nacional ágil eficiente y eficaz, ya que de su capacidad de respuesta depende la salud y, en muchos casos, la vida de los habitantes del país, se hace una referencia especial al registro de la información. La NOM-190 en su numeral 5.9 establece que *“las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, deberán registrar e informar a la Secretaría de Salud de usuarias o usuarios afectados por violencia familiar, conforme lo establecen las disposiciones aplicables y los manuales que al efecto emita la Secretaría de Salud.”*⁷

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.

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 a través de 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 intrafamiliar y en el Certificado de Defunción (Secretaría de Salud. Manual sobre lineamientos estratégicos, 2004).

El procedimiento de registro de la información consiste en que todos los casos atendidos en la Secretaría de Salud son registrados de manera general y posteriormente son remitidos al registro del programa correspondiente. La responsabilidad del llenado de los formatos recae en el personal médico, de trabajo social o de técnicos en atención primaria, dependiendo del tipo de unidad y servicio de que se trate.

Sin embargo, es necesario mencionar que los formatos mencionados dispersan la información sobre violencia, mientras que 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.

La integridad de los datos derivados de estos formatos depende de la adecuada detección de la violencia por parte de los encargados de prestar la atención y del correcto llenado y envío de los formatos de registro.

La generación de la información sobre VFMSM compete parcialmente a la Secretaría de Salud. La realidad es tan compleja que la obtención de un panorama completo sobre la problemática de las mujeres que denuncian la violencia y/o acuden a los servicios de salud, sólo será posible mediante la integración de intereses y datos programáticos de cada participante en el abordaje a la violencia.

En el marco de la coordinación interinstitucional e intersectorial se requiere generar un sistema de registro único y continuo de la información sobre la VFMSM, 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 implantación de un programa que atienda las causas que generan el subregistro de la información. Se refiere a un programa se analice la importancia de la generación de registros y permita superar la curva de aprendizaje para el registro de información en general y del registro de la VFMSM en lo particular. Un mecanismo para reducir el subregistro es la desvinculación del registro de casos de violencia de la demanda de atención por lesiones.

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 creación de una instancia integradora de datos intersectoriales. Esta es una acción que puede llevarse a cabo en coordinación con otras instancias gubernamentales, con la finalidad de contar con bancos de información que se encuentren disponibles para quienes utilicen las áreas de planeación, así como para que posibiliten la generación de análisis y entendimiento del problema, y permitan la utilización de la información disponible por parte de las instituciones de investigación.

La generación de informes concentrados periódicos. El procesamiento de la información deberá estar disponible para su uso por parte del personal de los servicios de atención y responsables de la planeación de las actividades de atención a la VFMSM. De acuerdo con la NOM, 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 la infraestructura informática necesaria. Es preciso dotar a las unidades del equipo y los recursos humanos suficientes para la captura y, en su caso, el procesamiento y transmisión 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 permi-

tirán 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.

El panorama de las acciones por realizar es increíblemente amplio, sin embargo, la intención es lograr un abordaje práctico y efectivo, para ello, los documentos que conforman el Modelo proveen las herramientas que técnicamente pueden apoyar la concreción de los lineamientos políticos y programáticos de una manera paulatina y ordenada.

6. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

El 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 VFSM.

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”*,³⁴ refiere como variables que intervienen en su proceso al contenido del mensaje, la forma en que éste se entrega y el efecto que produce.

Desde una perspectiva estratégica la comunicación debe tener una visión de futuro y establecer metas, estrategias y resultados medibles.³⁵

- 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”**.³⁵

Objetivos

La Secretaría de Salud plantea los objetivos estratégicos de comunicación, de acuerdo con los tres grupos a los que dirigirá sus acciones de comunicación.

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 y motivar la colaboración del personal de salud sobre la implantación del Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres.
- Compartir los principios y valores que sustentan al Modelo para dar una atención de calidad.

