MODELO DE CAPACITACIÓN PARA PREVENIR Y ATENDER LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL SECTOR SALUD DEL ESTADO DE COAHUILA

Índice

	Página
Introducción	3
1.- Marco internacional y nacional de los programas de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres en el sector salud	4
2.-Plan de trabajo con profesionales de la salud y redes de apoyo	16
3.- Carta Descriptiva de la estrategia de capacitación	23
4.- Guías didácticas por sesión de trabajo	72
Anexo. Instancias que podrían formar parte de las redes de apoyo del Sector Salud para dar continuidad a la atención de las mujeres sobrevivientes de violencia.	76

Introducción

El curso que se propone a continuación, es resultado de una encuesta aplicada a profesionales de la salud del Estado de Coahuila. Su objetivo es fortalecer la práctica médica en la atención de la violencia contra las mujeres, considerada como un grave problema de salud pública.

Es un hecho reconocido por propios y extraños que los prestadores de servicios de salud en el ámbito público de nuestro país, realizan enormes esfuerzos por abatir aquellas enfermedades que se encuentran sujetas a vigilancia epidemiológica. Si bien, la violencia contra las mujeres no puede considerarse una enfermedad como tal, es evidente que las profundas afectaciones que produce en la salud de la población femenina de todos los estratos sociales, ocasiona grandes pérdidas al presupuesto público, y repercute en la calidad de vida de toda la sociedad.

Por otra parte, al tratarse de un fenómeno que tiene profundas raíces en la cultura, ha propiciado que la violencia contra las mujeres no sea considerada por los prestadores de servicios de salud como un asunto que se encuentre dentro de sus ámbitos de responsabilidad. En consecuencia, es un tema que generalmente no forma parte de la curricula universitaria de las escuelas de medicina.

Agradecemos a los prestadores de servicios de salud que amablemente respondieron a la encuesta (anexo 5), que nos hayan proporcionado valiosas pistas para ofrecer un curso que realmente pueda ser de utilidad para el ejercicio de sus funciones, de modo que su desempeño se apegue a las disposiciones jurídicas y a sus convicciones éticas.

Noviembre de 2011

1.- Marco internacional y nacional de los programas de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres en el sector salud

En América Latina, durante los últimos 35 años las mujeres han ido ocupando cada vez más espacios en la vida social y política. Prueba de ello es que en tres países sudamericanos que vivieron gobiernos autoritarios durante la segunda mitad del siglo pasado, las mujeres han ocupado recientemente la presidencia de la República[1]. Asimismo, en otras regiones del mundo se observan algunos avances en la condición de las mujeres. Pero junto a estas buenas noticias, es evidente que en la mayor parte del planeta, las mujeres siguen viviendo en condiciones de desventaja. En gran cantidad de países los patrones culturales siguen confinando a las mujeres al ámbito privado y, salvo honrosas y notables excepciones, las segrega de una buena parte de los espacios de toma de decisiones.

Entre los principales factores que han impulsado, la paulatina transformación de la condición femenina en América Latina destacan, la actividad de las organizaciones y movimientos de mujeres -no siempre feministas[2]-, y la sinergia promovida desde la comunidad internacional, donde se han acordado y suscrito una variedad de tratados y convenios para proteger los derechos humanos de las mujeres.

En una investigación reciente, Sandra Serrano[3] examina diversos instrumentos y programas internacionales referidos a los derechos de las mujeres. Serrano

[1] Michelle Bachelet, presidenta de la República de Chile entre marzo de 2006 y marzo de 2010; Cristina Fernández, actual presidenta de la República Argentina; Dilma Rousseff, presidenta de Brasil.
[2] Barbieri y Oliveira, “La presencia política de las mujeres en una década de crisis”, en: *Nueva Antropología*, Vol. VIII, No. 30, México, 1986.
[3] Serrano, Sandra, “Igualdad de género y derechos políticos de la mujer en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos”, en:

señala como instrumentos vinculantes promovidos desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU) los siguientes:

- Carta de las Naciones Unidas
- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional

Asimismo, menciona como las principales declaraciones y programas impulsados por la ONU los siguientes:

- Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
- Declaración y Programa de Acción de Viena
- Declaración del Milenio
- Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Conferencias Mundiales de la Mujer:
    - Primera Conferencia Mundial. Declaración y Plan de Acción de México sobre la Igualdad de la Mujer y su Contribución al Desarrollo y la Paz
    - Segunda Conferencia Mundial. Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz
    - Tercera Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz
    - Cuarta Conferencia Mundial. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
- Beijing +5
- Beijing +10

Por lo que corresponde a los documentos internacionales suscritos por los países de la región en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), que protegen los derechos de las mujeres, Serrano menciona los siguientes:

- Carta de la Organización de los Estados Americanos
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer

- Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer
- Convención Americana sobre Derechos Humanos ("Pacto de San José de Costa Rica")
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ("Protocolo de San Salvador")
- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención Belém do Pará")**

Gran parte de los instrumentos internacionales promovidos por la ONU y la OEA contemplan obligaciones relacionadas con la protección de los derechos de las mujeres. En un primer período estos instrumentos hicieron con énfasis en la igualdad[4] y unas décadas después incorporaron el concepto de equidad de género[5] y la perspectiva de género.

[4] "…a pesar de que en la Carta, en la Declaración Universal y en todos los subsiguientes tratados internacionales se estableció el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, la misma no se logró porque el concepto clásico de igualdad como un dato fáctico seguía prevaleciendo. La mayoría de los Estados creían que con declarar la igualdad en sus constituciones y leyes bastaba. Ante esta forma de entender la igualdad y para avanzar más allá de las convenciones existentes que declaraban la igualdad y prohibían la discriminación basada en el sexo, así como para ir más allá de las convenciones relativas a formas concretas de discriminación contra las mujeres, la CEDAW fue ideada de modo que prohibiera la discriminación contra las mujeres en todas sus formas y manifestaciones, ya sea de hecho o en la legislación, obligando a los Estados que la ratificaran a tomar medidas concretas para lograr el objetivo de la igualdad entre mujeres y hombres." Facio, Alda, "Igualdad en la CEDAW; 30 años de desarrollo de un derecho clave para las mujeres", Noviembre 2009, http://www.unifem.org.mx/un/documents/cendoc/cedaw/cedaw02.pdf

[5] "…la evolución del concepto de equidad de género atestigua una dialéctica de intensa interrelación entre la progresiva influencia de un expansivo movimiento social globalizado, dinámico y decidido a la modificación de las relaciones desiguales entre los sexos, por un lado, y la vigorosa elaboración teórica que permitió el descubrimiento y visibilización de la opresión femenina, la identificación de sus variadas y complejas expresiones, la precisión de estrategias de empoderamiento y la reconceptualización de categorías tan significativas para las sociedades y las ciencias sociales como son lo privado y lo público, el poder, lo político, la democracia, la ciudadanía y los derechos humanos. Situado en el complejo tejido de las relaciones sociales, dicho concepto remite al campo de la justicia por ser una vía de la realización de la libertad y la igualdad (…) Pero a diferencia de este fin social de las sociedades liberales (…) la equidad incorpora la noción de la diferencia biológica y sociocultural, el reconocimiento social de ésta y la consiguiente formulación de políticas positivas transitorias como prerrequisito para establecer las condiciones de igualdad." Maier, Elizabeth, "Convenios internacionales y equidad de género: un análisis de los compromisos adquiridos por México", en: *Papeles de población*, julio-septiembre, No. 53, UAEM, pp. 175-202.

En este marco, es importante subrayar que "*el uso de la expresión "violencia de género" es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Es significativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encuentre ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales*."[6]

Es así como en la Convención Sobre la Eliminación de todas la Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW[7]), aprobada por la ONU en 1979, el propósito fundamental era promover la igualdad de oportunidades en las distintas esferas de la vida social, económica y política, lo que significaba garantizar el ejercicio de los mismos derechos a mujeres y hombres. En este instrumento internacional no se incluyó mención alguna a la violencia de género.

Fue durante la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Copenhage en 1980, cuando por primera vez se abordó el tema de la violencia contra las mujeres de manera explícita y **se reconoció como un grave problema de salud pública y una violación a los Derechos Humanos de las mujeres**. El asunto se retomó cinco años después, en la Tercera Conferencia Mundial, celebrada en Nairobi en 1985, hasta que en 1993, la Asamblea General de la ONU aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

En esta Declaración se reconoció que:

> *"…la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre"*

---

[6] Maqueda Abreu, Maqueda Abreu "La Violencia de Género. Entre el concepto jurídico y la realidad social", en: *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, RECPC 08-02 (2006), p. 2

[7] Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.

Lo anterior implicó que por primera vez se reconociera un tipo específico de violencia, que se dirige hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres. Ello significó asumir que se trata de un fenómeno distinto a otros tipos de violencia[8]

El artículo 1 de la Declaración define la violencia contra la mujer como

> *"…todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".*

En el artículo 2 de definen los actos que abarca la violencia contra la mujer y los ámbitos en los que ésta se ejerce:

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

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, es hasta el día de hoy uno de los instrumentos internacionales más importantes. Más tarde,

[8] Rojas define la violencia como "el uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte". Rojas, L. *Las Semillas de la Violencia*, Madrid, Espasa-Calpe, 1995, pág. 11 Esta definición básica abarca un abanico amplio de conductas que incluyen actos tan diversos como el homicidio, la limpieza étnica o genocidio, el pandillerismo, el racismo, la homofobia y el terrorismo, entre otros.

en 1995 se llevó a cabo en Beijing la IV Conferencia Mundial de la Mujer y como resultado de este encuentro, diversos países –entre ellos México-- suscribieron una Plataforma de Acción que comprometió a sus gobiernos a desarrollar programas para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

En el marco de los trabajos que se realizaron en las distintas regiones del mundo para la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en 1994 representantes de diversos países del continente americano agrupados en la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobaron en Brasil la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, mejor conocida como *Convención Belém Do Pará*. Esta Convención fue adoptada por 31 de los 34 estados integrantes de la OEA y representó un avance fundamental en la lucha para erradicar la violencia contra las mujeres. Entre los principales aspectos que abordó se encuentran los siguientes:

- Reconoce la violencia contra la mujer como un delito.
- Define como un derecho humano el acceso a una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado.
- Establece medidas jurídicas concretas dirigidas a prevenir y sancionar la violencia contra la mujer.
- Establece mecanismos de seguimiento.

Este instrumento fue ratificado por el Senado mexicano en 1996 y fue un incentivo fundamental para propiciar los cambios en la estructura jurídica de nuestro país, en materia de violencia de género.

En 1996[9], **la Organización Mundial de la Salud reconoció a la violencia de género como un problema de salud pública** que compromete grandes cantidades de recursos del presupuesto público dirigidos a:

[9] Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violencia/documentos/declaraciones_resoluciones/04_A4925.pdf

- Atención hospitalaria para atender lesiones físicas graves.
- Atención psicológica para el manejo de ansiedad, depresión y otras afectaciones a la salud mental de las mujeres y sus hijos e hijas.
- Asesoría jurídica, procesos en tribunales y seguridad pública.
- Servicios de protección a las mujeres en riesgo de muerte (refugios).
- Servicios de protección a los hijos e hijas de mujeres maltratadas,

Asimismo, la violencia contra las mujeres tiene efectos sobre la productividad y el empleo, entre otros:

- Ausentismo por incapacidad médica.
- Baja productividad
- Baja autoestima y poca capacidad para tomar decisiones y asumir responsabilidades.

En un estudio reciente[10] Vivian Milosavljevic señala que en América Latina:

- En seis países de la región, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que sufren o han sufrido alguna vez violencia física por parte de una pareja oscila entre un 52,2%, registrado en Bolivia, y un 18%, en Haití. Por una parte, se constata una gran prevalencia de violencia en todos los niveles educativos; sin embargo, tiende a disminuir a medida que aumentan los años de estudio de la víctima, como lo demuestran, en general, las tasas de violencia física contra las mujeres con educación superior, que tienden a ser más bajas.
- La prevalencia de la violencia sexual en los cinco países con información disponible muestran que en cuatro de ellos entre un 10% y un 17% de las mujeres en el tramo de edad de 15 a 49 años han sufrido este tipo de abuso. En el caso de República Dominicana, la proporción es menor, de un 6%; no obstante, por su gravedad y los efectos que estas agresiones causan en sus víctimas tales niveles pueden considerarse altamente significativos.

[10] Milosavljevic, V. *Estadísticas para la equidad de género. Magnitudes y tendencias en América Latina,* Santiago de Chile, CEPAL-UNIFEM, 2007.

La atención de la violencia contra las mujeres en México: el ámbito federal

Después de que el tema de la igualdad de género adquiriera una mayor visibilidad mundial,a mediados de la década de los 70, en nuestro país empezaron a observarse algunos avances que fueron resultado de los compromisos internacionales adquiridos por el gobierno mexicano al suscribirlas diversas Conferencias y Declaraciones. Así, por ejemplo, en 1974 se modificó el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para eliminar toda forma de discriminación contra la mujer.

Entre los primeros signos de avance del tema en la agenda pública, está la creación en 1980 de los Centros de Apoyo Gubernamentales a Víctimas de Violencia Sexual, en las Procuradurías de Tabasco y del Distrito Federal.[11].

En 1996, el Distrito Federal promulgó la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que en algunos casos fue tomada como punto de partida para que otros estados legislaran al respecto. A nivel nacional, en 1997 se modificaron los Códigos Civiles y Penales para considerar a la violencia intrafamiliar física y psicológica como un delito.

Durante el sexenio de Vicente Fox, se puso en marcha el *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2001-2006* (PROEQUIDAD), en el cual se incluía como Objetivo Específico 7 “Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”. Entre las principales líneas estratégicas de PROEQUIDAD destacaban: Impulsar la creación de un Sistema Nacional de prevención, tratamiento, información y evaluación con enfoque de género sobre la situación de la violencia en México; promover la difusión y la investigación en torno al tema; crear albergues en todo el país para la atención de las víctimas; capacitar a los funcionarios encargados de la procuración de justicia. Asimismo, PROEQUIDAD estableció como una de sus metas de mediano plazo

[11] *Programa Nacional por una Vida sin Violencia 2002-2006*. INMUJERES. P. 10.

diseñar un sistema nacional e indicadores con enfoque de género sobre la violencia en México. A largo plazo se proponían contar con una red nacional de albergues temporales para la atención de las víctimas.

