



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO



13ª Reunión

Washington, D.C., 5-7 de abril de 1993

Tema 7 del programa provisional

MSD13/6 (Esp.)

9 marzo 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

**LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS: ANALISIS  
Y PROPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PUBLICA**

La violencia contra las mujeres y las niñas es un problema de salud pública que empieza a sensibilizar al sector. Este problema ha permanecido oculto por muchas razones que impiden conocer su real magnitud. El documento busca esclarecer algunas de las dificultades que se originan en las concepciones y prácticas sanitarias sustentadas en el modelo biomédico y otras en las concepciones comunes acerca de la afectividad, el mundo privado y la familia, estas últimas compartidas por el personal de salud y aun por las mismas mujeres víctimas o vulnerables al maltrato.

No obstante la invisibilidad social del problema, los organismos internacionales del sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales femeninas y académicas, y algunos sectores oficiales estudian el impacto lesivo de la violencia contra las mujeres y las niñas, tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista emocional, en la autoestima femenina, en el grupo familiar y las demás esferas relacionadas con las mujeres, y en la participación de éstas en el desarrollo.

La violencia contra las mujeres y las niñas, en sus múltiples manifestaciones, constituye una forma de relación social que inhibe el pleno desarrollo humano de las mujeres y las niñas en cuanto es una forma de negación extrema del derecho a la vida, a la libertad y a la integridad y la dignidad humanas.

A partir del análisis de esta problemática, se presenta a consideración del Subcomité una propuesta de estrategias y líneas de acción dirigidas a colocar el tema de la violencia contra las mujeres en el centro de las agendas del sector salud. Se busca con ello la movilización de esfuerzos orientados a la prevención del problema, la atención y la rehabilitación de las sobrevivientes, la asistencia a las mujeres y a las niñas vulnerables o en situaciones de riesgo y a su grupo familiar, y la resocialización de los agresores para la convivencia.

## **LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS: ANALISIS Y PROPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PUBLICA**

### **I. ANTECEDENTES**

Organizaciones del movimiento social de las mujeres y del sistema de las Naciones Unidas han puesto de manifiesto en las últimas décadas la problemática que en diferentes órdenes plantean las diversas formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

Pese a los avances logrados en la incorporación de las mujeres al desarrollo, persisten multiplicidad de formas de discriminación y negación activa de los derechos humanos fundamentales de las mismas.

La violencia contra las mujeres y las niñas es considerada, por unas y otras, como una forma extrema de negación de derechos y expresión de los desajustes profundos que existen en las relaciones entre los seres humanos.

La problemática de la violencia contra las mujeres y las niñas, no obstante los esfuerzos por elevarla a asunto importante de la agenda política de los gobiernos, hace parte de los temas invisibles para las autoridades sanitarias, educativas y aun policiales.

A esta situación contribuye la existencia de concepciones, prácticas y prejuicios que legitiman y subvaloran el ejercicio de la violencia contra las mujeres y las niñas, que van desde considerarla un asunto de carácter privado hasta la tolerancia de la misma como el ejercicio de un derecho, una pedagogía, por parte de los varones adultos del grupo familiar, laboral, escolar, etc.

Por otra parte, el centrismo de la práctica sanitaria en la lesión dificulta o minimiza su percepción como un fenómeno que involucra las relaciones humanas básicas, la familia, la pareja, y provoca daños en la salud física, mental y social de los individuos y los grupos.

Las estimaciones logradas tanto por las organizaciones no gubernamentales como por organismos especializados de las Naciones Unidas coinciden en afirmar que existe un importante subregistro sobre los eventos de violencia que impactan la calidad de vida de las mujeres y las niñas.

No obstante el subregistro anotado, investigaciones procedentes, fundamentalmente de las organizaciones no gubernamentales y de los organismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, revelan el drama en sus aspectos más notorios.

Los aspectos cualitativos se refieren al carácter que asumen los vínculos humanos existentes entre hombres y mujeres, cuando la violencia se instala como forma básica de relación social e instrumento expedito para la resolución de los conflictos y la legitimación del poder-dominación, en un ordenamiento social en donde persisten múltiples formas de discriminación y subordinación de las mujeres.

Recientemente, el primer seminario centroamericano sobre la violencia contra las mujeres como problema de salud pública, e investigaciones realizadas en la última década apoyándose en los escasos registros policiales y de los servicios de emergencia en los centros hospitalarios, así como investigaciones en grupos de mujeres de diversos países del continente, hacen manifiesta la magnitud del problema, su impacto sobre la calidad de las relaciones familiares y sociales de los actores involucrados en los eventos de violencia, y sobre su vida como unidad biopsíquica.

## **II. SITUACION ACTUAL**

Las investigaciones dan cuenta fundamentalmente de aspectos relacionados con la violencia contra las mujeres en la familia y de manera particular de la violencia contra los menores y las niñas.

Algunas de las conclusiones a que han llegado las diferentes investigaciones y acerca de las cuales existen importantes coincidencias son las siguientes:

1. Entre el 50 y el 80% de las mujeres manifiestan haber sufrido alguna forma de maltrato (violencia, incesto, insultos, golpes, etc.).
2. En 70-90% de los casos, el maltrato contra las mujeres proviene de sus compañeros o convivientes en el hogar.
3. El grupo de edad más vulnerable al maltrato en el hogar es aquel que se encuentra entre los 20 y los 39 años, y en general se trata de maltrato conyugal.
4. El maltrato contra la mujer-esposa en el hogar, se asocia con frecuencia al maltrato infantil. El maltrato es alegado como una de las causas más frecuentes de divorcio.
5. Se ha identificado que tanto agresores como víctimas proceden de historias familiares expuestas a la violencia, pero antes que hablar de la violencia como patrón hereditario habría que enunciarla como una conducta aprendida y transmitida socialmente.