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 viven en situación de violencia.
- Informar a las usuarias 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. En este caso es indispensable la colaboración y el trabajo conjunto con otras instituciones gubernamentales para el cumplimiento de los objetivos de comunicación y promoción en los siguientes objetivos:

- 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.

Acciones

El logro de acciones efectivas de comunicación y promoción involucra algunas acciones estratégicas entre otras, las siguientes:

- Establecer con precisión los mensajes y lemas que se quieren comunicar y revisarlos periódicamente. Los contenidos que se comunicarán deben corresponder a los objetivos del Modelo y a sus distintos momentos de implantación. A través de mensajes específicos, dirigidos a audiencias segmentadas y claramente identificadas, las acciones de comunicación deben revisarse periódicamente, con el fin de establecer si se han alcanzado los propósitos deseados.
- Combinar la comunicación con otras acciones que involucren la participación de los grupos a quienes están dirigidas. El uso de los medios de comunicación se debe combinar con acciones comunitarias y con la comunicación interpersonal, para ello se deben utilizar diferentes canales, fuentes de información, género y formatos innovadores. El objetivo del programa de comunicación es el eje que define el conjunto de acciones de comunicación y difusión, así como la congruencia de los mensajes con los principios y valores que orientan el Modelo de Atención a la VFSM.
- Usar de diversos medios de comunicación. Es importante tomar en cuenta el alcance de los medios a utilizar, las características del público o grupo al que se quiere llegar, el grado de urbanización de la zona, las características del mensaje. La definición del medio de comunicación del que se hará uso y las formas de emitir el mensaje, se hará de acuerdo con su accesibilidad, el tipo de público al que se quiere llegar y el contenido.
- Realizar campañas de comunicación. Las campañas de comunicación deberán realizarse por lo menos una vez al año y estarán dirigidas a la población para: a) la prevención de la violencia, y b) la promoción de los servicios de prevención y atención de la Secretaría de Salud. Hacia quienes presten la atención la campaña deberá orientarse a la comprensión del problema y a la responsabilidad del sector en cuanto a su atención.
- Establecer alianzas con otros sectores y promover la coordinación interinstitucional. Las alianzas con los medios de comunicación son indispensables para asegurar la cobertura de los mensajes. Por otro lado, la gestión de financiamiento de campañas y materiales con el sector privado o el lanzamiento de campañas conjuntas entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales facilita la obtención de recursos.
- Pilotear los mensajes y evaluar su impacto. Es importante pilotear todos los mensajes con la audiencia objetivo y analizar su comprensión, aceptabilidad y la capacidad para lograr que la gente se involucre personalmente con los materiales. La evaluación mediante sondeos, encuestas de opinión o el seguimiento de indicadores de violencia es indispensable para valorar el impacto real de las acciones emprendidas.

La comunicación es una fuerte inversión para el apoyo a los programas de atención a la violencia y, en este caso, a la implantación del Modelo. La relación costo-beneficio debe medirse en el mediano y largo plazos, ya que lo que se pretende es el cambio de actitudes, comportamientos y normas sociales frente a la violencia, lo que implica transformaciones que son lentas y paulatinas.

Referencias

1. **Pérez J, Suman B.** El acceso a la justicia para mujeres que sufren violencia, Reporte final del proyecto. México, DF: Grupo de Educación Popular con Mujeres, A. C. (GEM); 2003.
2. **Instituto Nacional de Salud Pública.** Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres 2003 ENVIM, México, DF: INSP; 2003.
3. **Fondo de Naciones Unidas para la Mujer.** Informe sobre la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Balance de una década 1990-2000. Elaborado por Elizabeth Guerrero Caviedes. Santiago de Chile: ISIS Internacional 2002.
4. **Fondo de las 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 Guerrero-Caviedes E. Santiago de Chile: abril 2002.
5. **Rico B. Participación del Sector Salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México.** En: Fondo de las 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. Ponencias; 2001 Junio 4-7. Quintana Roo, México.
6. **Velázquez-Díaz G.** Violencia de género, un problema de salud pública. En: Género y política en salud. México, D.F: Secretaría de Salud; 2003.
7. **Secretaría de 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". Programa Mujer y Salud, México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
8. **Secretaría de Salud.** Seminario de Experiencias Nacionales e Internacionales de Modelos de Atención a la Violencia Familiar, Sexual, y contra las Mujeres; 2003 junio 2-6; Ciudad de México, México.
9. **Organización de Estados Americanos.** Convención Internacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención Belém do Pará; 1994 junio 9; Belém do Pará, Brasil.
10. **Fondo de las 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. Ponencias; 2001 junio 4-7 Cancún, Quintana Roo, México.
11. **Organización Panamericana de Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2002.
12. **Corsi J (comp.)** Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1999.