Al filo del nuevo siglo, en enero de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-190-SSA1-1999, primera norma que establecía obligaciones para las áreas de atención de la Salud en materia de violencia contra las mujeres y al interior de las familias. Al entrar en vigor esta norma, muy pocas instituciones de salud habían capacitado a su personal en los procedimientos adecuados para su aplicación. Se trataba de un tema delicado porque la norma contemplaba el registro de casos de violencia y dar parte al Ministerio Público como obligaciones atribuidas a las y los médicos, sin que antes se supiera si el personal médico tenía la actitud y el conocimiento necesario para su aplicación.

En abril de 2009 se modificó la primera norma oficial y se publicó en el Diario Oficial la norma actualmente vigente: NOM 046-SSA2-2005. *Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*.

En este marco, durante el 2002 se puso en operación el Programa Nacional por una Vida sin Violencia, cuyo énfasis estaba en la prevención de la violencia dentro del núcleo familiar. Para conocer la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres, en el 2003 se realizó la primera Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres (ENVIM), cuyos resultados mostraron que en efecto se trataba de un problema de salud pública:

> *Los resultados de la Encuesta revelaron que el problema alcanzaba una prevalencia superior a muchos de los problemas de salud que consideramos de alta prioridad; así, la prevalencia general de violencia de pareja actual (últimos doce meses) entre las encuestadas fue del 22%, es decir, que una de cada cinco mujeres que acude a los servicios de salud de primero o segundo nivel en el segundo semestre de 2002, estaba viviendo en violencia; 35% de las mujeres estudiadas había vivido en violencia de pareja alguna vez en la vida y 60% había experimentado violencia familiar o de pareja alguna vez en la vida. Cabe señalar que las definiciones operativas de violencia se elaboraron con el criterio de que todo caso de*

violencia de pareja actual tendría alguna consecuencia sobre la salud de la víctima. De hecho otra encuesta realizada en ese mismo periodo por INMUJERES e INEGI con una definición más flexible de violencia reportó una prevalencia más alta.[12]

Ante este panorama el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva desarrolló un Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, que se aplicó en el 2002 en su fase piloto, en Coahuila, Distrito Federal, Michoacán, Nuevo León y Tabasco. A partir del año siguiente el Modelo se extendió a todos los estados de la federación.

Los dos pilares de este modelo son los siguientes:

- ***Intervención coordinada.*** *Se parte del reconocimiento de que ninguna institución por sí misma puede resolver el problema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres; es indispensable la participación decidida y coordinada de los diversos sectores, instituciones y de la sociedad civil; es por ello por lo que se le denomina modelo integrado.*
- ***El sector salud representa un espacio de oportunidad único*** *para la detección y la atención debido a que las mujeres y, en general, las familias acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, mientras que difícilmente lo harán al sector justicia. Ladetección y atención oportuna representa una oportunidad fundamental, ya que posibilitaacciones preventivas, tanto secundarias (intervención precoz) como terciarias, que servirán paraminimizar o impedir la gravedad de maltrato prolongado.*

En lo que corresponde a la promulgación de leyes generales, cuyo ámbito de aplicación es nacional y establecen las bases de coordinación entre federación, estados y municipios, en el 2006 se promulgó la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGHIM), en la que no se encuentran referencias específicas a la violencia contra las mujeres. Esta ley contempla la creación del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, el cual se constituyó como un

[12] Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género de la Secretaría de Salud 20

> *"conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias y las entidades de la Administración Pública Federal entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos sociales y con las autoridades de los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, a fin de efectuar acciones de común acuerdo destinadas a la promoción y procuración de la igualdad entre mujeres y hombres".*[13]

El objetivo principal de esta nueva estrategia era incorporar los principios de equidad de género como eje rector de todas las actividades y órganos del gobierno.

Al inicio de la actual administración del gobierno federal, se incorporó en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 una nueva estrategia denominada Programa Nacional Para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) que, como su antecesor, también está enfocado a la equidad de género. Entre los principales objetivos de PROIGUALDAD se encuentra garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

La estrategia para cumplir con esta directiva consistió en la creación del Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, que funcionaba dentro del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. A diferencia de los programas desarrollados por el gobierno anterior, ninguno de los que se derivaron de PROIGUALDAD incluyó una definición de violencia contra las mujeres.

En este contexto, durante el 2007 se promulgó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En el artículo 2 de esta ley se dispone que los estados y municipios, así como el Distrito Federal

[13] Artículo 23 de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

> *"expedirán las normas legales y tomarán las medidas presupuestales y administrativas correspondientes, para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de conformidad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos de las Mujeres, ratificados por el Estado mexicano."*

Asimismo, en el artículo 5, fracción IV se define la violencia contra las mujeres de la siguiente manera:

> *"Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público"*

En el artículo 6 se establecen 5 tipos de violencia contra las mujeres: psicológica, física, patrimonial, económica y sexual.

Terminaremos este apartado señalando que la violencia tiene un costo económico para los gobiernos. Anualmente se erogan millones de dólares en cuidados de la salud, gastos legales y pérdida de la productividad.

> *Hay estudios en la región de América Latina y el Caribe sobre el impacto económico de la violencia doméstica. Recientemente, un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), concluyó que la violencia doméstica ha costado un 2 y un 1.6 por ciento de la Producción de Desarrollo General (PDG) en 1996 en Chile y en Nicaragua respectivamente.*[14]

[14] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Violencia contra la mujer*. En este mismo sentido se expresa Alda Facio, ella sostiene que "… los síntomas de esas mismas mujeres [las maltratadas], son similares al comportamiento de cualquier víctima de la tortura llevada a cabo por agentes del Estado. Esto nos lleva a entender que así como la tortura es necesaria para controlar cualquier brote de rebeldía contra un Estado autoritario, el maltrato contra la mujer es necesario para mantener una familia autoritaria. Y si los efectos de ambas son parecidos, la violencia doméstica debería ser entendida también como una violación a los derechos humanos." Ver FACIO, Alda, "Maltrato contra la mujer en pareja", en FACIO, Alda, et al., *Violencia contra la mujer: Reflexiones desde el derecho*, Lima, Movimiento Manuela Ramos, 1996, p. 23.

2.- Plan de trabajo con profesionales de la salud y redes de apoyo

Si bien la violencia contra las mujeres se reconoció como un problema grave de salud pública en 1996, es un hecho que hoy en día no todo el personal de las instituciones de salud conoce a cabalidad las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. Es común que los prestadores de servicios de salud consideren la violencia contra las mujeres como un problema cultural y no como un tema médico.

Asimismo, los esfuerzos por aplicar un enfoque de género a las áreas de salud dentro del sector público, al no ir acompañados de suficiente sensibilización y capacitación del personal, ha propiciado una interpretación errónea del término género e incluso la oposición de quienes tienen una idea tradicional o conservadora de las relaciones entre hombres y mujeres.

Sobre esa base, el modelo de capacitación que se expone en las siguientes páginas, parte de considerar la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, que ha sido reconocido como tal por la Organización Mundial de la Salud, y que está sujeto a un marco legal federal y estatal, así como a un conjunto de programas y políticas gubernamentales de amplio alcance. En ese marco, la violencia contra las mujeres constituye un problema que implica obligaciones no sólo morales, sino profesionales y legales para los profesionales de la salud.

Estudios especializados muestran que

> *Las y los profesionales de la salud pueden, sin notarlo, poner a la mujer en situación de riesgo si no están preparados o desconocen el tema (…) [quienes] atienden a mujeres adultas, quizá han atendido sin saberlo, a sobrevivientes de violencia. Profesionales de la salud que violan la confidencialidad, que dan una respuesta insatisfactoria a una revelación de un acto de violencia, que culpan a la víctima o que no ofrecen una*

intervención en crisis, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer, su bienestar y hasta su vida."[15]

Este modelo de capacitación busca ofrecer al personal médico un conjunto de conocimientos y herramientas que les permitan cumplir con tales obligaciones y ofrecer un servicio de calidad que facilite a las mujeres obtener la ayuda que necesitan para recuperar la salud. En otras palabras, el modelo de capacitación se dirige a dotar al sector salud de los conocimientos necesarios para que puedan intervenir eficazmente en casos de violencia contra las mujeres.

2.1. La articulación interinstitucional

Antes de iniciar el proceso de capacitación con el personal de salud, es indispensable que las autoridades del Sistema de Salud Estatal verifiquen los procedimientos vigentes, a fin de realizar las adecuaciones que sean necesarias para garantizar la acción coordinada de las diversas unidades y áreas que integran el Sistema. Asimismo, se requiere la suscripción de convenios y acuerdos con otras dependencias públicas y privadas, que puedan constituir redes de apoyo para ofrecer otro tipo de servicios, como asesoría y servicios legales, apoyo psicológico, refugio temporal, e incluso oportunidades de empleo para las mujeres sobrevivientes de violencia.

Es muy importante que las autoridades del sistema de Salud Estatal realicen una valoración de los recursos humanos, financieros y de infraestructura disponibles, no sólo para evaluar las necesidades de su organización en relación con la atención adecuada a los casos de violencia de género que se presenten, sino para verificar que el personal encargado de prestar los servicios correspondientes, cuente con los elementos indispensables para hacerlo. Por ejemplo, un factor de la mayor relevancia para la detección y atención oportuna de las mujeres

[15] Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género*, pág. 4

violentadas, es la privacidad que se pueda ofrecer durante la consulta, y la confidencialidad de la información que ahí se plantee.

Otro aspecto que las autoridades tendrían que observar y preservar en el servicio médico es un ambiente de trabajo en el que no se tolere en absoluto la violencia y el acoso sexual. No se puede esperar que el personal sea sensible al tema de la violencia de género si las relaciones entre los servidores públicos están sesgadas por el acoso o el hostigamiento. Un ambiente de dignidad profesional y respeto mutuo será indispensable en general para la calidad del servicio y en especial para la atención de casos de violencia contra las mujeres.

Finalmente, es importante mencionar que el modelo de capacitación que aquí se propone requiere de una actualización periódica, a fin de preservar la vigencia de los datos epidemiológicos, así como de los aspectos legales y administrativos. Para ello se recomienda una revisión anual de su contenido.

2.2. El personal de salud involucrado en la capacitación

Es recomendable que todo el personal de salud, incluso las áreas administrativas, participe en la capacitación. En la medida en que los servidores públicos comprendan la magnitud del fenómeno, otorgarán importancia a la tarea que desempeñan y podrán adaptar su actividad a las necesidades del servicio. La propuesta es que todo el personal comparta la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual “la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social” y no sólo la ausencia de enfermedad[16].

[16] «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.Disponible en: http://www.who.int/suggestions/faq/es/

La propuesta de comprometer a todo el personal en la atención de la violencia de género, obedece a que con frecuencia, se cree que el tema es un asunto que compete a psicólogos, trabajadores sociales y abogados. Sin embargo, el tipo de atención que requiere una mujer sobreviviente de violencia, incluye a quienes la reciben, a quienes controlan los expedientes y a todos los que entran en contacto con la mujer durante todo el proceso que conlleva el servicio médico. La capacitación está dirigida a que cualquier servidor público del sistema de salud pueda tomar las previsiones necesarias para reconocer las consecuencias directas e indirectas de la violencia de género, e identificar las señales y síntomas que las mujeres o niñas presentan.

Se ha demostrado que las actitudes negativas hacia las mujeres que han sufrido violencia pueden dañar aún más a las mujeres y obstaculizar el acceso de las mujeres a la salud. Como se trata de un tema que no puede transformarse sólo con la capacitación, es importante considerarlo como una aspiración a largo plazo, ya que muchos profesionales de salud comparten las creencias y actitudes de la sociedad en la que viven, la cual, por lo general es poco sensible a la violencia de género. En la medida en que los profesionales comprendan que no se trata solamente de un problema de equidad entre ambos géneros, sino de un grave problema de salud pública y de una violación a los derechos humanos de las personas, (en este caso de las mujeres), será menos complejo lograr que se comprometan con el tema. Plantear el problema de la violencia contra las mujeres, exclusivamente como un asunto de género, con frecuencia desata discusiones que no tienen salida.

Con base en lo anterior, el programa de capacitación inicia con la presentación de la epidemiología de la violencia, tanto en el ámbito internacional, como en el nacional y en el Estado de Coahuila.

2.3. El marco legal internacional, nacional y estatal sobre los derechos humanos y las mujeres. Las obligaciones jurídicas que involucran al sector salud

En muchos casos el personal de las instituciones de salud desconoce cómo y por qué se han regulado los servicios de prevención y atención de la violencia contra las mujeres. Acompañar los datos epidemiológicos con una explicación puntual de los compromisos que ha adquirido el gobierno mexicano en la materia, así como de las disposiciones jurídicas que involucran a los profesionales de la salud en las estrategias de prevención y atención, les ofrecerá mejores herramientas para ejercer sus funciones adecuadamente.

Es muy importante no perder de vista que las disposiciones jurídicas que involucran a los prestadores de servicios de salud, implican que las instituciones respalden a su personal, ofreciendo las mejores condiciones posibles de infraestructura, procedimientos administrativos y coordinación interna. De otro modo, el personal de salud quedará atrapado entre la obligación legal y la rigidez (o precariedad) de la estructura institucional. Por esta razón es importante que en esta parte de la capacitación, se realice un ejercicio en el que el propio personal participante, valore las condiciones reales en las que desempeñará la función que le corresponde en materia de violencia contra las mujeres. Una vez valoradas tales condiciones, el personal deberá construir propuestas que le permitan cumplir de la mejor manera posible con el marco legal aplicable.

2.4. Posicionar al sistema de salud estatal en el esfuerzo federal

A lo largo de la presente administración federal se han impulsado diversas acciones para disminuir la prevalencia de la violencia contra las mujeres en todo el territorio nacional, con particular énfasis en aquellas regiones que presentan indicadores más altos. De acuerdo con datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, los casos atendidos por los servicios estatales de

salud fueron en aumento entre 2002 y 2006, aunque cabe la posibilidad de que muchos casos que antes eran atendidos sólo como lesiones, gracias a los esfuerzos emprendidos, ahora se reconozcan como casos de violencia.