6. El maltrato conyugal y el abuso sexual, más que hechos al azar o aislados en la vida de las mujeres y las niñas, constituyen una forma de relación sistemática.
7. Las investigaciones revelan que las denuncias recibidas en diferentes oficinas de medicina legal de países centroamericanos provienen fundamentalmente de menores agredidos sexualmente. Asimismo, se revela que el victimario, en más del 70 % de los casos, era un familiar o conocido, varón adulto, con frecuencia el padre. Aunque hay abuso sexual de niños en cerca del 80 % de los casos el abuso sexual recae en las niñas. El grupo de edad más vulnerable al abuso sexual de niñas se encuentra entre los 11 y 16 años, mientras que los niños abusados se encuentran con mayor frecuencia entre los 5 y los 9 años, y el abuso de estos suele proceder de desconocidos.
8. Las violaciones de mujeres y niñas en más del 50 % de los casos son perpetradas por familiares o conocidos en casa de la víctima. Los fuertes sentimientos de culpa de las víctimas suele inhibir la búsqueda de apoyo legal, psicosocial y médico, de manera que la mayoría de ellas carecen de atención integral.
9. Algunas investigaciones han asociado el embarazo adolescente, y en particular el embarazo no deseado, al abuso sexual.
10. Entre el 45 y el 60 % de todas las víctimas femeninas de homicidio fueron asesinadas en el entorno familiar y muy frecuentemente el asesino fue el otro conyuge.
11. El agresor no es, en general, un enfermo mental, un marginal o desconocido, suele, con más frecuencia de lo que usualmente se piensa, ser alguien allegado afectivamente a la víctima (compañero, esposo, padre, pariente).
12. La mayoría de las violaciones a la integridad física, mental y social de las mujeres no son consideradas violaciones de los derechos humanos, o delitos contra la vida, y permanecen impunes y sin la adecuada asistencia médica, psicológica y legal.

La violencia contra las mujeres y las niñas constituye una forma de relación cotidiana en la vida afectiva y familiar. La violencia como forma de negación de derechos de las mujeres y las niñas se asocia a los lugares subordinados que ocupan en las relaciones sociales de poder, tanto en el espacio familiar como en los diferentes espacios públicos, tales como la escuela, el trabajo, la calle o el sistema de salud.

La situación es extremadamente compleja, máxime cuando las investigaciones revelan que la familia constituye un espacio social en donde la violencia contra los débiles del grupo tiene su asiento. En el mismo sentido se pronuncian los que estudian el maltrato infantil.

Aunque existe acuerdo acerca de la multiplicidad de causas que se asocian al mismo, varios trabajos coinciden en afirmar que la violencia contra las mujeres y las niñas se orienta a perpetuar relaciones de dominación y de discriminación en su contra; así como a perpetuar privilegios masculinos. Esta se asocia tanto a la exaltación de la masculinidad como a la feminidad alienada, y al complejo sistema de valores, prácticas y símbolos que la acompañan.

La violencia contra las mujeres y las niñas se ejerce en los más diversos espacios sociales: la pareja, la familia, la escuela, el trabajo, el sistema de salud, cada espacio social. Asimismo, las formas de violencia son múltiples (política, sexual, familiar, racial, económica) razones por las cuales se ameritan tratamientos e investigaciones específicas y la adopción de diversas estrategias según las particularidades, sectores e instituciones comprometidas en su prevención y atención, por ejemplo: el hostigamiento sexual en el trabajo exigiría la intervención de empresarios, asociaciones de empleados y organizaciones sindicales; el chantaje sexual en los centros de estudio exigiría el compromiso activo de las autoridades escolares, estudiantes y asociaciones de padres. En el sistema de salud el abordaje exigiría al menos dos dimensiones simultáneas, una hacia el interior del sistema mismo como reproductor de prácticas discriminatorias contra las mujeres, incluidas las mujeres prestadoras de servicios de salud, y otra hacia las usuarias de los servicios de salud en su calidad de demandantes de atención para sí mismas u otros miembros del grupo familiar.

### **III. EL SECTOR SALUD Y LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS**

Una concepción integral de salud da cuenta de la complejidad de factores de diferente naturaleza biopsicosocial que impactan la calidad de vida de los seres humanos. Esta concepción no es solo reparativa, o centrada en el tratamiento de la enfermedad; se dirige a intervenir en los vínculos sociales que establecen los seres humanos entre sí y con el ambiente que impacta la salud y la calidad de vida.

En este marco, el sector salud ha de considerar que la violencia contra las mujeres y las niñas deteriora no solo su entidad física, sino además su vida emocional, afectiva y social, a fin de ofrecer respuestas adecuadas y oportunas.

El impacto de la violencia sobre la salud y la vida, como forma de negación de derechos, es múltiple y no se limita al cuerpo femenino, sino que es de carácter radial, y lesiona la afectividad y la vida relacional. En primera instancia, constituye la violación del derecho humano a la salud y del derecho al goce de condiciones plenas que posibiliten el pleno desarrollo en términos de llevar una vida digna.

Los investigadores destacan que la violencia contra las mujeres y las niñas deteriora la integridad de la personalidad femenina, menoscaba la autoestima, la autonomía y la autodeterminación femeninas, en particular sobre el cuerpo, la sexualidad y la afectividad, lo que constituye un atentado contra la libertad y la dignidad como seres humanos.

Estudiosos del tema de la mujer en el desarrollo señalan que es también importante anotar que la violencia inhibe la participación femenina en la toma de decisiones, tanto en el grupo familiar como en otros espacios de la acción humana: el trabajo remunerado, actividades comunitarias, liderazgo social y político, marginando y dificultando la mayor incorporación de las mujeres al desarrollo socioeconómico de sus comunidades locales o regionales y su propio desarrollo como sujetos de derechos.

La participación femenina en actividades fuera del hogar suele pretextarse como razón de la violencia contra las mujeres y fuente de conflicto intrafamiliar.

Algunas de las evidencias del impacto sobre la salud de las mujeres son las siguientes.

1. Lesiones físicas de diverso tipo que atentan contra la integridad biopsicosocial de las mujeres y las niñas, causando daño y aun la muerte. El homicidio de mujeres a mano de sus conyuges está precedido de historiales continuados de maltrato físico.
2. Las mujeres maltratadas sufren más abortos que mujeres no maltratadas. Una de las "razones" aducidas para el maltrato por los conyuges es el embarazo no deseado.
3. La violencia contra las mujeres y las niñas coloca en peligro la unidad del grupo familiar, su estabilidad y permanencia como grupo.
4. El impacto psicológico se dirige a la autoestima femenina, deteriorando la capacidad de obrar por sí misma y genera sentimientos de incompetencia.
5. Los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que son víctimas de malos tratos que las demás.
6. Las mujeres abusadas tienen mayor riesgo de caer en el consumo de alcohol y otras sustancias dañinas para la salud.
7. Las mujeres maltratadas son susceptibles a la depresión y revelan personalidades desarticuladas e inseguras. Algunos investigadores hablan del síndrome de la mujer maltratada, síndrome traumático de mujer abusada y síndrome traumático de mujer violada.