13. **Saltzman J.** Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio; Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer; 1992.
14. **Heise L, Pitanguy J, Germain A.** Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington DC; 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^o. 2, Familias. México, DF: CIESAS, 1999.
16. **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, USA: Ipas, Unidad de Políticas; 2001.
17. **Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel C, García-Moreno C.** Violence against women: The Health Sector Responds. Washington, DC: 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, Secretaria de Salud; 2003: 31.
20. **ISIS Internacional. ISIS Internacional, Centro de Información y Documentación.** Disponible en: <http://www.undp.org/rblac/gender/campaing-spanish/womenshumanrights.htm> (1993 y 1997).
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 y Cifras en Salud, 2003; Vol 1, (3). México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
22. **García-Moreno C.** Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud. 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. Morrison AR, Biehl ML, ed. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 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. **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.
28. **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.

29. **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.
30. **Organización de Naciones Unidas.** Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea general de la ONU; 1997 diciembre 18; Washington, EUA.
31. **Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer.** La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. México, DF: UNIFEM, SIF. Oficina Regional para México, Centro América, Cuba y República Dominicana.
32. **Martínez-Corona B. Género, empoderamiento y sustentabilidad.** En: Poder, empoderamiento y sujetos sociales. México, DF: GIMTRAP; 2000.
33. **Sarlet-Gerken AM, García A, Belando M.** Educación para la salud, una perspectiva antropológica. Nau Libres Editores, s/f.
34. **Fernández-Collado C.** La comunicación humana en el mundo contemporáneo. México, DF: McGrawhill; 2003.
35. **Suárez EM, Quesada C.** La comunicación como instrumento para el cambio social. En: Morrison AR, Biehl ML (Editores). El costo del silencio. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
36. **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 Cork: FNUAP. Edición Piloto; 2001.
37. **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.
38. **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.

Otra bibliografía recomendada

- **Arquero M.** Educación de calle. Hacia un modelo de intervención en marginación juvenil, Asociación Cultural La Kalle. México, DF: Ed. Cultural S. A, 2ª Edición.
- **Castro R, Riquer F.** Marco conceptual para la realización de una encuesta nacional sobre violencia doméstica. Componente violencia de pareja. México, DF: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Instituto Nacional de las Mujeres, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (Mimeografiado); 2002.
- **Fondo de las 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.
- **Fortuny-Gras M. Educación para la salud.** En: García-Hernández V. Iniciativas sociales en educación informal. Madrid: Ed. RIALP; 1991.