Cuadro 2. Mujeres Atendidas por Violencia , 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Total
En servicios esenciales de salud y especializados	3,249	10,672	3,672	10,732	36,457	67,279
En servicios especializados			19,943	23,525	30,973	70,721
Total	3,249	10,672	23,615	33,809	66,206	137,999

Fuente: Programa de Prevención y Atención a la Violencia, CNEGYSR 2007

El modelo de capacitación que aquí se propone, toma como punto de partida los programas federales con la finalidad de que el personal de salud estatal ubique la importancia de su participación en un sistema federal y estatal. Esto permitirá orientar los esfuerzos de las instituciones de salud de Coahuila, hacia metas concretas, medibles y desde luego viables. Este aspecto en particular es fundamental para concitar el compromiso del personal de salud, ya que en la medida en que puedan identificar la epidemiología de la violencia, podrán relacionar la contribución de su ejercicio profesional en la disminución de los índices estatales de violencia contra las mujeres

Actualmente, se encuentra en su última fase el *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y atención de la Violencia Familiar y de Género del Sector Salud*. Asimismo, se cuenta con un *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual,* de la Secretaría de Salud. En este programa se establecen indicadores y metas específicas a alcanzar para 2012. Es altamente probable que el Programa y el Modelo sufran cambios en la próxima administración, por lo que los contenidos de esta parte de la capacitación deberán adecuarse de la forma que corresponda. Para ello se podrá tomar como línea base el marco epidemiológico y la valoración institucional que se hayan hecho durante el primer ciclo de capacitación en el que se utilice el presente modelo.

2.5. Las redes de apoyo

Generalmente las mujeres sobrevivientes de violencia requieren de servicios que trascienden la atención médica, por ejemplo, asesoría legal y psicológica, refugio temporal, atención y educación para sus hijos, y posteriormente empleo. Si bien a mayoría de estos requisitos no forman parte ni son competencia en sentido estricto de las instituciones de salud, es evidente que dejar inconcluso el proceso de recuperación de las mujeres, las llevará a nuevos y tal vez fatales episodios de violencia. Por esta razón es necesario que todo el personal de las instituciones de salud conozca las redes de apoyo a las que se puede canalizar a las mujeres para continuar con la atención de la violencia.

Es importante subrayar que la colaboración con otras instituciones de los sectores público y privado para disponer de refugios para las mujeres que están en riesgo extremo de violencia, es un mandato establecido en los artículos 36 y 25 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Coahuila de Zaragoza. No obstante es indispensable que las instituciones de salud y el personal encargado de ofrecer atención médica a las mujeres que viven violencia, conozcan las redes de apoyo con las que podrían contar en su localidad. Como se trata de una tarea que requiere tiempo y dedicación, se ha incorporado a las actividades del curso.

3.- Carta Descriptiva de la estrategia de capacitación

Hoy en día sabemos que los profesionales de la salud son actores estratégicos en el desarrollo de estrategias efectivas de prevención, atención e incluso sanción de la violencia contra las mujeres.

En el 2006 Herrera y Agoff realizaron un estudio cualitativo en tres estados de la República Mexicana, entre los que se encontraba Coahuila, que de acuerdo con la ENVIM presentaban los más altos índices de violencia de pareja[17].El estudio buscaba explicar por qué los profesionales de la salud no responden a los requerimientos de este sector en materia de violencia contra las mujeres. Los resultados que se obtuvieron señalaron lo siguiente:

- Los prestadores de servicios de salud no se atienen a lo que establece la Norma Oficial Mexicana como rutina de atención porque la desconocen.
- Un mínimo porcentaje manifestó haber recibido capacitación en el tema de violencia contra las mujeres
- Los formularios para registrar casos de violencia contra las mujeres no siempre están disponibles en los servicios de salud
- Cuando las mujeres manifiestan haber sufrido violencia se les canaliza de inmediato a las áreas de trabajo social o psicología
- Salvo excepciones no existe seguimiento posterior a los casos de violencia

Han pasado cinco años desde que se realizó este estudio, por lo que es probable que las condiciones que existen actualmente en el estado de Coahuila, sean distintas. No obstante es indispensable contar con un modelo de capacitación que ofrezca a los profesionales del sector salud, los elementos necesarios para que puedan responder adecuadamente a las necesidades derivadas de la magnitud de este fenómeno.

[17] Herrera, Cristina y Carolina Agoff (2006) “Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México”. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2349-2357, nov, 2006

3.1. Objetivos general y específico

Objetivo General:

Que las y los prestadores de servicios de salud de Coahuila, así como las redes de apoyo, cuenten con los conocimientos y las herramientas necesarias para proveer los servicios de prevención y atención de la violencia contra las mujeres, en cumplimiento de las disposiciones legales federales y estatales, así como de la NOM 046-SSA2-2005, con el propósito de utilizar los recursos disponibles en el sector salud para abatir los índices de prevalencia del fenómeno en el Estado.

Objetivos específicos:

- Que las y los prestadores de servicios de salud de Coahuila identifiquen los índices de violencia contra las mujeres que prevalecen en el Estado a fin de que puedan desarrollar estrategias de atención y prevención para abatir tales índices.

- Que las y los participantes conozcan el marco internacional, así como el marco jurídico nacional y estatal que establece obligaciones para los gobiernos en materia de violencia contra las mujeres, e identifiquen las responsabilidades que se definen para los profesionales de la salud, en las políticas, planes, programas y normas gubernamentales del sector salud.

- Que las y los profesionales del sector salud, conozcan el Modelo de Atención elaborado por el gobierno federal, así como protocolos y herramientas que pueden ayudar a eficientar las estrategias de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres.

- Que las y los participantes conozcan los recursos humanos, técnicos y de infraestructura con los que cuenta el sector salud de Coahuila para prevenir, atender y dar seguimiento a los casos de violencia contra las mujeres.

3.2. Metodología

El curso se diseñó de modo que pueda impartirse en 8 sesiones de tres horas cada una, hasta completar 24 horas de capacitación. Está estructurado de modo que puedan incorporarse a las sesiones tanto profesionales de la salud (médicos y enfermeras), como personal administrativo y miembros de las redes de apoyo. Asimismo, se recomienda que en la última sesión se incorporen mandos medios y superiores de las instituciones del sector salud de Coahuila, a fin de que puedan valorar la disponibilidad, suficiencia y calidad de los recursos humanos, técnicos y de infraestructura con los que cuentan, y acordar con el personal metas viables para la estrategia de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres en el estado de Coahuila.

Por otra parte, el curso se diseñó con el propósito de que sea auto replicable, es decir, que después de haberse impartido por primera vez con el acompañamiento de especialistas externos, queden capacidades instaladas dentro del sector salud estatal para poder replicarse sin necesidad de acompañamiento externo. En ese sentido, cada módulo cuenta al final con bibliografía y recursos en internet que pueden ayudar al personal de salud encargado de impartir el curso, a actualizar los datos estadísticos o renovar las estrategias didácticas que aquí se proponen.

Cada uno de los módulos corresponde a uno de los objetivos específicos. Se recomienda que el curso en su totalidad se imparta a lo largo de dos meses (ocho semanas) con la finalidad de que los participantes puedan atender las lecturas o actividades complementarias que se sugieren.

Al finalizar cada sesión la o el instructor, retomará el objetivo y verificará con las y los participantes si éste se alcanzó. A continuación solicitará a las y los participantes que elaboren una conclusión y una propuesta de cambio personal o institucional. Tanto el objetivo, como la conclusión y la propuesta de cambio, se

anotarán en una hoja de rotafolio, misma que será guardada por la persona que conduce la sesión.

Cuando concluyan las ocho sesiones y antes de cerrar el curso, el instructor o instructora, pegará las hojas de objetivos con conclusiones y propuestas de cambio, y solicitará a las y los participantes que en equipo: determinen si se cumplieron todos los objetivos; establezcan las conclusiones generales del curso y examinen la lista de propuestas (sólo las institucionales) para verificar si son viables. Cada equipo presentará sus conclusiones y se elaborará una sola lista de propuestas, misma que será entregada por un representante del curso a la autoridad institucional encargada de cerrar el curso formalmente

Módulo 1. La violencia de género como un problema de salud pública

Objetivo:

- Que las y los prestadores de servicios de salud de Coahuila identifiquen los índices de violencia contra las mujeres que prevalecen en el Estado a fin de que puedan desarrollar estrategias de atención y prevención para abatir tales índices.

Tiempo total para lograr el objetivo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Primera sesión

Duración: 3 horas

Temas a trabajar:

A) La violencia contra las mujeres como un problema de salud pública

A partir de 1996[18], **la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la violencia de género como un problema de salud pública** que compromete grandes cantidades de recursos del presupuesto público dirigidos a: proveer atención hospitalaria por lesiones físicas graves; prestar servicios de atención psicológica para atender las afectaciones a la salud mental de las mujeres y su descendencia. Asimismo, los gobiernos deben destinar recursos para ofrecer asesoría legal y servicios de protección a las mujeres que están en riesgo de muerte. La OMS recopila datos científicos sobre el alcance y los distintos tipos de violencia que se presentan en diversos entornos. Asimismo, ofrece a los países asesoría técnica especializada para documentar y cuantificar los tipos de violencia

[18] Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violencia/documentos/declaraciones_resoluciones/04_A4925.pdf

a fin de que las instituciones puedan conocer con precisión la magnitud y naturaleza del problema.

B) Cifras sobre la violencia contra las mujeres en el mundo

Un estudio de la OMS[19] sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer () realizado en 10 países, en su mayoría en desarrollo, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años:

- entre un 15% en Japón y un 70% en Etiopía y Perú referían haber sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja;
- entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por alguien que no era su pareja;
- muchas mujeres refirieron que su primera experiencia sexual había sido forzada (24% en el Perú rural, 28% en Tanzanía, 30% en el Bangladesh rural, y 40% en Sudáfrica).
- La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas mayoritariamente por hombres contra mujeres y niñas. No obstante, la violencia sexual contra los niños también es frecuente. Estudios internacionales revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5-10% de los hombres refieren haber sido víctimas de violencia sexual en la infancia.
- Los estudios poblacionales sobre la violencia en las relaciones entre los jóvenes («violencia en el noviazgo») indican que afecta a una proporción considerable de la población joven. Por ejemplo, en Sudáfrica un estudio realizado en el grupo de 13 a 23 años reveló que el 42% de las mujeres y el 38% de los hombres referían haber sido víctimas de violencia física en el noviazgo.

C) Definición de la violencia contra las mujeres y tipos de violencia

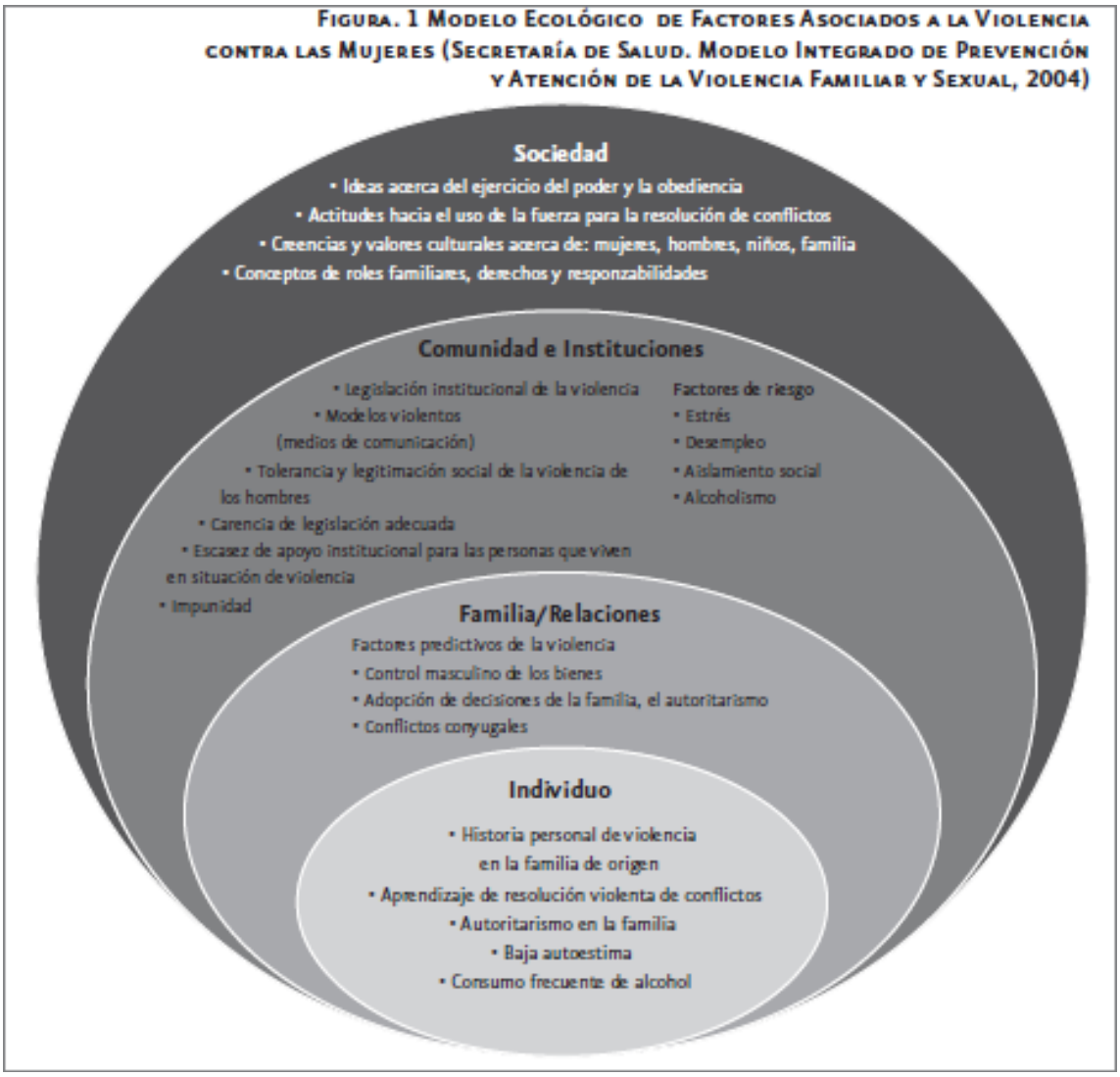
[19] WHO, *Multi-country study on women's health and domestic violence against women.* Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/multicountry/en/

De acuerdo con la definición de la Organización de las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”[20].