8. Las mujeres maltratadas manifiestan grandes temores, angustias y ansiedad que con frecuencia las paraliza para actuar en su propia defensa e inhibe su autonomía volitiva.
9. La violación, el abuso sexual y el maltrato sexual se opone al ejercicio de una sexualidad libre y sana, expone a las mujeres a embarazos no deseados y a enfermedades de transmisión sexual-SIDA, y en tal sentido repercute negativamente en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
10. La violencia en muchos casos inhibe la decisión de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos, la elección del cómo, cuándo y con quién tener o no relaciones sexuales, hijos o relaciones afectivas, es decir, se opone a la soberanía femenina sobre su vida sexual y afectiva.

La identificación de esta problemática exige respuestas multisectoriales si se considera que el hecho violento está precedido de un proceso en el que intervienen prácticas de socialización, valoraciones sexistas, legislaciones permisivas, etc.; son los efectos lesivos de historias de violencia que tienen su gestación y desarrollo en otros espacios de la vida social. No obstante, el sector salud, cuya preocupación trasciende el manejo de la lesión, deberá además intervenir para prevenir su impacto en la calidad de vida de las mujeres y las niñas.

Existe consenso, tanto en los organismos especializados de las Naciones Unidas como en las organizaciones no gubernamentales, de que la violencia contra las mujeres y las niñas constituye un problema de carácter multidimensional: jurídico, ético-moral y de salud, es decir un problema en términos de derechos, desarrollo humano y socio-económico de más de la mitad de la población del planeta, que requiere la atención prioritaria de las autoridades sanitarias, educativas y legislativas. No obstante las recomendaciones internacionales y la preocupación creciente de la conciencia organizada de las mujeres acerca de la magnitud de su problema, este no ocupa aún un lugar de privilegio en la agenda política de los gobiernos.

Las respuestas institucionales son escasas y tímidas, tanto en lo que toca al ordenamiento legal como en la asistencia y rehabilitación de las víctimas por parte del sector salud, y aun en los programas de prevención de la violencia intrafamiliar. Entre 1988 y 1990, ISIS Internacional, adelantó un estudio-censo acerca de los programas, que de alguna manera daban respuesta a la problemática de la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, encontrando que había 87 programas de ONGs, solo 15 de entidades gubernamentales, 4 de instituciones académicas y 3 como redes regionales: un total de 109.

Tal como se deriva de dicha investigación, la respuesta institucional es insuficiente, lo que demandaría una intervención decidida de carácter afirmativo para crear y/o reorientar los servicios de salud, a fin de dar respuestas de amplio espectro: prevención, atención y rehabilitación de las víctimas.

#### **IV. PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCION**

En esta sección se presentan algunas proposiciones relativas a líneas de acción frente al problema que podrían ser consideradas por los países, así como también, posibles líneas de cooperación técnica, algunas de las cuales podrían ser abordadas por la OPS.

##### **1. Elaboración y adopción por parte de los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas**

Con fundamento en los instrumentos jurídicos y legales que a nivel internacional recomiendan la protección de la mujer contra el maltrato y cualquier otra forma de discriminación, se propone trabajar en la dirección de dotar al sector de una Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas a fin de desarrollar de manera creativa dichos instrumentos. Se tomaría en cuenta en particular la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, considerada la carta magna de los derechos humanos de las mujeres, y las Estrategias de Nairobi Orientadas hacia el Futuro para el Adelanto de la Mujer. Las recomendaciones de organismos internacionales, pese a los esfuerzos para su difusión, todavía circulan entre públicos reducidos.

La Carta propuesta es considerada como un instrumento pedagógico y de educación, que consigna los compromisos del sector salud con las mujeres y señala la orientación de las políticas y programas que desde el sector pueden impulsarse para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud por parte de las mujeres del continente. La intención es transformar los servicios de salud en instrumentos que hagan posible que la mujer ejerza sus derechos en salud.

La Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas deberá consignar expresamente:

- El derecho de las mujeres a decidir libremente sobre los asuntos que competen a su vida, su cuerpo, su afectividad, su sexualidad y su salud.



- El derecho a una educación en salud que favorezca la autonomía y la autodeterminación femenina, y el autocuidado fundado en el amor propio en beneficio de su reafirmación como sujeto de derechos.
- El derecho a una atención integral, de acuerdo a sus necesidades específicas, según edad, étnia, clase social, lugar de procedencia y orientación sexual.
- El derecho a recibir en los servicios de salud un trato digno que tenga en cuenta las particularidades de su historia biopsicosocial y garantice el respeto a su intimidad y su privacidad.
- El derecho a la libre opción a la maternidad deseada y sin riesgo.
- El derecho a no ser discriminada en razón del ejercicio de la sexualidad y a ser respetada en sus opciones frente a la reproducción.
- El derecho a que los procesos asociados a su condición biológica, tales como la menstruación, la gestación, el parto, el puerperio, la menopausia y el envejecimiento sean tratados como procesos naturales y no como enfermedades.
- El derecho a una información adecuada y suficiente para el ejercicio de una sexualidad libre y sin riesgos, gratificante y responsable no supeditada a la reproducción.
- El derecho a servicios de salud que atiendan de manera integral la problemática de las mujeres víctimas de maltrato o en situación de riesgo, esto es, acceso a programas de prevención de las diferentes formas de maltrato, atención y rehabilitación.

#### **Líneas de acción:**

Los países podrían considerar las siguientes acciones en el corto y el mediano plazo, siempre desde la perspectiva del desarrollo de actividades, primeramente individuales, que respondan a la especificidad de la situación propia de cada país.

- a) Realización de reuniones consultivas con los organismos especializados y las organizaciones no gubernamentales de promoción de la mujer que trabajen en el tema de los derechos de la mujer, para estimularlos a presentar sus iniciativas.
- b) Conformación de comisiones de alto nivel, de carácter interdisciplinario, a fin de orientar los procesos de consulta nacionales.

- c) Celebración de eventos nacionales, regionales o locales acerca de los derechos en salud de la mujer, en donde se divulgarán los instrumentos internacionales sobre la no discriminación, haciendo particular énfasis en el derecho a la salud como parte sustantiva del derecho a la vida. Esta es una de las maneras de contribuir, desde la perspectiva de la salud, a que sean conocidos y aplicados por el sector.
- d) Planes educativos del sector salud que contemplen en sus agendas la inclusión de la temática de la mujer y en particular de sus derechos humanos, entre los que el derecho a la salud aparezca como un derecho fundamental.
- e) Búsqueda de mecanismos que posibiliten una amplia participación en el debate de la propuesta de Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas, a las organizaciones, gremios y asociaciones de trabajadoras(es) del sector, a fin de sensibilizarlos acerca de la situación de los derechos en salud de la mujer.