- **García AI, et al.** Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Un estudio regional comparado. San José, Costa Rica: Fundación Género y Sociedad (GESO); 2000.
- **Gómez de Almeida M, Pino-Costa NF.** Actitud contra la violencia. Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de violencia basada en el género. Brasil; 2003. Bemfam. Sociedade Civil Bem-estar Familiar do Brasil.
- **Matamala-Vivaldi M I.** Institutional violence in health: A violation of human rights. *Women's Health J*; 4:32-33. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48/104, Artículo 3. 1998. En: De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. USA: Ipas, NC; 2001.
- **Medina-Salas S.** Modelo de atención a la violencia. PLAFAM Venezuela. Ponencia presentada en el Seminario de experiencias nacionales e internacionales de atención a la violencia. Secretaría de Salud; 2003; México, D.F.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Modelo integral de atención a la violencia intrafamiliar. Desconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. Serie Género y Salud Pública N° 10. San José, Costa Rica: OPS. San José, Costa Rica; 2001.
- **Organización Panamericana de Salud.** Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Informe final: Sistematización del Proyecto: Hacia un Modelo Integral de Atención Para la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica. Programa para la Tecnología Apropriada en Salud, PATH. División para la Prevención de la Violencia, NCIPC- CDC. Washington, DC: OPS; 2001.
- **Organización Panamericana de Salud.** Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar. Desconstruyendo la violencia intrafamiliar. El papel del sector salud. Serie Género y Salud Pública 10. San José, Costa Rica: OPS; 2001.
- **Poppe P.** Uso de los medios de comunicación para prevenir la violencia doméstica. En: Morrison AR, Biehl ML (Editores). El costo del silencio. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- **Saucedo-González I.** Violencia doméstica. Modelo de Intervención en Unidades de Salud. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México. México, DF: Secretaría de Salud y Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.
- **Secretaría de Salud, Programa Mujer y Salud.** Programa de Acción: Mujer y Salud. PROMSA. Secretaría de Salud. México, 2003.
- **Secretaría de Salud.** NOM-190-SSA1-1999 Norma Oficial Mexicana de la Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Diario Oficial de la Federación 8 de marzo de 2000.
- **Silicio A.** Capacitación y desarrollo personal. México, D.F: Noriega Editores. 1994
- **Trilla J.** La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social. México, DF: Editorial Ariel; 1997.

Anexos

Anexo 1. Aspectos legales de la atención a la violencia

CUADRO VII

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

| | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Aguascalientes | 9. Michoacán |
| 2. Baja California | 10. Nuevo León |
| 3. Distrito Federal | 11. Oaxaca |
| 4. Chihuahua | 12. San Luis Potosí |
| 5. Coahuila | 13. Sonora |
| 6. Estado de México | 14. Veracruz |
| 7. Guanajuato | 15. Yucatán |
| 8. Guerrero | 16. Zacatecas |

Entidad federativa donde la violencia familiar es causal de divorcio

| | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Chihuahua | 9. Nuevo León |
| 2. Distrito Federal | 10. Oaxaca |
| 3. Aguascalientes | 11. Puebla |
| 4. Coahuila | 12. San Luis Potosí |
| 5. Colima | 13. Sinaloa |
| 6. Durango | 14. Sonora |
| 7. Guanajuato | 15. Veracruz |
| 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:

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”,⁴⁵ “el uso de la fuerza física”⁴⁶ o “el uso de la violencia física”⁴⁷ 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.⁴⁸

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.

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, etcétera.⁴⁹

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.

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

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

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

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

48. 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.

49. Delitos que se consuman en un sólo acto.

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.⁵⁰

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,⁵¹ pero en todos los casos deben probarse para emprender acciones penales contra los responsables de los 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 agravante⁵² o alguna circunstancia especial.⁵³

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;⁵⁴ 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.

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

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

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

53. Violación entre cónyuges.

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

- **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 u otro una alteración en su 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 de recuperación de 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 el agresor/a y el agredida/o.
- **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 VII) 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;⁵⁵ 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.

55. 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 persona en situación de violencia 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.

Los tipos de delito son los siguientes:

- **Violación.** El concepto más común de violación genérica es la cópula anal, vaginal u oral⁵⁶ 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 imprescindible revisar lo que se entiende por sometimiento físico y, sobre todo, qué secuelas son esperables en el cuerpo de quien lo padece 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 quien es agredido y de quien 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 a toda acción intimidante que utilice el agresor para anular la voluntad de la persona violentada.

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.⁵⁷ En otros casos la fuerza que se usa para lograr el sometimiento no deja lesiones visibles. La prueba pericial psicológica es un medio de prueba eficaz en estos casos.