En esta parte se deben definir y explicar los distintos tipos de violencia tomando como base por una parte la naturaleza de las agresiones y su relación con la víctima; y por otra la naturaleza de la violencia. Este planteamiento se expresa de manera gráfica en la siguiente figura:

[20] Art.1 de la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*.Naciones Unidas, Conferencia de Viena, 1993.

Figura. 1 Modelo Ecológico de Factores Asociados a la Violencia contra las Mujeres (Secretaría de Salud. Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, 2004)



Fuente: Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y atención de la violencia familiar y de género.*

Ejercicio 1:

Dividir al grupo en equipos de 3 personas y solicitar que encuentren creeencias y explicaciones populares que se refieren a la violencia contra las mujeres. Se dan diez minutos para el trabajo grupal y al final se distribuye a cada equipo la siguiente hoja y se dan diez cinco minutos para leerla. Al final se pide a cada equipo que exponga frente al grupo si la lectura contribuyó a desmitificar alguna creencia popular que hubieran detectado y se hace una lluvia de ideas para cerrar el tema.

DISCURSOS FALSOS QUE INTENTAN JUSTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO	
Mito	**Realidad**
El maltrato a la mujer es un fenómeno que sólo se da en los niveles económicos y educativos bajos.	Ocurre en todos los niveles educativos, sociales y económicos.
El maltrato psicológico no es tan grave como el físico.	Este tipo de maltrato puede ser más incapacitante que el físico y si es continuado en el tiempo puede provocar desequilibrio emocional.
A las mujeres que son maltratadas les debe gustar, de lo contrario no lo permitirían.	La conducta violenta es responsabilidad de quien la ejerce. Lo que en realidad sienten las mujeres es miedo, indefensión, culpa, vergüenza, aislamiento,... y eso les impide pedir ayuda.
Las mujeres maltratan igual que los hombres.	Se trata de un fenómeno distinto; el tipo de violencia que ejercen y el significado social de la misma es diferente (Lorente, 2001) y además la violencia machista tiene como fin el control y dominio de la mujer (Jacobson y Gottman, 2001).
El maltrato a la mujer es fruto de algún tipo de enfermedad mental.	Sólo en un bajo porcentaje de los agresores existe enfermedad mental. Lo que sí está demostrado es que tras el maltrato, es la mujer la que puede padecer problemas psicológicos.
El consumo de alcohol u otras drogas es la causa de las conductas violentas.	Pueden actuar como desencadenantes o como excusas, pero no son la causa. Hay muchas personas que beben y toman drogas y no maltratan, y hay maltratadores que ni beben ni consumen drogas.
La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano. Los hombres son violentos por naturaleza.	La violencia se aprende a través de modelos familiares y sociales. La mayoría de los que ejercen violencia sobre la pareja no son violentos fuera del hogar. Además, se pueden aprender formas no violentas de resolución de conflictos.
Si una mujer ama y comprende suficientemente a su pareja, logrará que él cambie y deje de maltratarla.	El problema del maltratador no es la falta de cariño o comprensión. El que pueda cambiar no está en manos de la mujer.
Lo más importante para la familia es que los hijos/as se crían con su padre y con su madre en el mismo hogar.	Lo más importante para el desarrollo es crecer en un ambiente amoroso y libre de violencia. El ser testigo de la violencia es un factor de riesgo. También los niños y las niñas son víctimas.
Si hay violencia no puede haber amor.	Al menos al comienzo de la relación, la violencia suele desencadenarse por ciclos, no de forma permanente. Generalmente es un amor adictivo, dependiente, posesivo y basado en la inseguridad.
La violación ocurre a manos de extraños.	La mayoría de las violaciones las cometen hombres a quienes las mujeres conocen o en quienes confían.

Resulta imprescindible la concienciación y formación especializada de las y los profesionales, así como su implicación, no sólo en la asistencia a las víctimas, sino en la sensibilización social y la promoción del rechazo público a la violencia de género.

Fuente: Instituto Canario de la Mujer, *Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género.*

Segunda sesión

Duración: 3 horas

Temas a trabajar:

A) Estadísticas nacionales y estatales de la violencia contra las mujeres

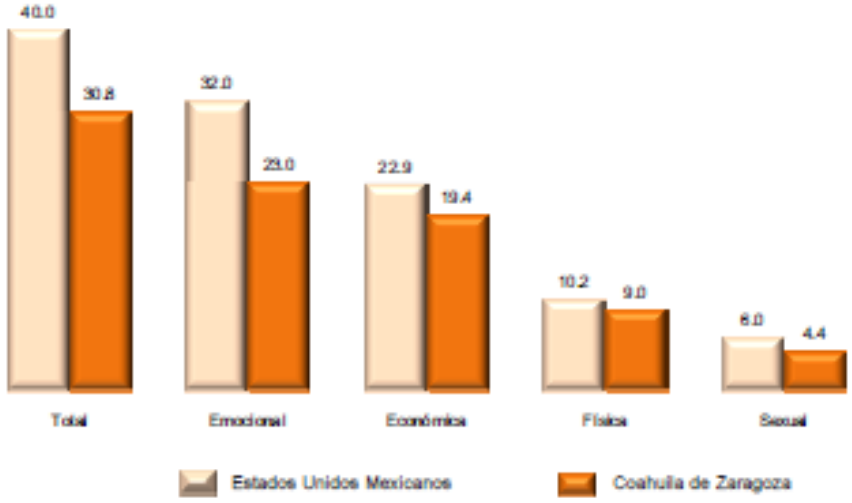
En este apartado y para explicar los datos de alcance nacional, se analizarán los resultados oficiales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Instituto Nacional de las Mujeres, y el Instituto Nacional de Salud Pública. Algunos datos señalados por el Instituto Nacional de las Mujeres[21] muestran lo siguiente:

- Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH), la violencia contra las mujeres de 15 años y más –en los ámbitos comunitario, escolar, laboral, o en el espacio familiar y de pareja-- asciende a 67% a nivel nacional.
- La ENDIREH muestra que el 43% de las mujeres mayores de 15 años sufrió algún incidente de violencia de pareja durante su última relación conyugal. De estas mujeres, el 37.5% declaró haber recibido agresiones emocionales que afectaron su salud mental y psicológica; 23% recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que gastaba dicho ingreso.
- Dos de cada diez mujeres dijo haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocaron daños permanentes o temporales.
- El 9% de las mujeres fueron víctimas de violencia sexual por parte de sus parejas.
- El 29.9% de las mujeres mexicanas sufrió algún incidente violento en su ámbito laboral (discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual).

Por lo que respecta a las cifras estatales, las mismas fuentes muestran las siguientes cifras:

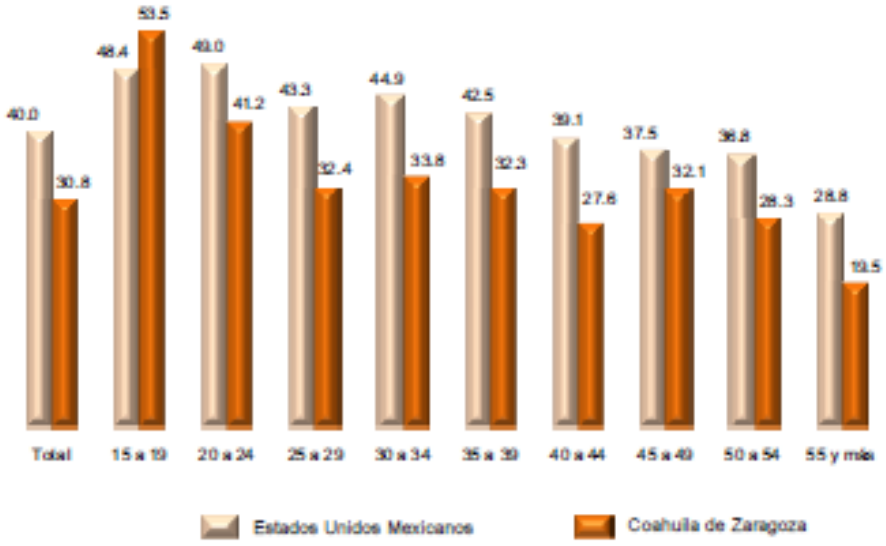
[21] Tomado de: http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/multimedia/2011/carpeta-final2011_ok.pdf

Porcentaje de mujeres de 15 y más años casadas o unidas con incidentes de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, por tipo de violencia, 2006



Nota: No se presenta una distribución porcentual, pues cada mujer puede padecer uno o más tipos de violencia.
Fuente: INEGI. ENDIREH. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006.

Porcentaje de mujeres de 15 y más años casadas o unidas con al menos un incidente de violencia hacia ellas por parte de su pareja en los últimos 12 meses, según grupos de edad, 2006



Fuente: INEGI. ENDIREH. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006.

Se recomienda presentar las cifras que se incluyen en el libro: INEGI, *Las mujeres en Coahuila de Zaragoza. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres.* Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/Default.asp?accion=1&upc=702825001645

B) Consecuencias para la salud de la violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres ocasiona problemas de salud física, mental, sexual, reproductiva, y pueden aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH.

- Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.
- La violencia de pareja y la violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Durante el embarazo la violencia sexual aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer.
- Estas formas de violencia pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio.
- La violencia sexual, sobre todo en la infancia, también puede incrementar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, así como las prácticas sexuales de riesgo en fases posteriores de la vida. Asimismo se asocia a la comisión (en el hombre) y al padecimiento (en la mujer) de actos de violencia.

- Los niños que crecen en familias en las que hay violencia de pareja pueden sufrir una serie de trastornos conductuales y emocionales que pueden asociarse a la comisión o padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida.
- La violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

Cuadro 1. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres

Físicas	Lesiones abdominales y torácicas, moretones e hinchazón; síndrome de dolor crónico; discapacidad; fibromialgia; fracturas; trastornos del aparto digestivo; síndrome de colon irritable; desgarros y abrasiones (quemaduras); lesiones oculares; mengua de las funciones físicas.
Sexuales y reproductivas	Trastornos del aparato genital; esterilidad; enfermedad inflamatoria de la pelvis; complicaciones del embarazo, aborto espontáneo; disfunción sexual; enfermedades de transmisión sexual, entre ellas infección por VIH; aborto practicado en condiciones peligrosas; embarazo no deseado.
Psíquicas y del comportamiento	Abuso de alcohol y otras drogas; depresión y ansiedad; transtornos de los hábitos alimentarios y del sueño; sentimientos de vergüenza y culpabilidad; fobias y trastorno por pánico; inactividad física, poca autoestima, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicosomáticos, hábito de fumar, comportamiento suicida y daño autoinflingido; comportamiento sexual riesgoso.
Consecuencias mortales	Mortalidad relacionada con el VIH, mortalidad materna, homicidio y suicidio

Fuente: Adaptado del *Informe Mundial sobre la Violencia. Organización Mundial de la Salud* , pág. 110

C) La importancia del papel que desempeñen los profesionales de la salud en la prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres

Diversos estudios muestran que la mayoría de las mujeres sobrevivientes de violencia no comentan con nadie su situación. Es más frecuente la denuncia entre quienes solicitan servicios de salud sexual y reproductiva: cuidados prenatales, pruebas de embarazo, planificación familiar y atención de enfermedades de transmisión sexual. En la mayoría de los casos las relaciones sexuales han ocurrido sin protección y un alto porcentaje se da en condiciones de violencia o coerción. En general, es más probable que las mujeres que han sufrido violencia acudan a solicitar servicios medios que las que no lo han sufrido, es por ello que los profesionales de la salud están en una situación idónea para identificar y ofrecer el tratamiento adecuado a las mujeres sobrevivientes de violencia. Sin embargo es importante considerar lo siguiente:

- Los prestadores de servicios de salud pueden compartir concepto fuertemente arraigados acerca de las funciones que cumplen hombres y mujeres en la sociedad.

- La forma en que los prestadores de servicios de salud entienden los derechos de hombres y mujeres, niños, niñas y adolescentes, así como los roles que asignan a cada uno de los miembros de la familia, pueden beneficiar o afectar gravemente la atención y la salud de la mujer que ha sufrido violencia.
- Una actitud negativa por parte de los prestadores de servicios de salud, puede significar para las mujeres afectadas por violencia, la diferencia entre morir o recibir ayuda.
- En ocasiones, los profesionales de la salud tienen conceptos y actitudes sobre su propia función de proveedores de la salud que les impiden brindar respuestas adecuadas a las usuarias afectadas por violencia, por ejemplo se sienten intimidados para tocar el tema de la violencia con las mujeres, o piensan que no es un tema relacionado con la salud, o sienten que no pueden ayudarlas.
- Cuando los prestadores de servicios de salud no están capacitados para reconocer y abordar la violencia contra las mujeres y las niñas pueden emitir un diagnóstico erróneo o un tratamiento inadecuado.

Ejercicio 2:

Se divide al grupo en 10 equipos, cada uno recibirá una copia del cuadro 2, para examinar y discutir uno de los principios rectores de los servicios de salud (el o la facilitador/a asigna los principios a cada grupo). Cada equipo leerá el principio rector y procurará identificar las consecuencias que podría ocasionar sobre la salud y bienestar de las mujeres, que tales principios no fueran respetados en todas las etapas del servicio médico. Los equipos discutirán durante diez minutos y expresarán sus conclusiones con frases breves o ilustraciones en papelógrafos, para lo cual sólo contarán con cinco minutos. Al final se pegarán los palelógrafos en las paredes y se darán cinco minutos para que todos los participantes examinen el trabajo de sus compañeros. Al final el o la facilitador/a dirige una lluvia de ideas para destacar las principales ideas de cada principio rector.