## **2. Coordinación y concertación de políticas y programas de intervención**

Tal como ya se ha señalado, la problemática que plantea la violencia contra la mujer es de profunda naturaleza cultural, no compete por tanto únicamente al sector salud. Los esfuerzos a realizar, liderados por el sector salud, deben ser intersectoriales dada la multiplicidad de formas y lugares de ejercicio. Las amplias movilizaciones sociales son necesarias para el impulso de políticas, planes y programas globales de prevención, por parte del Estado y la sociedad civil.

Los medios de comunicación, instituciones de bienestar social y familiar, partidos y organizaciones políticas, instituciones científicas, académicas y profesionales, organizaciones no gubernamentales de mujeres y de defensa de los derechos humanos, iglesias, organizaciones voluntarias para la asistencia en salud, etc., en un haz de voluntades, deberán coordinar esfuerzos a fin de potenciar sus recursos y dar respuestas más eficaces a esta problemática.

**Líneas de acción sugeridas para los países:**

- a) Incentivar las distintas instituciones gubernamentales y de la sociedad civil para que realicen diagnósticos acerca de la situación de la violencia contra las mujeres y las niñas en los distintos escenarios sociales.
- b) Impulsar la divulgación de la problemática a través de los medios masivos de comunicación del conocimiento, y estimular a las instituciones académicas y científicas para que presenten sus investigaciones y recomendaciones relativas a prevención, asistencia y rehabilitación.

- c) Propiciar reuniones de trabajo intersectoriales para avanzar en el conocimiento del problema de la violencia contra las mujeres y las niñas y en la adopción de planes que comprometan a los diversos sectores sociales.
- d) Impulsar la creación, bajo el liderazgo del sector salud, de instancias nacionales de coordinación de los diferentes programas de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia, en los sectores oficiales, no gubernamentales, eclesiales y privados, a fin de potenciar sus recursos y sus alcances propugnando por la presentación de iniciativas legislativas, educativas y de salud. Estos mecanismos podrán ser de carácter interinstitucional. Igualmente se alentaría a las organizaciones no gubernamentales a participar en tales esfuerzos.
- e) Introducir modificaciones en el ordenamiento legal, ya que las normas de los diversos países tienen concepciones que se mueven en los marcos patriarcales que favorecen la impunidad frente a los crímenes contra la mujer, y que se expresan en una inadecuada respuesta legal a la problemática que favorece la impunidad.
- f) Abordar el hostigamiento sexual como un problema laboral y considerarlo como una forma de discriminación que incumbe a las organizaciones sindicales, toda vez que afecta la seguridad en el empleo. Se recomienda a las organizaciones sindicales la adopción de una cláusula convencional en donde los empleadores se comprometan a "asegurar que sus empleados sepan que el hostigamiento sexual constituye un comportamiento inaceptable en el seno de la empresa" y a establecer sanciones contra aquellos que emprenden una actividad cualquiera de las señaladas como hostigamiento. Además, solicitar el compromiso de los empleadores para cambiar de lugar de trabajo al instigador y no a la víctima.
- g) Buscar aproximaciones del sector salud con el sector responsable del bienestar social y familiar, con instituciones tales como comisarías de familia, bienestar familiar, etc. En este sector se considera muy importante cuestionar el concepto tradicional de familia: el maltrato al menor puede conducir a desconocer el maltrato a la madre. Puede haber cierta fijación en conservar la unidad familiar a costa del equilibrio e integridad de la mujer y a perpetuar su condición de subordinación dentro del grupo.
- h) Establecer enlaces entre el sector salud y el sector educativo para la conformación de experiencias de formación para la vida que estimulen el ejercicio de la autonomía y la autodeterminación, en especial para el ejercicio de la sexualidad, y contribuyan a destruir la mistificación y estereotipos de lo femenino y lo masculino, y permitan generar destrezas para el manejo adecuado de los conflictos intrafamiliares.

i) Impulsar, mediante la coordinación de esfuerzos y recursos de las autoridades del sector salud y del sector educativo, la conformación de colectivos de trabajo en los centros de educación primaria y secundaria que aborden la temática de la sexualidad humana y los derechos de la mujer, con énfasis en los derechos en salud de la mujer, a fin de permitir el debate transparente de asuntos como la violación, el incesto, el maltrato físico y el acoso sexual en la escuela y en la familia. Estos colectivos fomentarán la formación en el respeto de la diferencia.

Estas acciones son de carácter fundamental si se considera que estos años son definitivos en la formación de la personalidad del adulto(a). Es allí en donde se funda la posibilidad de construirse como seres capaces de aceptar al otro y a la otra en la convivencia y respeto mutuo, tanto como en la aceptación de sí misma y de sí mismo como principio del reconocimiento del otro y la otra.

j) En sentido similar, es importante introducir como parte de la formación universitaria de pregrado y de posgrado cátedras que aborden los vínculos humanos desde la perspectiva del poder y su impacto sobre la salud, teniendo en cuenta las diferencias de género. En la misma dirección, abogar por la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de lo social y en la reflexión en las ciencias de la salud de los aspectos sanitarios y educativos.

### **3. Desarrollo de modelos de servicios de salud para mujeres y niñas víctimas de la violencia**

a) Los organismos de salud deberán incrementar sus programas de atención y prevención en salud mental y educación para el sano ejercicio de la sexualidad, para lo cual es urgente la ampliación de los servicios asistidos por profesionales de las áreas psicológica y social.

b) Es necesario establecer y consolidar los enlaces entre el sector salud y el sector jurídico en dirección a la atención inmediata de las víctimas de la violencia. Es urgente enlazar los servicios jurídicos institucionales y los consultorios de medicina legal con los servicios de salud de emergencia, a fin de retroalimentarse mutuamente. A su vez, los servicios de asistencia legal tendrán que colocarse en condiciones de orientar y remitir hacia el sector salud a las víctimas o mujeres y niñas vulnerables a la violencia que, en primera instancia, se dirijan allí.

c) Los funcionarios del sector salud deberán informarse acerca de cómo proceder a interrogar y a dónde remitir a las víctimas de la violencia, y desde el punto de vista legal orientarlas a otras instituciones que ofrezcan ayuda. En la misma dirección se debe capacitar y orientar a los funcionarios del área jurisdiccional.