- **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 objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril.⁵⁸ (*Cuadro VIII*)

56. 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.

57. Illán Bárbara. Encargada de despacho de la Subprocuraduría de Atención a Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. La Licenciada 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.

CUADRO VIII. 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 |
| NOTA: DATOS HASTA EL MES DE JUNIO DE 2004 | |

- **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 12, 13 ó 14 años de edad, según la entidad federativa de que se trate.⁵⁹ (*Cuadro IX*)
- Persona que vive con una discapacidad mental o física que le impide comprender o resistir el acto.
- Persona privada de razón o de sentido.

58. 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. Los estados 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.

59. 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, Chihuahua, Durango, Estado de México, Veracruz.

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 IX. 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

- **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 X*) 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 persona agredida.

CUADRO X. VIOLACIÓN ENTRE CÓNYUGES

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Distrito Federal | 7. Querétaro, |
| 2. Hidalgo ⁶⁰ | 8. San Luis Potosí |
| 3. Guanajuato | 9. Tamaulipas |
| 4. Chihuahua | 10. Veracruz |
| 5. Nuevo León | 11. Yucatán |
| 6. Oaxaca | 12. Zacatecas ⁶¹ |

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,⁶² abusos deshonestos,⁶³ atentados al pudor,⁶⁴ impudicia,⁶⁵ abusos libidinosos⁶⁶ o atentados contra la integridad sexual de las personas⁶⁷) 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.

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 porno-grafía, 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.

60. En esta entidad se considera un agravante, incluso.

61. 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.

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

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

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

65. Tamaulipas.

66. Estado de México e Hidalgo.

67. Zacatecas.

- **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 el hostigador 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.⁶⁸ 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 las personas en situación de violencia. (*Cuadro XI*)

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 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 la mujer que viva en situación de violencia, 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.

68. Fracción VI, apartado B del Artículo 20 Constitucional.

En síntesis, las medidas de protección disponibles en los diferentes ordenamientos legales de nuestro país pueden ser enunciadas como sigue:⁶⁹

- 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 las agraviadas y los agraviados.
- Prohibición al generador de aproximación a las agraviadas y los agraviados hasta cierta distancia.⁷⁰
- Apercebimiento de no esconder o remover a los menores de edad procreados con la peticionaria.
- Apercebimiento de no disposición de los bienes de la agraviada o de los pertenecientes a la sociedad conyugal.⁷¹
- Reincorporación al domicilio de quien ha salido por razones de seguridad personal.⁷²
- Otorgamiento de la guarda y custodia provisional de los hijos y las hijas a la peticionaria.⁷³
- Fijación de la pensión alimenticia provisional.

Las medidas de protección o medidas cautelares están disponibles mediante distintas vías:

- **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.⁷⁴ 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.

69. 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.

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

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

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

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

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

- **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 agredida 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 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.⁷⁵

CUADRO XI. 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

75. 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.

CUADRO XII. 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 | ✓ | ■ 76 | ✓ | ✓ | | ✓ 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 | | ■ 77 | ✓ | ✓ | | ✓ 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 | ✓ | ■ 78 | | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal |
| 32. Zacatecas | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ Vía penal |

76. LEY PARA MENORES.

77. LEY DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS.

78. LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LA FAMILIA.

DATOS HASTA JUNIO DE 2004

Anexo 2. Definiciones operativas de la violencia

TIPOS DE VIOLENCIA: DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **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.³⁶ La NOM-190 lo reconoce como maltrato físico y la define como “el acto de agresión que causa daño físico.”⁷⁹

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.”⁸⁰

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.

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.

79. En la mayor parte de las entidades federativas este tipo de violencia está tipificado como delito.

80. NOM: 190.

- **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.”*⁷
- **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.^{16,36-38} 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 los 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:

- a) De la institución hacia sus propios trabajadores.
- b) 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.⁸¹ 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.¹⁶

81. 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.

www.generoysaludreproductiva.gob.mx



www.salud.gob.mx