Cuadro 2. Principios rectores de los servicios de salud para mujeres afectadas por violencia[22]

PRINCIPIO BÁSICO	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO
Derecho a la privacidad	Garantizar la privacidad durante toda conversación entre la superviviente y el proveedor o la recepcionista, a fin de que ninguna persona en la sala de espera o las zonas adyacentes pueda escuchar. En un entorno de bajos recursos en que no se dispone de este tipo de espacio, pueden adoptarse medidas creativas como ir con el cliente a otra parte del centro o a un patio al aire libre. Sistemas y capacitación del personal para garantizar la privacidad de las pacientes adolescentes de modo que, en caso de ser necesario, los familiares no se enteren del motivo de la visita.
Derecho a la confidencialidad	No debe divulgarse ningún dato sobre la superviviente sin su consentimiento fundamentado. Todos los miembros del personal deberían estar capacitados para respetar la confidencialidad y los servicios deberían tener una política al respecto. Deberían adoptarse medidas rigurosas para que los miembros del personal analicen los casos con otros proveedores únicamente cuando sea estrictamente necesario y en privado. Poner en práctica medidas para garantizar la confidencialidad de la información sobre los pacientes.
Derecho a elegir/autonomía	El examen o cualquier tipo de prueba deberían realizarse con el consentimiento fundamentado de la víctima. El principio de autonomía requiere que las supervivientes reciban atención médica sin antes estar obligadas a interactuar con ningún otro servicio o como condición previa al tratamiento. No debe remitirse su nombre a ningún otro organismo, incluidos ONG, asistentes sociales o investigadores, a menos que estén de acuerdo. En algunos contextos en que es obligatorio presentar una denuncia o cuando la víctima o superviviente es una niña y debe ser protegida por los organismos, muchas veces de familiares, evidentemente la autonomía es más limitada (extraído de Jewkes, 2006). También es importante informar a la mujer sobre los mandatos judiciales a fin de ayudarla a planificar la seguridad.
No discriminación/ equidad	Garantizar que todas las personas que solicitan asistencia reciban el mismo nivel de cuidado. Garantizar que los programas de salud estén adaptados a los grupos de edad y los diferentes subgrupos para permitir el acceso amplio en diversos contextos, entre otros en relación con la diversidad geográfica, cultural y lingüística. Garantizar que se ofrezca una gama de opciones de apoyo

[22] Tomado de: http://www.endvawnow.org/es/articles/427-normas-para-la-prestacion-de-servicios-medicos.html

PRINCIPIO BÁSICO	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO
	que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres que se enfrentan con formas múltiples de discriminación (Naciones Unidas, 2006a).
Dignidad/ idoneidad	Garantizar la disponibilidad de examinadoras médicas cuando sea necesario y promover la integridad física durante los exámenes. Recordar a las supervivientes que la violencia no es culpa suya y que no debe tolerarse el abuso (Carreta, 2008). Garantizar el acceso a la planificación de la familia, a los anticonceptivos y, si es legal, al aborto en condiciones seguras (OMS, 2008). Garantizar la confidencialidad y comodidad mediante salas de espera, cuartos de baño y aseo y salas de examen privados (Jewkes, 2006).
Accesibilidad	Garantizar que los servicios para las supervivientes y las iniciativas de prevención sean gratuitas. (Schechtman, 2008; Claramunt y Cortés, 2003). Garantizar que la ubicación de los servicios sea accesible o proporcionar transporte. Garantizar vínculos con la comunidad, especialmente a través de organizaciones comunitarias y ONG. Determinar formas adecuadas de informar a los miembros más marginados de la comunidad sobre la disponibilidad de servicios (Jewkes, 2006). Garantizar que las supervivientes puedan ser atendidas por personal sanitario de su mismo sexo.
Seguridad	Garantizar que se dé prioridad primordial a la seguridad de la superviviente (García-Moreno, 2002 b), así como a la seguridad del personal, y promover un ambiente de trabajo que no minimice ni niegue los posible riesgos de seguridad (Consejo de Europa, 2008a). Realizar evaluaciones de la seguridad y planificar la seguridad.
No infligir daños	Dar prioridad al bienestar de las supervivientes y la prestación de servicios antes que a la recolección de datos o cualquier otro objetivo secundario.
Eficacia/ eficiencia	Garantizar que los proveedores de servicios estén capacitados, tengan en cuenta las cuestiones de género, reciban formación permanente y realicen su labor de acuerdo con directrices, protocolos y códigos de ética claros (Naciones Unidas, 2006a). Garantizar que las políticas y los programas de salud se basen en datos empíricos. Vigilar y evaluar la prestación de los servicios, promoviendo la participación de las usuarias. Garantizar la coordinación entre los agentes multisectoriales. Todos los sectores deben llegar a un acuerdo sobre el conjunto de

PRINCIPIO BÁSICO	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO
	pruebas de agresión sexual que se reunirá, las cadenas de pruebas y la utilización de formularios normalizados (Jewkes, 2006).

Módulo 2. Contexto internacional y marco jurídico nacional y estatal para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres

Objetivo:

- Que las y los participantes conozcan el marco internacional, así como el marco jurídico nacional y estatal que establece obligaciones para los gobiernos en materia de violencia contra las mujeres, e identifiquen las responsabilidades que se definen para los profesionales de la salud, en las políticas, planes, programas y normas gubernamentales del sector salud.

Tiempo total para lograr el objetivo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Tercera sesión

Duración: 3 horas

Temas a trabajar:

A) Instrumentos y acuerdos internacionales relacionados con la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

Los principales instrumentos internacionales que orientan los principios y acciones que el Estado mexicano debe poner en marcha con miras a garantizar la igualdad entre los géneros y una vida libre de violencia para las mujeres, que se relacionan con el Sistema Nacional de Salud, abarcan convenciones y declaraciones. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés)es el primer instrumento que reconoce que los patrones socioculturales de género deben ser modificados a fin de eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

El artículo 12 de la CEDAW detalla algunas obligaciones de los Estados Partes en materia de salud:

1. Adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación de la mujer en la esfera de la atención médica.

2. Proporcionar a las mujeres la debida atención en lo que se refiere a la planificación de la familia, con ello se reconoce el derecho de las mujeres a tener un control de su fertilidad.

3. Identificar las necesidades especiales que tienen las mujeres durante el embarazo y el período post-natal, incluyendo la necesidad de tener una adecuada nutrición.

En 2004, el Comité de la CEDAW emitió la Recomendación General No. 25 sobre "La mujer y la salud", en la que interpretó el contenido del artículo 12 de la Convención e instó a los Estados Partes a basar su legislación, sus planes y sus políticas en materia de salud de la mujer en datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro su vida.

Fue durante la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Copenhage en 1980, cuando por primera vez se abordó el tema de la violencia contra las mujeres de manera explícita y se le reconoció como un grave problema de salud pública y una violación a los Derechos Humanos de las mujeres. El asunto se retomó cinco años después en la Tercera Conferencia Mundial, celebrada en Nairobi en 1985, hasta que en 1993, la Asamblea General de la ONU aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

En esta Declaración se reconoce que *"…la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por*

los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre"

Lo anterior implicó que por primera vez se reconociera un tipo específico de violencia, que se dirige hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres. Ello significó asumir que se trata de un fenómeno distinto a otros tipos de violencia[23]

En el artículo 2 de definen los actos que abarca la violencia contra la mujer y los ámbitos en los que ésta se ejerce:

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

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, es hasta el día de hoy uno de los instrumentos internacionales más importantes. Más tarde, en 1995 se llevó a cabo en Pekín la IV Conferencia Mundial de la Mujer y como resultado de este encuentro, diversos países –entre ellos México-- suscribieron una Plataforma de Acción que comprometió a sus gobiernos a desarrollar programas para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

[23] Rojas define la violencia como "el uso intencionado de la fuerza física en contra de un semejante con el propósito de herir, abusar, robar, humillar, dominar, ultrajar, torturar, destruir o causar la muerte". Rojas, L. *Las Semillas de la Violencia*, Madrid, Espasa-Calpe, 1995, pág. 11 Esta definición básica abarca un abanico amplio de conductas que incluyen actos tan diversos como el homicidio, la limpieza étnica o genocidio, el pandillerismo, el racismo, la homofobia y el terrorismo, entre otros.

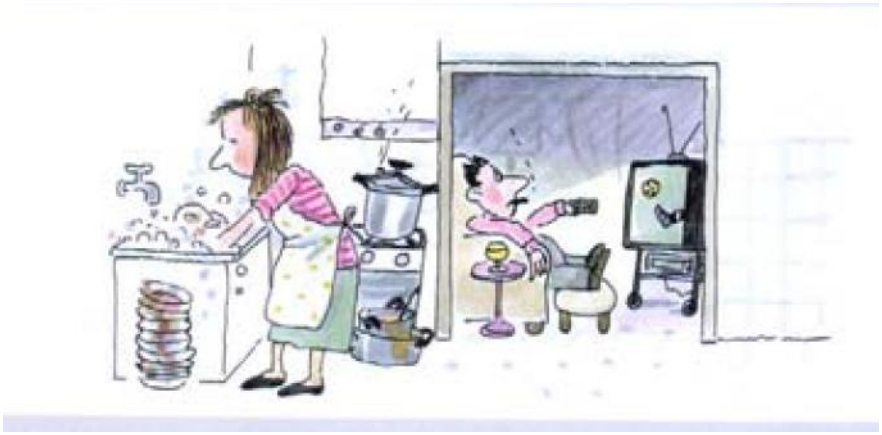
En el marco de los trabajos que se realizaron en las distintas regiones del mundo para la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en 1994 representantes de diversos países del continente americano agrupados en la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobaron en Brasil la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, mejor conocida como *Convención Belém Do Pará*. Esta Convención fue adoptada por 31 de los 34 estados integrantes de la OEA y representa un avance fundamental en la lucha para erradicar la violencia contra las mujeres. Entre los principales aspectos que aborda se encuentran los siguientes:

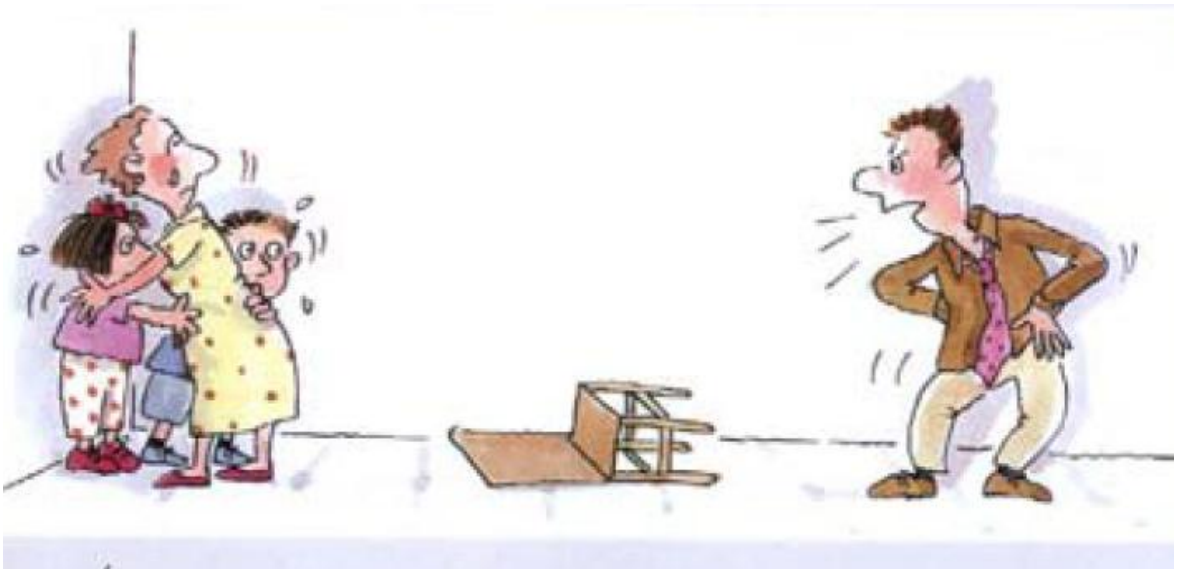
- Reconoce la violencia contra la mujer como un delito.
- Define como un derecho humano el acceso a una vida libre de violencia en los ámbitos público y privado.
- Establece medidas jurídicas concretas dirigidas a prevenir y sancionar la violencia contra la mujer.
- Establecemecanismos de seguimiento.

Este instrumento fue ratificado por el Senado mexicano en 1996 y fue un incentivo fundamental para propiciar los cambios en la estructura jurídica de nuestro país, en materia de violencia de género.

Ejercicio 3:

Se divide al grupo en 5 equipos y a cada uno se le distribuye una ilustración. La tarea a realizar en 10 minutos es imaginar la escena que se ilustra, explicar lo que sucede emitir una opinión al respecto. Al final cada equipo expone lo que discutieron. El o la instructora procurará dirigir la discusión a la identificación de los distintos tipos de violencia.





Cuarta sesión

Duración: 3 horas

Temas a trabajar:

A) Leyes y programas federales relacionados con la equidad de género y la erradicación de la violencia contra las mujeres

En el 2006 se promulgó la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (LGHIM), en la que no se encuentran referencias específicas en materia de violencia contra las mujeres. Esta ley contempla la creación del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, cuyo objetivo principal era incorporar los principios de equidad de género como eje rector de todas las actividades y órganos del gobierno.

Al inicio de la actual administración del gobierno federal, se incorporó en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 una nueva estrategia denominada Programa Nacional Para la Igualdad entro Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) que, como su antecesor, también está enfocado a la equidad de género. Entre los principales objetivos de PROIGUALDAD se encuentra garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

La estrategia para cumplir con esta directiva consistió en la creación del Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, que funcionaba dentro del Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. A diferencia de los programas desarrollados por el gobierno anterior, ninguno de los que se derivaron de PROIGUALDAD incluyó una definición de violencia contra las mujeres.

En el 2007 se promulgó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En el artículo 2 de esta ley se dispone que los estados y municipios, así como el Distrito Federal *"expedirán las normas legales y tomarán las medidas presupuestales y administrativas correspondientes, para garantizar el derecho de*

las mujeres a una vida libre de violencia, de conformidad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos de las Mujeres, ratificados por el Estado mexicano."

En el artículo 6 se establecen 5 tipos de violencia contra las mujeres:

I. La violencia psicológica.

> Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio;

II. La violencia física.-

> Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas;

III. La violencia patrimonial.-

> Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

IV. Violencia económica.-

> Es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingresode sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral;

V. La violencia sexual.-

Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Respecto a la legislación estatal, se deberán examinar brevemente los contenidos de las siguientes leyes:

- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Coahuila de Zaragoza. En el marco de esta Ley se crea el Sistema Estatal de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Ley de Prevención, Asistencia y Atención de la Violencia Familiar en el Estado de Coahuila de Zaragoza
- Ley para Promover la Igualdad y Prevenir la Discriminación en el Estado de Coahuila de Zaragoza

B) Programa de Acción Específico 2007-2012 de la Secretaría de Salud. Prevención y atención de la violencia familiar y de género

Este Programa se creó con la finalidad de coordinar los esfuerzos de las diferentes unidades de atención que comprende el Sistema Nacional de Salud, para garantizar la atención a las mujeres que sufren violencia. Uno de sus principales propósitos fue asignar responsabilidades específicas para cada institución, organización o sector, a fin de disminuir los impactos negativos en la salud de las mujeres. Los principales temas a abordar serían los siguientes:

- Objetivos, estrategias y líneas de acción
- Metas e indicadores
- Estrategia de Implantación y Modelo Operativo
- Estructura y niveles de responsabilidades

C) LaNOM 046-SSA2-2005. *Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*

Esta Norma, que es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, establece que las instituciones, dependencias y organizaciones que lo conforman deben otorgar atención médica con perspectiva de género, a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual.