- d) Es necesario impulsar programas de capacitación y adiestramiento de los funcionarios y prestadores de servicios a quienes el estado encarga la responsabilidad de atención de las mujeres, con énfasis en los sistemas locales de salud.
- e) Es importante plantear la búsqueda de estrategias pedagógicas dirigidas a los agresores con fines rehabilitatorios, que busquen programas para enseñar al hombre a controlar su agresividad. Los programas de rehabilitación se dirigen fundamentalmente a mujeres agredidas, pero puede resultar interesante también considerar como sujeto de intervención al agresor. En esta dirección, puede experimentarse con grupos de autoayuda masculinos dirigidos a cuestionar los estereotipos de masculinidad y de feminidad.
- f) Los servicios de salud deberán hacer lo que esté a su alcance para colocar, literalmente, en las manos de las mujeres agredidas, la información acerca de los recursos institucionales internos y externos para asistirlos. Las medidas de prevención comprenden información pública, programas educativos dirigidos a estimular la autonomía y autodeterminación femeninas sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su afectividad con el fundamento en el amor propio.
- g) El sector impulsará la confección de directorios de recursos de salud, legales, gubernamentales y no gubernamentales, para la asistencia de las víctimas de maltrato, a fin de difundirlos ampliamente entre la población que acude a los servicios. Asimismo, se ocupará de su difusión masiva a través de los medios de comunicación, iglesias, organizaciones comunitarias, etc.
- h) La oferta en ambos sectores podrá contemplar refugios, líneas telefónicas de apoyo durante las 24 horas del día (pueden ser atendidas por personal voluntario, en servicio social, estudiantes entrenadas, etc.) consejerías, rehabilitación de las sobrevivientes y respaldo a las mujeres y niñas víctimas de la violencia, así como a aquellas en situaciones de alto riesgo.
- i) Se debe trabajar en la caracterización de situación de alto riesgo que considere entre sus criterios la historia familiar, el número de episodios violentos, el consumo de psicofármacos, el ejercicio de la autoridad, etc. Los organismos internacionales recomiendan considerar además como situaciones de vulnerabilidad femenina frente a la violencia aquellas en las cuales la mujer es discriminada por razones étnicas, su condición como migrante, refugiada o desplazada, situación de embarazo, edad, invalidez, pobreza, situación de conflicto armado o de privación de su libertad.
- j) Hay que apoyarse en la experiencia de las organizaciones de promoción de la mujer. Las instituciones de salud tienen una limitada capacidad de respuesta frente a la problemática de la violencia contra la mujer, tanto en el orden preventivo como de

atención, y deberán recoger la experiencia práctica y teórica de las organizaciones no gubernamentales. La fortaleza de las ONGs radica en su amplia experiencia en la capacitación y en la educación, tanto de grupos de mujeres como de sectores institucionales, en aspectos como formación de monitoras, tramitación judicial de casos, y grupos de autoayuda, investigación y asesoramiento.

k) En enlace con los organismos policiales especializados y los consultorios jurídicos de servicio social de los programas de formación universitaria, puede ofrecerse en los centros y unidades de salud asistencia legal a las mujeres y niñas maltratadas, para lo cual se requiere entrenamiento previo de los funcionarios responsables de la atención a las mujeres.

l) El establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica permitirá la detección oportuna de las mujeres agredidas o de mujeres y niñas en situaciones de riesgo. La mujer agredida puede ingresar a los servicios de salud en caso extremo por emergencias, pero es necesario no olvidar que la detección de mujeres agredidas ocurre fundamentalmente en la consulta externa, se trata, entonces, de diseñar preguntas de control y sistemas de vigilancia que permitan identificarlas, a fin de ofrecer el acompañamiento institucional necesario, tanto desde el punto de vista psicológico como social.

El registro y seguimiento tiene el objeto de nutrir el sistema de vigilancia pero, además, el levantamiento de estadísticas que sirvan de base de datos a las investigaciones sobre el tema permiten aproximarse aun más al problema, a fin de difundir los resultados entre la ciudadanía para incrementar la conciencia sobre el problema.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica para mujeres maltratadas deberán diseñar registros propios que no solo consignen el tipo de lesión, hora del acto, historia y repetición, sino que además identifiquen con claridad el vínculo de la víctima con el agresor. Aunque el sistema de vigilancia se centre en la víctima, el objeto de la intervención son las relaciones sociales en que está inmersa y que hacen posible su victimización, a fin de determinar los campos de intervención.

m) La participación comunitaria es fundamental al establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica en los sistemas locales de salud. Las organizaciones de promoción de la mujer y otras organizaciones en que tradicionalmente participa la mujer, la mayoría de las veces invisibles (asociaciones de padres de familia vinculadas a las escuelas, organizaciones asociadas a la iglesia, cruz roja, voluntariados, etc.), pueden convertirse en elementos fundamentales del proceso de acompañamiento de mujeres maltratadas.

n) En las barriadas las mujeres organizadas pueden constituir redes de referencia a los sistemas locales de salud, a las comisarias de familia o a las inspecciones de policía o instituciones afines, donde las haya. Igualmente, las instituciones de mujeres y las organizaciones pueden contribuir a la desactivación de la impunidad oficial frente a la violencia contra la mujer. Además, con el apoyo de las diversas instituciones del estado, pueden impulsar campañas educativas acerca de los derechos de la mujer y las niñas.

o) Los grupos de autoayuda de mujeres agredidas, violadas o maltratadas son formas de autogestión en donde ellas asumen como asunto de su competencia, como sujetos, el enfrentamiento de la violencia y sus vínculos con esta. Un planteamiento en común de los hechos aislados que acontecen a cada mujer, en cada intimidad, permite su socialización y se orienta al manejo colectivo de la problemática.

Los programas de cogestión para la intervención entre el sector salud y las organizaciones de mujeres constituyen un espacio que permitiría el impulso de políticas participativas de mayor alcance y cobertura y sensibilizaría al sector frente a las propuestas alternativas en la perspectiva de género, para la prevención de la violencia contra las mujeres.

p) El sector salud podrá promover formas de participación comunitaria de las mujeres en la creación y difusión de formas de control y de sanción social del maltrato, que contribuyan a disuadir o avergonzar al agresor, y en la conformación de mecanismos comunitarios de asistencia a las víctimas de la violencia y el maltrato.

#### **4. Fomento de la investigación**

a) Impulsar investigaciones acerca de metodologías alternativas para la atención y protección de las víctimas, así como trabajar en la línea de metodologías de prevención y en el diseño de pedagogías de intervención en crisis, y metodologías de apoyo sistemático a grupos de víctimas de los diferentes tipos de violencia.

b) Investigar nuevas posibilidades de interpretación del fenómeno y su etiología, toda vez que el diseño de políticas de intervención está en directa relación con el análisis de causalidad, en particular relaciones entre suicidio femenino y violencia intrafamiliar, enfermedad mental y violencia, aborto y presencia de violencia intrafamiliar, embarazo no deseado y violencia, y sexualidad y violencia, entre otros.

c) Diseñar programas de investigación-acción específicos que den lugar a metodologías de intervención y de atención, por ejemplo: violencia conyugal, incesto, mujeres víctimas de la violencia política, mujeres víctimas de violación, etc., que puedan difundirse en la Región a fin de calificar los recursos humanos para la intervención sobre el problema.

## **5. Cooperación técnica internacional**

- a) La cooperación técnica internacional estimulará el intercambio de experiencias de los diferentes países en el abordaje de la problemática, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial. Asimismo, prestará su concurso para la elaboración de políticas y programas, tanto en el orden jurídico como educativo y de salud con una perspectiva integradora, e interesará a los países en realizar esfuerzos para recuperar el conocimiento, las investigaciones sobre el tema y las propuestas de intervención, a fin de contribuir a enriquecer el conocimiento regional.
- b) La Organización Panamericana de la Salud instará a desagregar en las causas de defunción por causas externas aquellas que tengan que ver con la violencia doméstica y/o conyugal, y otras formas de maltrato, en especial el homicidio contra el cónyuge, a fin de establecer sistemas de registros unificados a nivel de las Américas que permitan cuantificar el problema y aproximarse, cada vez más, a sus dimensiones reales para trazar políticas y programas más realistas.
- c) La Organización Panamericana de la Salud apoyará las iniciativas surgidas de los países para la elaboración de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas. La OPS estimulará paralelamente, en el sistema de las Naciones Unidas, la coordinación de esfuerzos y recursos para apoyar las iniciativas de los países en la difusión de la problemática. Participará, también, en las iniciativas de otros organismos para garantizar un tratamiento más eficaz del problema, particularmente en relación con los derechos humanos.
- d) En los programas y políticas de formación de los recursos humanos para el sector se incluirá como parte de la agenda de formación la inclusión de la temática de género y su relación con la salud, así como las relaciones de poder y el maltrato contra las mujeres y las niñas.
- e) Se divulgará a través de boletines regionales que ya existan, o creados para tal fin, los avances en el conocimiento, diagnóstico y programas de prevención y rehabilitación, así como los avances en el reconocimiento de la comunidad internacional de este problema como un problema prioritario de salud pública.
- f) Se recomendará a los gobiernos de la Región dar a la violencia contra la mujer el tratamiento de problema prioritario de salud pública y se impulsará la creación de servicios de apoyo a mujeres y niñas víctimas de la violencia o en situación de riesgo.



g) La cooperación técnica facilitará el adiestramiento y la capacitación de los recursos nacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, impulsando diversas iniciativas, tales como reuniones, seminarios, publicaciones, etc., así como el enlace de los mismos para la formulación de programas y propuestas de intervención, tanto en el orden preventivo como asistencial y de rehabilitación.

Anexo

**LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS:  
ANALISIS Y PROPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PUBLICA**

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. La invisibilidad de la violencia contra las mujeres y las niñas . . . . .	1
II. La punta del iceberg . . . . .	6
III. El impacto de la violencia en la vida femenina . . . . .	14
1. Impacto físico de la violencia contra la mujer . . . . .	15
2. Impacto de la violencia sobre la autoestima femenina . . . . .	15
3. Impacto de la violencia contra la mujer en el desarrollo . . . . .	17
4. Impacto de la violencia contra la mujer en su espacio relacional . . . . .	18
5. Violencia contra la mujer y derechos humanos . . . . .	19
IV. Tipología de la violencia contra la mujer . . . . .	20
1. El trabajo y el hostigamiento sexual . . . . .	21
2. Violencia en los centros de estudio . . . . .	22
3. Violencia en los sistemas de salud . . . . .	23
4. Violencia contra la mujer en el hogar . . . . .	26
V. Recomendaciones estratégicas y líneas de acción . . . . .	30
1. Elaboración y adopción por parte de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas . . . . .	30
2. Coordinación y concertación de políticas y programas de intervención . . . . .	32
3. Modificación de instrumentos legales . . . . .	33
4. Desarrollo de modelos de servicios de salud para mujeres y niñas víctimas de la violencia . . . . .	35
5. Fomento de la investigación . . . . .	38
6. Cooperación técnica internacional . . . . .	38
Bibliografía . . . . .	40
Notas . . . . .	42

## **I. LA INVISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS**

Tanto las mujeres como los hombres son víctimas de actos violentos, y estos lo son en mayor número en lo que se refiere a violencia mortal. Esta desventaja del hombre en relación con la mujer se calcula en proporciones de 2:1, 3:1 y 4:1 en los distintos países de la Región, y se ha explicado por su mayor exposición a ambientes y conductas de riesgo.

En términos globales, la mayor vulnerabilidad masculina frente a la violencia se asocia a las construcciones sociales de la masculinidad, que magnifica y privilegia la violencia como respuesta a conflictos individuales y sociales. Los varones son tanto las principales víctimas como los principales protagonistas de los hechos violentos. ¿De dónde, entonces, la preocupación acerca de la violencia contra las mujeres como problema social y como problemática de salud pública?

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad de las mujeres no refleja una gran magnitud del problema, sin embargo, estudios acerca del tema sugieren que existen factores que hacen invisible para el sector salud el impacto de la violencia contra las mujeres, ocultando su carácter social. Tanto en las instituciones de salud, como en las instituciones policiales, existe un importante subregistro de los episodios violentos. Allí acuden, fundamentalmente, las mujeres que se encuentran en situaciones límites e intolerables.

Los factores que hacen posible la invisibilidad de la violencia como un hecho social para el sector salud, son resultado de las actitudes que han caracterizado la práctica sanitaria, entre las cuales cabe mencionar:

- El énfasis en el acto violento que culmina en la muerte, cuando en la realidad la muerte es solo una de las expresiones sociales de la violencia. Aunque el indicador más recurrido para el análisis del impacto de la violencia es el número de homicidios o muertes por accidente, existen otras formas de violencia, no necesariamente mortales, que deterioran la calidad de la vida de los seres humanos, si bien no se registran en la estructura de la morbilidad y mortalidad.
- La concentración de la práctica sanitaria en la lesión, que impide visualizar que esta es el resultado de procesos que comprometen las relaciones entre los seres humanos, y que suele ocultar el escenario y los actores involucrados en el proceso violento. El tratamiento de la lesión en sí misma, aislada del contexto en el cual se produce, distorsiona la historia de seres humanos que se relacionan a través de la violencia y conduce al desconocimiento de sus formas más sutiles e intangibles. Cuando la persona y el daño sufrido son básicamente considerados como un organismo perturbado por un hecho traumático, la intervención del sector salud se dirige a remediar, aliviar o reparar el trauma. La práctica sanitaria, al fundamentar su discurso y su acción en la enfermedad, no logra visualizar el contexto social en que se produce el acto violento.