De acuerdo con esta Norma, las y los prestadores de servicios de salud deben proveer atención médica, orientación y consejería a las personas involucradas en los hechos de violencia familiar o sexual, y referirlas a las instancias competentes para lograr una precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación o seguridad y protección, así como apoyo legal y psicológico.

Esta Norma también señala que es obligación del personal de salud proporcionar anticoncepción de emergencia e informar al respecto a las mujeres víctimas de violencia sexual. Establece que el personal de salud debe informar sobre las alternativas para la interrupción legal del embarazo en los términos de la legislación estatal aplicable y garantizar este servicio médico si lo requieren.

Para el cumplimiento de la NOM–046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, quienes presupuestan y planean las acciones deben considerar que las personas prestadoras de los servicios de salud han de ser capacitadas y actualizadas en sus conocimientos periódicamente.

Ejercicio 4:

Se divide al grupo en equipos de 3 miembros. A cada grupo se le entrega un ejemplar de la NOM–046-SSA2-2005[24] y una copia de la Tarjeta con obligaciones legales para los prestadores de servicios del sector salud. La actividad consiste en que los participantes respondan a las preguntas que ahí se plantean, de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial y la legislación federal y estatal vigente. El ejercicio dura media hora distribuida de la siguiente manera 20 minutos para leer y discutir la Norma y 10 minutos para el llenado de la Tarjeta.

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

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

Módulo 3. Modelos de atención y protocolos

Objetivo:

- Que las y los profesionales del sector salud, conozcan el Modelo de Atención elaborado por el gobierno federal, así como protocolos y

[24] Disponible en: http://www.cnegsr.gob.mx/programas/prevencion-atencion-violencia/interes-pav/mnj-pav/mnj-criterios.html

herramientas que pueden ayudar a eficientar las estrategias de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres.

Tiempo total para lograr el objetivo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Quinta sesión

Duración: 3 horas

Temas a tratar:

A) El Modelo de Atención del Gobierno Federal

El Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, contiene diversas herramientas que pueden ser de gran utilidad para los profesionales de la salud encargados de atender casos de violencia contra las mujeres. Entre los principales recursos del modelo se encuentran:

- Guía para la detección de casos
- Guías para evaluar los niveles de riesgo de las mujeres afectadas por violencia
- Descripción de las responsabilidades legales del personal de salud ante casos de violencia

Estos recursos pueden ser útiles para adaptarlos a las necesidades del Estado de Coahuila, considerando las necesidades específicas de las mujeres que solicitan este tipo de servicios, así como la infraestructura física, humana, técnica y financiera que se encuentra disponible en esta entidad. Se recomienda poner a disposición de cada persona que participe en estos cursos, un ejemplar del Modelo, ya sea en medio electrónico o en formato impreso. Asimismo, se recomienda realizar un ejercicio breve que permita una revisión general de este material y comentarlo en grupo mediante la técnica de lluvia de ideas.

B) Protocolos de atención

Los protocolos son un conjunto de instrucciones y procedimientos en los que se señala con precisión los servicios que deben prestarse, quién debe prestarlos y cómo debe hacerlo, así como el mecanismo para vigilarlos. Su principal ventaja es que homogeinizan la calidad de la atención y definen con claridad la manera en que el personal de salud debe atender los casos de violencia contra las mujeres y las niñas, lo que fortalece la capacidad de los prestadores de servicios de salud para cumplir eficazmente con sus obligaciones.

Generalmente se establecen protocolos y directrices como herramientas de referencia para los proveedores de servicios a fin de asistirles en la prestación de tipos de atención específicos a las supervivientes. Pueden elaborarse a nivel nacional, subnacional o institucional. Las respuestas a la agresión sexual requieren normas adicionales relacionadas con la integridad y dignidad corporal, entre otras cosas en los procedimientos médicos y forenses, así como con las necesidades específicas relativas a la salud mental[25]

Ejercicio 5:

Se divide al grupo en cuatro equipos, a cada uno se le distribuye una tarjeta con un tipo de política o protocolo. La tarea es identificar si en las instituciones en las que trabajan los participantes existen las políticas o protocolos que les tocó trabajar y si cumplen con las recomendaciones que se señalan en la tarjeta. Los equipos cuentan con diez minutos para discutir las tarjetas y diez minutos para exponer sus conclusiones en un papelógrafo, donde señalarán 3 elementos: a) existe o no la política; b) cumple o no con los elementos que se sugieren en la tarjeta; c) qué habría que modificar para que cumpla con los elementos sugeridos.

[25] Ver: http://www.endvawnow.org/es/articles/659-asegurar-que-haya-protocolos-directrices-que-apoyen-la-implementacion-estarizada-de-las-politicas-nacionales-y-subnacionales.html

Protocolo o política[26] 1: Acoso sexual

Cada organización de salud debe contar con una política por escrito que prohíba el acoso sexual por parte de las y los integrantes del personal hacia otros integrantes del personal o hacia las usuarias. La política debe establecer los tipos de actos y acciones que están expresamente prohibidos, y definir claramente en qué consiste el acoso sexual. Asimismo, debe contemplar los procedimientos para denunciar casos de acoso sexual y las consecuencias de violar esa política. Las organizaciones de salud no pueden abordar adecuadamente la cuestión de la violencia basada en género si no garantizan previamente el respeto por los derechos de su propio personal y por las usuarias. Por ende, es parte esencial de esa labor contar con una política sobre acoso sexual que establezca claramente los procedimientos que se seguirán en caso de violaciones de la misma.

Protocolo o política 2: Privacidad y confidencialidad de las usuarias

Cada organización de salud debe contar con políticas por escrito que expliquen la forma en que el personal debe proteger la privacidad y la confidencialidad de las usuarias. Esas políticas deben abordar los lugares y las circunstancias en que el personal puede hablar sobre información privada de la usuaria, ya sea con otras u otros integrantes del personal o con las usuarias mismas. Asimismo, se deben enumerar las circunstancias en las que proveedores están facultados para compartir información privada de la usuaria con otras personas, incluso la familia de la usuaria. También se debe enfocar el tema de la confidencialidad de los registros médicos y explicar si las y los proveedores deben obtener el consentimiento de los padres y las madres de hijas adolescentes para brindar a éstas determinados servicios, y si las adolescentes pueden mantener la confidencialidad de su información privada y médica ante sus padres.

[26] Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género*, pág.86

Protocolo o política 3: Violencia contra la mujer, incluido el abuso sexual y la violación

Sería adecuado que las organizaciones de salud elaboren protocolos sobre la atención a las mujeres que hayan sido objeto de violencia basada en género, incluso víctimas de violación. Esos protocolos pueden ayudar a las y los proveedores a saber cómo dar respuestas a las mujeres que declaran haber sufrido episodios de violencia, y hacerlo de manera cuidadosa y preservando los derechos de esas mujeres. Por ejemplo, en los casos de violencia sexual, el protocolo debe incluir pautas sobre los servicios de anticoncepción de emergencia y los exámenes de infecciones de transmisión sexual. Es posible que dichos protocolos aumenten las posibilidades de que las mujeres reciban tratamientos adecuados, especialmente cuando los profesionales de la salud tienen conceptos errados sobre temas tales como el abuso sexual, la anticoncepción de emergencia, las ITS y el VIH

Protocolo o política 4: Atención de la mujer en situaciones de peligro y crisis

Las organizaciones de salud que pretenden fortalecer su capacidad de respuesta ante casos de violencia contra la mujer deben elaborar protocolos que les permitan brindar atención a las mujeres en situaciones de crisis o alto peligro. Entre ellas, las usuarias que corren elevado riesgo de suicidio u homicidio, de sufrir lesiones, o un grave desorden emocional. El protocolo para situaciones de peligro y crisis debe incluir temas tales como la forma de identificar los factores de riesgo; la forma de garantizar que la mujer reciba por lo menos la asistencia básica necesaria; y la identificación de las y los integrantes del personal que pueden brindar consejería emocional y planeación de seguridad.

Sexta sesión

Duración: 3 horas

Temas a tratar:

A) Factores de riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos.

Al abordar este tema el o la facilitador/a deberá poner mucha atención en informar a los participantes sobre cómo identificar distintos niveles de riesgo para las mujeres que viven violencia y ofrecer herramientas, tanto para tratar el tema con las usuarias de los servicios de salud, como para ofrecer la atención adecuada, de acuerdo con el diagnóstico que hagan de la situación. Los temas que se deberán abordar como mínimo deben ser los siguientes:

- Herramientas para reconocer los vínculos entre violencia y salud
- Guías para preguntar a las mujeres si se encuentran en una situación de violencia, incluyendo propuestas para saber cómo reaccionar de manera eficiente y profesional a las respuestas de la mujer violentada.
- Herramientas para evaluar los niveles de riesgo que puede correr la mujer que acude a los servicios de salud
- Recomendaciones para ayudar a las mujeres a elaborar un plan de seguridad
- Herramientas para ofrecer a las mujeres que han sufrido violencia sexual, la anticoncepción de emergencia
- Procedimientos para canalizar a las mujeres a otros servicios
- Procedimientos para preservar pruebas forenses en casos de violencia sexual.

B) Las mujeres que permanecen junto al agresor

Generalmente, las mujeres que sufren malos tratos tienen problemas para salir del círculo de la violencia. A menudo los profesionales de la salud se sienten frustrados porque han tratado de convencer a las mujeres de que abandonen al agresor y eso no ha ocurrido. Por esola sensibilidad y comprensión del fenómeno, así como la detección oportuna del profesional de la salud, representan un apoyo clave para romper con la violencia degénero y facilitar la normalización de la vida

de la mujer y de las personas que de ella dependen,su reincorporación a la vida social y su recuperación psicológica. Los temas que se deberán abordar en esta sesión son los siguientes:

- Roles, estereotipos y mensajes de los medios de comunicación que favorecen la violencia contra las mujeres
- Estrategias para detectar el maltrato
- Estrategias para ayudar a las mujeres a desarrollar una estrategia de seguridad ante casos de extrema violencia.
- Elaboración de un directorio de redes de apoyo con direcciones, teléfonos y horarios
- Los grupos de autoayuda para mujeres maltratadas

Ejercicio 6:

Se divide al grupo en cuatro equipos. La tarea de cada equipo es analizar el tipo de relación y los roles que se asignan a mujeres y hombres en los medios de comunicación masivos. Un equipo analizará una película, otro equipo una telenovela, otro equipo la letra de una canción y el cuarto equipo elegirá tres comerciales de televisión. Al final, cada equipo expondrá en un papelógrafo los diferentes roles asignados a ambos géneros, señalando si existe una distribución distinta de poder económico, social, político, o de cualquier otra índole entre los protagonistas hombres y mujeres, explicando cómo puede influir ese modelo en la violencia contra las mujeres.

Módulo 4. Capacidad instalada e infraestructura disponible para prevenir y atender casos de violencia contra las mujeres

Objetivo:

- Que las y los participantes conozcan los recursos humanos, técnicos y de infraestructura con los que cuenta el sector salud de Coahuila para prevenir, atender y dar seguimiento a los casos de violencia contra las mujeres.

Tiempo total para lograr el objetivo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Séptima sesión

Duración: 3 horas

Las dos sesiones de este módulo se han diseñado para trabajarlas en un formato de taller, de modo que será muy importante que las y los participantes cuenten con información oficial suficiente, así como con el acompañamiento de funcionarios con cargos de decisión, a fin de acordar una estrategia de atención que corresponda a los recursos disponibles, en la que puedan comprometerse las y los prestadores de servicios de salud.

Temas a tratar:

A) Experiencia institucional en materia de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres

De acuerdo con lo que se trabajó en la primera sesión del Módulo 3, el Modelo de Atención del gobierno federal contempla que el Sector Salud de cada uno de los estados, desarrolle una estrategia organizada en cuatro áreas de intervención: prevención, detección, atención y rehabilitación[27].

La prevención

Incluye las políticas y acciones encaminadas a evitar los actos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. La promoción de una cultura de la no-violencia y la resolución pacífica de los conflictos. Para esto se necesita un cambio profundo de mentalidades, creencias, estereotipos, actitudes relacionadas con la valoración social de las mujeres y los hombres, y con el desequilibrio de las relaciones de poder en la familia, las comunidades y la sociedad. En el sector

[27] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual*. Manual Operativo, México, Segunda Edición 2009, págs.36-37

salud, las acciones de prevención se operacionalizan a través de la inclusión del tema en las acciones de difusión y promoción de la salud y la coordinación intersectorial que debe darse desde el nivel local hasta el nacional.

La detección.

Incluye los procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.

Atención o prestación de los servicios médicos.

Este proceso es responsabilidad del sector salud y lo constituyen las acciones que brindan el tratamiento y asesoría necesarios a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Los componentes del proceso de atención en el sector salud son:

- *Identificación de la situación de violencia.*
- *Consejería especializada.*
- *Evaluación del riesgo y plan de seguridad e información legal.*
- *Atención esencial y especializada.*
- *Referencia, contrarreferencia y seguimiento.*

Rehabilitación

Para el resto de las instituciones que participan en el Modelo Integrado para la Prevencióny Atención a la Violencia Familiar, Sexual y violencia contra las mujeres, la rehabilitación se refiere al conjuntode actividades encaminadas a proporcionar los servicios para que las mujeres en esta situación cuentencon los

elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida (incluyendomedidas de protección y apoyo económico). En virtud de que existe la intencionalidad expresa de evitarotras afecciones o la muerte, también se considera que constituye una acción de prevención terciaria.Para el sector salud la rehabilitación se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, asícomo al seguimiento.