- La dicotomía mente/cuerpo que se encuentra en la base del modelo biomédico y que valoriza más los procesos que afectan el bienestar físico, en detrimento de aquello que sucede en el orden emocional y afectivo. Esta separación fundamenta la especialización de las diferentes ramas que estudian salud física y salud mental, como dos continentes aislados sin puntos de encuentro. Esta sobrevaloración de lo físico frente a lo mental conduce a restar atención a las formas de maltrato psíquico y aun social.
- La dificultad para comprender el cuerpo como una unidad, que resulta en la imposibilidad de interpretar correctamente síntomas femeninos. Estos pueden ser manifestación de un mal funcionamiento orgánico, pero también relacionales y de identidad. La práctica sanitaria centrada en los síntomas físicos, como expresiones de mal funcionamiento orgánico está incapacitada para descubrir detrás del síntoma una indicación sobre las relaciones sociales que la mujer establece con otros y sobre la calidad de sus interacciones cotidianas, en busca de una interpretación nueva e integradora.
- La actitud de los trabajadores de ambos sexos del sector salud, quienes comparten el prejuicio social de que la violencia contra las mujeres y los menores, en particular las niñas, son asuntos normales en la vida de una pareja. Se supone que todas las parejas y las familias atraviesan por situaciones de conflicto más o menos severas, pero que finalmente se pueden superar con paciencia. Dicha actitud conduce a aceptar la violencia como un factor inherente a las relaciones afectivas, y a minimizar el acto violento contra las mujeres.
- La aceptación de los episodios violentos contra la mujer y los menores dentro de las familias, considerando que pertenecen al ámbito de lo privado y que su resolución no compete al sector salud. Igualmente, se considera que dichos episodios, cuando son especialmente graves, pertenecen solo al terreno policial y, por lo tanto, son actos delictivos fuera de la jurisdicción del sector salud.
- La percepción de los actos de violencia contra las mujeres y las niñas como hechos aislados, como azares en la vida de una pareja o de una familia. Aunque puede ocurrir que en la vida de una pareja exista algún episodio violento sin que la violencia se establezca como patrón de relaciones, el maltrato contra las mujeres y las niñas se presenta como una forma de relacionarse, como una lógica de comportamiento cotidiano.
- El punto de vista que sustenta que es propio del varón y de lo masculino el ejercicio de la violencia y tiende a legitimar su uso como expresión innata de la masculinidad. En este sentido, se han hecho populares explicaciones que intentan encontrar el

fundamento de la conducta violenta en las diferencias biológicas existentes entre los sexos, que predispondrían más a los hombres que a las mujeres al ejercicio de la violencia. De manera correlativa, se considera consustancial a lo femenino la susceptibilidad al dolor, al llanto, la fragilidad ante lo emocional, la labilidad desde el punto de vista del sentimiento. Esta concepción del ser femenino, *per se*, subvalora el impacto psico-afectivo de la violencia contra la mujer y con frecuencia atribuye a lo femenino la capacidad de magnificar el hecho violento. En el campo de la salud, se suele restar importancia al síntoma femenino, al llanto y al sufrimiento, simplemente porque las mujeres son más sensibles, mientras que el llanto y el dolor masculino son abordados como expresiones reales de que sucede algo muy importante.

- Las interpretaciones que consideran la violencia como conducta asociada a determinados caracteres, o establecen la existencia de personalidades violentas como desviaciones atípicas en el comportamiento. Estas interpretaciones oscurecen la dimensión relacional y su papel instrumental con respecto al ejercicio del poder/dominación, reduciéndolo a un problema individual de conducta. Con relación al hombre agresor, las primeras explicaciones fueron psicopatológicas. El hombre fue considerado psíquicamente enfermo. Se le atribuyó una personalidad sádica o pasivo-agresiva con rasgos paranoides.<sup>1</sup>
- La confusión entre problemás asociados--factores de riesgo o predisponentes, como el abuso de alcohol o drogas, el desempleo, la estrechez económica, la inestabilidad laboral, social o política--y la causa de la violencia: la existencia de relaciones de poder/dominación que la legitiman como recurso para solucionar conflictos.
- La concepción maternalista en salud que conduce a privilegiar la atención al binomio madre/hijo como consecuencia del énfasis en la función reproductora. Esto contribuye a restar importancia a otras necesidades de atención en salud de la mujer, tales como las derivadas del ejercicio de la sexualidad no reproductora, los procesos de envejecimiento y la violencia, excluyendo así a importantes sectores de mujeres de la prestación de servicios de salud.
- La lectura inadecuada de los síntomas femeninos, que proviene de la falta de información generalizada entre el personal de salud, sobre la naturaleza y la magnitud del problema del maltrato contra mujeres y niñas.<sup>2</sup>

Con frecuencia, las mujeres no relatan los incidentes de maltrato, o lo hacen vagamente. Acuden a la consulta y manifiestan síntomas inespecíficos tales como cefalea, depresión o angustia, en busca de una interpretación. En otras ocasiones, aunque los síntomas de maltrato son evidentes, el facultativo acepta el relato de la mujer que atribuye a factores accidentales las señales de golpes. Ambas actitudes contribuyen a la invisibilidad del maltrato y conducen a diagnósticos y a políticas de prevención y atención equívocas.

Todos estos elementos dificultan la percepción de la violencia contra las mujeres como un problema sanitario de primer orden. Por otra parte, la violencia contra las mujeres es uno de los asuntos en donde el silencio social y femenino se alían sólidamente para ocultarla.