Ejercicio7 :

Se divide al grupo en cuatro equipos, la tarea de cada uno es examinar el estado actual del área que le haya correspondido a la luz de los criterios establecidos en el Modelo Integral y de acuerdo con los principios rectores que deben regir en los casos de violencia contra las mujeres. Una vez discutido el tema se llenará la matriz titulada "Formato para la identificación de condiciones y recursos para la prestación de servicios de salud en materia de violencia contra las mujeres". La idea es que los prestadores de servicios de salud valoren si para preservar cada uno de los principios rectores se dispone de la **infraestructurafísica** (mobiliario, equipo, espacios adecuados, formatos apropiados para registrar el antecedente de violencia); el **personal** en cantidad suficiente en las distintas áreas de atención (recepción, trabajo social, urgencias, consulta), y con la **capacitación** necesaria para garantizar un trato digno y empático a las mujeres que viven violencia; así como los **protocolos por escrito y disponibles** (valorar la calidad de los procedimientos incluidos en el protocolo, su claridad y su adecuación a la realidad local).

Una vez que se ha llenado la matriz, cada equipo debe escribir en un papelógrafo, los aciertos y debilidades del área que le tocó examinar y proponer para cada debilidad una alternativa viable que permita ofrecer el servicio médico a las mujeres que viven violencia, con los recursos disponibles. Los funcionarios tomadores de decisiones podrían comentar acerca de la viabilidad de las propuestas y hacer recomendaciones al respecto.

Formato para la identificación de condiciones y recursos para la prestación de servicios de salud en materia de violencia contra las mujeres

PRINCIPIOS RECTORES	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PERSONAL CAPACITADO	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ACTUAL
Derecho a la privacidad	Garantizar la privacidad durante toda conversación entre la superviviente y el proveedor o la recepcionista, a fin de que ninguna persona en la sala de espera o las zonas adyacentes pueda escuchar. En un entorno de bajos recursos en que no se dispone de este tipo de espacio, pueden adoptarse medidas creativas como ir con el cliente a otra parte del centro o a un patio al aire libre. Sistemas y capacitación del personal para garantizar la privacidad de las pacientes adolescentes de modo que, en caso de ser necesario, los familiares no se enteren del motivo de la visita.			
Derecho a la confidencialidad	No debe divulgarse ningún dato sobre la superviviente sin su consentimiento fundamentado. Todos los miembros del personal deberían estar capacitados para respetar la confidencialidad y los servicios deberían tener una política al respecto. Deberían adoptarse medidas rigurosas para que los miembros del personal analicen los casos con otros proveedores únicamente cuando sea estrictamente necesario y en privado. Poner en práctica medidas para garantizar la confidencialidad de			

PRINCIPIOS RECTORES	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PERSONAL CAPACITADO	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ACTUAL
	la información sobre los pacientes.			
Derecho a elegir/autonomía	El examen o cualquier tipo de prueba deberían realizarse con el consentimiento fundamentado de la víctima. El principio de autonomía requiere que las supervivientes reciban atención médica sin antes estar obligadas a interactuar con ningún otro servicio o como condición previa al tratamiento. No debe remitirse su nombre a ningún otro organismo, incluidos ONG, asistentes sociales o investigadores, a menos que estén de acuerdo. En algunos contextos en que es obligatorio presentar una denuncia o cuando la víctima o superviviente es una niña y debe ser protegida por los organismos, muchas veces de familiares, evidentemente la autonomía es más limitada (extraído de Jewkes, 2006). También es importante informar a la mujer sobre los mandatos judiciales a fin de ayudarla a planificar la seguridad.			
No discriminación/ equidad	Garantizar que todas las personas que solicitan asistencia reciban el mismo nivel de cuidado. Garantizar que los programas de salud estén adaptados a los grupos de edad y los diferentes subgrupos para permitir el acceso amplio en diversos contextos, entre otros en relación con la diversidad geográfica, cultural y lingüística.			

PRINCIPIOS RECTORES	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PERSONAL CAPACITADO	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ACTUAL
	Garantizar que se ofrezca una gama de opciones de apoyo que tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres que se enfrentan con formas múltiples de discriminación (Naciones Unidas, 2006a).			
Dignidad/ idoneidad	Garantizar la disponibilidad de examinadoras médicas cuando sea necesario y promover la integridad física durante los exámenes. Recordar a las supervivientes que la violencia no es culpa suya y que no debe tolerarse el abuso (Carreta, 2008). Garantizar el acceso a la planificación de la familia, a los anticonceptivos y, si es legal, al aborto en condiciones seguras (OMS, 2008). Garantizar la confidencialidad y comodidad mediante salas de espera, cuartos de baño y aseo y salas de examen privados (Jewkes, 2006).			
Accesibilidad	Garantizar que los servicios para las supervivientes y las iniciativas de prevención sean gratuitas. (Schechtman, 2008; Claramunt y Cortés, 2003). Garantizar que la ubicación de los servicios sea accesible o proporcionar transporte.			

PRINCIPIOS RECTORES	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PERSONAL CAPACITADO	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ACTUAL
	Garantizar vínculos con la comunidad, especialmente a través de organizaciones comunitarias y ONG. Determinar formas adecuadas de informar a los miembros más marginados de la comunidad sobre la disponibilidad de servicios (Jewkes, 2006). Garantizar que las supervivientes puedan ser atendidas por personal sanitario de su mismo sexo.			
Seguridad	Garantizar que se dé prioridad primordial a la seguridad de la superviviente (García-Moreno, 2002 b), así como a la seguridad del personal, y promover un ambiente de trabajo que no minimice ni niegue los posible riesgos de seguridad (Consejo de Europa, 2008a). Realizar evaluaciones de la seguridad y planificar la seguridad.			
No infligir daños	Dar prioridad al bienestar de las supervivientes y la prestación de servicios antes que a la recolección de datos o cualquier otro objetivo secundario.			
Eficacia/ eficiencia	Garantizar que los proveedores de servicios estén capacitados, tengan en cuenta las cuestiones de género, reciban formación permanente y realicen su			

PRINCIPIOS RECTORES	NORMAS ESPECÍFICAS DEL SERVICIO	INFRAESTRUCTURA FÍSICA	PERSONAL CAPACITADO	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ACTUAL
	labor de acuerdo con directrices, protocolos y códigos de ética claros (Naciones Unidas, 2006a). Garantizar que las políticas y los programas de salud se basen en datos empíricos. Vigilar y evaluar la prestación de los servicios, promoviendo la participación de las usuarias. Garantizar la coordinación entre los agentes multisectoriales. Todos los sectores deben llegar a un acuerdo sobre el conjunto de pruebas de agresión sexual que se reunirá, las cadenas de pruebas y la utilización de formularios normalizados (Jewkes, 2006).			

Octava sesión

Duración: 3 horas

Temas a tratar:

A) Estrategias de prevención

La prevención primaria se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia y qué medidas tomar ante determinadas situaciones. La estrategia debe dirigirse a fomentar valores asociados con la construcción de relaciones más equitativas y justas entre los diversos miembros de la familia, el respeto por el cuerpo y por la sexualidad, la convivencia en democracia en los vínculos familiares, los Derechos de los Niños y Niñas y el autocuidado de la salud. La familia y la comunidad educativa cumplen un papel fundamental en la detección, reducción y eliminación de factores de riesgo y en el estímulo de factores protectores. Los programas de difusión tendrían que incorporar estos temas:

- Los Derechos de los Niños y las Niñas (Convención sobre los Derechos del Niño)
- Los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres y hombres
- La equidad y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
- La violencia contra las mujeres como un delito que viola los derechos humanos de las personas
- Información sobre lugares en donde obtener ayuda de manera confidencial

B) El ciclo de la violencia

Diversos estudios muestran que la violencia doméstica no es incidental, es decir sin causa aparente y por excepción, no ocurre una sola vez. Por lo general se trata de un ciclo de comportamientos que se presentan a lo largo de un período y que al cabo de un tiempo se repiten, cada vez con más agresividad. Las tres etapas se denominan, acumulación de tensión, explosión y periodo de remisión o luna de miel. La duración de cada etapa puede variardesde sólo segundos hasta varios

años. Con el paso del tiempo, la etapa de la luna de miel seacorta cada vez más y los incidentes explosivos se hacen más frecuentes, más violentos, ymás peligrosos.

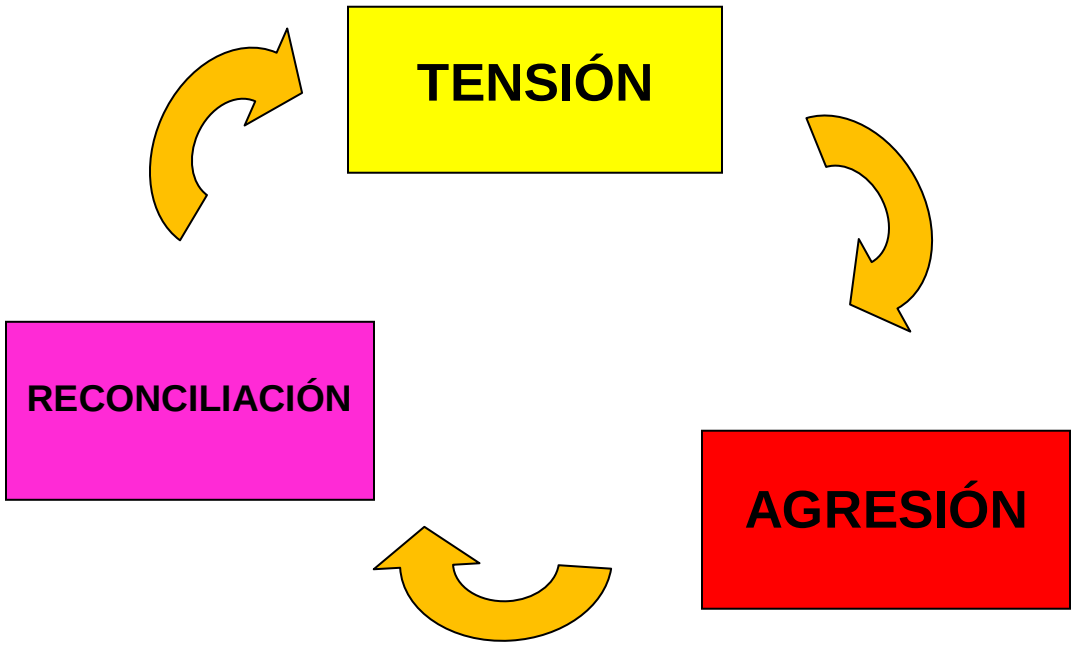
Comienza con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión, por parte delagresor, de actitudes de cuidado y protección, difíciles de percibir por su apariencia amorosa, peroque van reduciendo la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y su capacidad de reacción.

> *Se trata de conductas restrictivas y controladoras, que van minando su autonomía, a la vez que lasitúan en condiciones de dependencia y aislamiento. Un ejemplo son los celos, la vigilancia, la censurasobre la ropa, amistades o actividades, el control de los horarios, las salidas fuera de la casa,etc. Habitualmente estas conductas, que suelen ser la antesala del maltrato físico, no se percibenpor parte de las mujeres como agresivas, sino como manifestaciones del carácter de la pareja o derasgos masculinos por excelencia (rol dominante y protector a un tiempo), que se han interiorizadocomo normales a través de los procesos de socialización en la familia, la escuela o la calle, por loque su importancia suele ser minimizada y son admitidas tácitamente, lo que genera a las mujeressituaciones de indefensión aprendida y vulnerabilidad.*
>
> *El aumento progresivo de la violencia, hasta llegar a las agresiones físicas e incluso a la muerte,puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, durante el cual se incrementala pérdida de referencias, autoestima, seguridad personal, de manera que es difícil para la mujervíctima percibir y entender el significado y la trascendencia del proceso en el que está inmersa, asícomo el riesgo que corre*[28]*.*

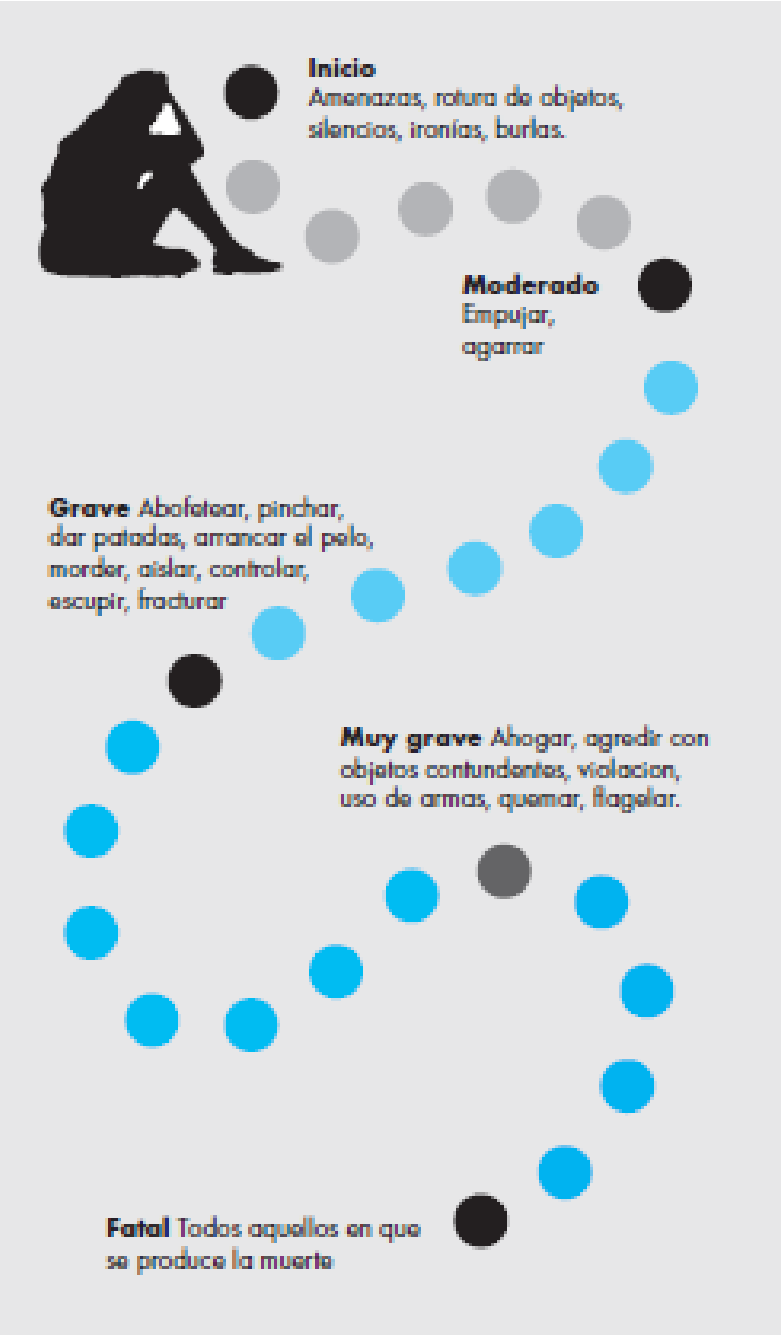
[28] Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. *Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género*, Gobierno de Canarias, Segunda edición diciembre de 2009.

A continuación se deberá representar gráficamente el ciclo de la violencia, procurando identificar con claridad los síntomas y riesgos que corre la mujer y sus hijos a medida que se intensifica la agresión.

CICLO DE LA VIOLENCIA



Una vez explicadas cada una de las etapas del ciclo de la violencia, se debe explicar con amplitud, la espiral de riesgos y las señales de alarma que corresponden a cada período, como se ilustra a continuación.



Fuente: Álvarez, A. *Guía para mujeres maltratadas,* 2002.

Ejercicio 8:

Se reparten las hojas tituladas “Formas de violencia y maltrato” que se encuentran en las siguientes páginas. Se solicita a todos los participantes que hagan una lectura individual y se les informa que tienen 10 minutos para terminarla. Al concluir la lectura se forman 6 equipos. La tarea de cada una es elaborar un cartel en el que se advierta a las mujeres acerca de que tales conductas constituyen violencia y no son naturales. Se concluye el ejercicio con una lluvia de ideas.

Ejercicio “Formas de violencia y maltrato”

Tácticas de presión:
Intimida, manipula a los niños, amenaza con retener el dinero.

Falta de respeto:
Interrumpe, no escucha, no responde, manipula la interpretación de tus palabras, increpa a tus amigos y familia. No respeta tus derechos ni tus opiniones.

Abuso de autoridad y confianza:
Invade tu intimidad, no respeta tu correspondencia, lee tu diario, escucha tus conversaciones telefónicas. Interroga a tus hijos sobre tus actividades, te castiga con el silencio.

Incumplimiento de promesas:
No respeta los acuerdos, no asume su responsabilidad, no colabora en el cuidado de los niños ni se compromete en los quehaceres domésticos.

Tiranía emocional:
No expresa sentimientos, no ofrece apoyo, no respeta tus sentimientos.

Control económico:
Te niega el derecho a trabajar o se inmiscuye en tu trabajo. Te impide el acceso al dinero.

Comportamiento destructivo de la personalidad:
Abusa del alcohol o las drogas. Amenaza de suicidio.

Aislamiento:
Evita o dificulta que puedas verte con amigas o familiares, controla tu correspondencia y llamadas telefónicas, te dice dónde puedes y dónde no puedes ir.

Acoso:
Te llama constantemente por teléfono en un afán enfermizo de controlarte. Te sigue.

Intimidación:
Gestos de enfado y amenazantes. Acercamiento físico intimidatorio, ostentación de tamaño físico. Gritos, conducción temeraria de vehículos.

Destrucción:

Destrucción de posesiones, rotura de objetos contra paredes.

Violencia sexual:

Trato degradante de tu sexo, coacción para mantener relaciones sexuales contra tu voluntad. (La violación puede o no involucrar fuerza física).

Violencia física:

Golpear, pinchar, tirar del pelo, abofetear, agarrar, morder, patear, fracturas óseas, magullar, torcer brazos, empujar, intentos de estrangulamiento, provocar abortos, tirar contra las paredes, tirar objetos, utilizar armas, quemar, asesinar.

Maltrato verbal:

Comentarios degradantes, insultos, observaciones humillantes sobre la falta de atracción física, la inferioridad o la incompetencia. Grita, insulta, acusa, hace burla, jura, hace gestos humillantes. Con el tiempo la humillación continuada destruye la autoestima y afecta seriamente la dignidad. La mujer maltratada comienza un proceso de aceptación de la crítica que termina con una comprensión y aprobación de la violencia como “castigo” por sus faltas. También incluye las amenazas de violencia física y estallidos verbales de violencia. Las amenazas de muerte son denunciadas frecuentemente por las víctimas de la violencia de género. Es un recurso muy utilizado por el maltratador y con frecuencia puesto en práctica.

Maltrato emocional:

Estrechamente relacionado con el maltrato verbal, está encaminado a despojar de la autoestima a la víctima. Incluye, la destrucción de objetos con un especial valor sentimental, maltrato de animales domésticos, privación de necesidades básicas (alimento, sueño…) insistencia en considerar a la víctima loca, estúpida o inútil. Culpar de todo lo que sucede. Mirar con desprecio; ignorar su presencia, manifestar celos y sospechas continuas. Dejar plantada, nunca darle explicaciones de nada, mentirle, inducirla al suicidio y/o amenazar con suicidarse él. Tratarla como a una niña pequeña. Elogiarla y humillarla alternadamente. Hacerle regalos y luego quitárselos. Desautorizarla frente a los hijos. Exigirle que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades. Golpear las puertas. Revisar sus cajones y pertenencias. Abrir la correspondencia personal y escuchar las conversaciones telefónicas.

El efecto es acumulativo y su reiteración con el tiempo tiene consecuencias destructivas en la personalidad de la víctima.

Maltrato económico:

Ocurre previo control de los recursos económicos. El maltratador generalmente entrega asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares y recrimina a la mujer por “incompetente” acusándola de no “administrar” adecuadamente.

Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre cómo distribuir el gasto del dinero.

Maltrato social:

Incluye el maltrato verbal en presencia de terceros, el control de las relaciones externas (familia, amigos, llamadas de teléfono). Sabotea los encuentros familiares. Impide que la acompañe a actividades o impone su presencia. No se hace esponsable de sus hijos/as. Se hace la víctima en público diciendo que ella lo maltrata. Denuncia a la policía a la víctima. Incluye el control constante de las actividades y provoca que la víctima se auto-aísle para no enfurecer al maltratador y así evitar "ponerse en evidencia" ante amigos o familiares. La víctima pasa a rendir cuentas de cada movimiento. El resultado para la víctima es la humillación pública y el auto-aislamiento.

4.- Guías didácticas por sesión de trabajo

Módulo 1. La violencia de género como un problema de salud pública

Objetivo:

- Que las y los prestadores de servicios de salud de Coahuila identifiquen los índices de violencia contra las mujeres que prevalecen en el Estado a fin de que puedan desarrollar estrategias de atención y prevención para abatir tales índices.

Tiempo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Sesión 1:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) La violencia contra las mujeres como un problema de salud pública	Exposición	40 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) Cifras sobre la violencia contra las mujeres en el mundo	Exposición	20 min
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
C) Definición de la violencia contra las mujeres y tipos de violencia	Exposición	40 min
Ejercicio 1	Trabajo en equipo	30 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	15 min

Sesión 2:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Recapitulación	Exposición dialogada para recordar los temas aborados en la sesión anterior y presentar los que se trabajarán en la sesión actual	10 min
A) Estadísticas nacionales y estatales de la violencia contra las mujeres	Exposición	40 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) Consecuencias para la salud de la violencia contra las mujeres	Exposición	20 min
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
C) La importancia del papel que desempeñen los profesionales de la salud en la prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres	Exposición	40 min
Ejercicio 2	Trabajo en equipo	30 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	15 min

Módulo 2. Contexto internacional y marco jurídico nacional y estatal para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres

Objetivo:

- Que las y los participantes conozcan el marco internacional, así como el marco jurídico nacional y estatal que establece obligaciones para los gobiernos en materia de violencia contra las mujeres, e identifiquen las responsabilidades que se definen para los profesionales de la salud, en las políticas, planes, programas y normas gubernamentales del sector salud.

Tiempo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Sesión 3:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Recapitulación	Exposición dialogada para recordar los temas aborados en la sesión anterior y presentar los que se trabajarán en la sesión actual	10 min
A) Instrumentos y acuerdos internacionales relacionados con la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.	Exposición	90 min
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
Ejercicio 3	Trabajo en equipo	50 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	15 min

Sesión 4:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) Leyes y programas federales relacionados con la equidad de género y la erradicación de la violencia contra las mujeres	Exposición	40 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) Programa de Acción Específico 2007-2012 de la Secretaría de Salud. Prevención y atención de la violencia familiar y de género	Exposición	20 min
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
C) La NOM 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención	Exposición	40 min
Ejercicio 4	Trabajo en equipo	30 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	15 min

Módulo 3. Modelos de atención y protocolos

Objetivo:

- Que las y los profesionales del sector salud, conozcan el Modelo de Atención elaborado por el gobierno federal, así como protocolos y herramientas que pueden ayudar a eficientar las estrategias de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres.

Tiempo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Sesión 5:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) El Modelo de Atención del Gobierno Federal	Exposición	60 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) Protocolos de atención	Exposición	60 min
Ejercicio 5	Trabajo en equipo	30 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	10 min

Sesión 6:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) Factores de riesgo	Exposición	60 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) Las mujeres que permanecen junto al agresor	Exposición	60 min
Ejercicio 6	Trabajo en equipo	30 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	10 min

Módulo 4. Capacidad instalada e infraestructura disponible para prevenir y atender casos de violencia contra las mujeres

Objetivo:

- Que las y los participantes conozcan los recursos humanos, técnicos y de infraestructura con los que cuenta el sector salud de Coahuila para prevenir, atender y dar seguimiento a los casos de violencia contra las mujeres.

Tiempo: 6 horas divididas en dos sesiones de 3 horas cada una.

Sesión 7:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) Experiencia institucional en materia de prevención, atención y seguimiento de la violencia contra las mujeres	Exposición	90 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
Ejercicio 7	Trabajo en equipo	50 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	10 min

Sesión 8:

TEMA	ACTIVIDAD	TIEMPO
Introducción	Presentación y encuadre	10 min
A) Estrategias de prevención	Exposición	90 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
B) El ciclo de la violencia	Exposición	90 min.
Preguntas y comentarios de los participantes	Exposición dialogada	10 min
Ejercicio 8	Trabajo en equipo	50 min
Conclusiones y cierre	Lluvia de ideas	10 min

ANEXO

Instancias que podrían formar parte de las redes de apoyo del Sector Salud para dar continuidad a la atención de las mujeres sobrevivientes de violencia.

1.- Procuraduría General de Justicia del Estado de Coahuila.

Se instalaron 6 módulos de atención externa a las víctimas de violencia en agencias del Ministerio público de distintas regiones del estado. Estos módulos ofrecen asesoría y acompañamiento legal a las mujeres que solicitan el servicio

Región	Municipio	Horario de Atención	Domicilio	Telefonos
Sureste	Saltillo	9:00 a 5:00 p. m	Carretera Torreón, K. m 2.5	(844) 4347470
Laguna	Torreón	9:00 a 5:00 p. m	Periférico Raúl López Sánchez, K.m 3+900, fraccionamiento los viñedos.	(871)1801208
Laguna	Matamoros	9:00 a 5:00 p. m	Ave. Treviño 350 Pte. Col. Obrera	(871) 1829153
Carbonífera	Sabinas	9:00 a 5:00 p. m	Gustavo Espinoza Esq. con Ocampo No. 1707, colonia del Valle.	(861) 6122269
Carbonífera	San Juan de Sabinas	9:00 a 5:00 p. m	Calle Orizaba, local 4, colonia Independencia.	(861) 1030432
Norte	Piedras Negras	9:00 a 5:00 p. m	Blvd. República No. 1908, colonia tecnológico.	(878) 7869682
Norte	Acuña	9:00 a 5:00 p. m	Edificio de la Policia Estatal. Av.Jorge Luis Flores Enriquez S/N Col.Aeropuerto	(877) 7738611
Centro	Monclova	9:00 a 5:00 p. m	Hidalgo, esquina con Pipila, s/n, zona centro.	(866) 6332120

2.- Organizaciones e instituciones que ofrecen servicios de atención a la violencia de género en Coahuila[29]

- Centro de Derechos Humanos “Juan Gerardi” : Torre de Cristo No. 333, Col. Las Torres
- Centro Sí Mujer: Orquídeas No. 100 Col. Torreón Jardín
- DIF Municipal (Agencia de Desarrollo de Género): Blvd Revolución Pte. 639 col Centro.

[29] Este directorio se tomó de la página del Observatorio de Violencia Social y de Género del Estado de Coahuila. Disponible en: http://sitio.lag.uia.mx/publico/seccionesuialaguna/vidauniversitaria/observatorio/index.html

- DIF Multifuncional la Rosita: Blvd. Independencia Pte. 2232, Col Nueva Rosita.
- Espíritu que Danza: Av. Juan Lobo de Valle 1851 Col. Rincón la Merced
- Instituto Coahuilense de las Mujeres: Fco. I. Madero 835, Zona Centro
- ICOJUVE Región Laguna: C. Morelos y Colón Pte, Col. Centro.
- Juzgado de primera Instancia Especializado en Adolescentes: C. Mimbres entre Flores y Los Comerciantes, Col. Villa La Merced.
- Mujeres Solidarias en la Acción Social A. C.: P. de los Calvos 340 Int. A, col. Ampl. La Rosita
- SICAM y 066: C. Bravo y Periférico S/N
- Tribunal de Justicia Municipal: Calle Delicias y Calz, Colón.
- Comision de Derechos Humanos del Estado de Coahuila: Matamoros Ote. 648, Zona Centro
- DC

3.-Referentes para refugios

- Red Nacional de Refugios. http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=59

4. Recursos estadísticos

- Cámara de diputadoshttp://www.diputados.gob.mx/documentos/Congreso_Nacional_Legislativo/delitos_estados/La_mujer_coahuila.pdf
- Centro de estudios para el adelanto de las mujeres de la Cámara de Diputados http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/006_centros_de_estudio/05_centro_de_estudios_para_el_adelanto_de_las_mujeres_y_la_equidad_de_genero
- Sistema de información sobre violencia de género http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/violencia/index.html
- Secretaría de Salud. Centro nacional de equidad de género y salud reproductiva http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas sobre desigualdad de género y violencia contra las mujeres http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/Default.asp?accion=1&upc=702825001645
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/index.html