Si el sector salud tiene limitaciones para captar la dimensión real de la problemática que plantea la violencia contra las mujeres, estas están simultáneamente atadas a prejuicios similares, entre estos los siguientes:

- La mujer víctima de la violencia cree que ella es la única agredida. Librada a su soledad piensa que es inútil buscar asistencia o ayuda. La vivencia de relaciones violentas por parte de las mujeres suele ser inaceptable para ellas. Dificilmente se acercan a las instituciones de salud cuando ocurre un episodio violento, salvo que el impacto sea tan traumático que acudan a los servicios de urgencia o a las oficinas de policía en busca de protección o alivio. Entre el momento de la primera ofensa y el momento de la búsqueda de ayuda médica o legal transcurre un período de tiempo considerable.
- El acto violento aparece como un hecho aislado, despojado de una lógica interna que lo dote de contenido. La mujer tiene una visión parcial de la realidad, que le impide la articulación en una lógica coherente de los diversos acontecimientos violentos en su contra. La mistificación de algunos de los atributos asociados a la masculinidad constituyen parte inherente de la lógica patriarcal.
- La percepción social de la feminidad coloca a la mujer en posición de aceptar el abuso y el maltrato, en cuanto lo deseable es que sea pasiva, dócil y receptiva. Las cualidades que rodean lo femenino, que sustentan la sumisión y el acatamiento se transforman en virtudes, en valores positivos esperados. Las mujeres, por la estructuración de su personalidad, están incapacitadas para desplegar hostilidad en defensa propia.
- La mujer está paralizada por el miedo. El acto violento está acompañado de amenazas reiteradas contra la integridad física de la víctima, o de aquellas personas o bienes que tienen una significación especial para ella, si se atreve a buscar ayuda o a romper el silencio.
- La mujer atribuye la violencia a desmanes de carácter individual de su compañero, bien sea asociados al mal genio, a la ingesta de licor, o a problemas que le suceden en la calle o en el trabajo.

- Muchas mujeres consideran que es un derecho del esposo o compañero el castigo físico frente a transgresiones, supuestas o reales, de los preceptos establecidos para la vida de pareja o de familia. Ellas desconocen que son sujetos de derechos y que su derecho fundamental es el respeto a su integridad biopsicosocial.

En la vida de pareja, las mujeres progresivamente pueden renunciar al derecho de tener un espacio y un tiempo propios; a la privacidad y a la intimidad; a la soledad y a su pasado personal como algo que es solo de su incumbencia; al derecho a expresar sus propias ideas y sentimientos; a elegir un trabajo; a tener amistades propias, y aun a gastar algún dinero para sí y a elegir el momento de tener, o negarse a tener, relaciones sexuales.

Las mujeres suelen responsabilizarse a sí mismas de desencadenar los episodios violentos. Buena parte de la responsabilidad social de las mujeres se centra en considerar que son ellas quienes deben garantizar el funcionamiento armónico del grupo familiar y quienes deben realizar los mayores sacrificios para lograrlo. Los sentimientos de culpa y la sensación de fracaso son compañeros inseparables de las mujeres victimizadas. Estando compelidas a funcionar como buenas esposas, madres y amantes, están dispuestas permanentemente a encontrar fallas en su esfuerzo por alcanzar el ideal social y legitiman el maltrato como expiación de su imperfección. No están muy convencidas de que dichas fallas e imperfecciones no se expían y no dan derecho al castigo.<sup>3</sup>

La mistificación de que son objeto la familia y la pareja, cuando estas se conciben como los espacios fundamentales o únicos para el desempeño social femenino, hacen difícil que una mujer no aspire a construir y a mantener su propia familia y su propia pareja, aun a costa de su integridad como ser humano. Tanto la conformación de pareja como de familia se consideran expresión de normalidad social, y el culto a la institución lleva a muchas mujeres a sostener relaciones dañinas. El peso de los estereotipos familiares es tan inmenso que oscurece la percepción del daño. Por otra parte, la sociedad relaciona la asertividad femenina con el éxito en la selección de pareja, de modo que resulta realmente dramático aceptar que se ha fracasado en este punto, puesto que es equivalente a reconocer que se es un fracaso en el conjunto de la vida.

Educada para depender de otros, para existir en función de otros, negada en su autonomía como ser humano, la mujer tiene miedo a la libertad. Librada a la soledad no sabe qué hacer con ella, ni cómo conducir su propio destino, que por demás, pocas veces le ha pertenecido. La mujer, socializada como pertenencia, no se pertenece a sí misma, no ha ejercido soberanía sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su afectividad.

La cultura ha invitado a las mujeres a fusionar en un todo su vida personal con la del esposo o compañero y la de los hijos, de forma que ellas carecen de vida propia y su espacio relacional no trasciende el círculo familiar. La situación de maltrato continuo las coloca en el dilema de continuar deteriorando sus condiciones de vida, o enfrentarse con los hijos a la situación que se les plantea después de abandonar al agresor. Muchas mujeres postergan



indefinidamente la ruptura del círculo de violencia, porque temen el enfrentamiento a las nuevas responsabilidades: trabajar con bajos niveles de educación, criar a los hijos, etc.

Así, un conjunto complejo de elementos se conjuga para producir el fenómeno de la invisibilidad de la violencia contra las mujeres y las niñas. Tal como se observa, la mayoría de los factores se asocian a la posición subalterna social de la mujer y se encuentran profundamente arraigados en prácticas y valoraciones de orden cultural, de tal manera que obstaculizan el reconocimiento institucional del problema, así como los vínculos estrechos existentes entre la victimización femenina y el lugar social que se le ha asignado históricamente a la mujer, y su propia percepción de su condición subalterna.

## II. LA PUNTA DEL ICEBERG

Durante las tres últimas décadas, a partir del Año Internacional de la Mujer y del movimiento social en favor de las mujeres, los organismos internacionales, en especial los del sistema de las Naciones Unidas, han puesto de manifiesto a través de propuestas alternativas para la prevención de la violencia contra las mujeres y la atención a las mujeres víctimas de maltrato, que la problemática requiere de un análisis que trascienda las estadísticas o registros sanitarios y policiales, puesto que estos no revelarían su real magnitud.

Las investigaciones realizadas por grupos organizados de mujeres del continente, colocan al descubierto la magnitud del problema. Las investigaciones se documentan en los casos de mujeres víctimas que buscan apoyo en las diferentes organizaciones no gubernamentales que han surgido en las últimas décadas para dar repuesta a dichas situaciones, y en investigaciones llevadas a cabo apoyándose en los registros policiales y de las oficinas de medicina legal de los distintos países del continente.

Se presentan a continuación datos de algunos países que dan cuenta de la situación. Sin embargo, al analizarlos no se debe olvidar lo que antes se ha dicho acerca del subregistro de los hechos de violencia contra las mujeres y las niñas, dada la naturaleza del fenómeno.

### GUATEMALA

Según estudio de Federico Coy, realizado en la ciudad de Antigua entre junio y septiembre de 1989, en un grupo de 1 000 mujeres el 48,7% manifestaron haber sufrido maltrato. El grupo etáreo más afectado estaba entre los 20 y los 39 años. El 74% de las agresiones provinieron del compañero de hogar, el 11% de los hijos, el 4% de suegras, cuñados y vecinos.<sup>4</sup>

## HONDURAS

En Honduras, el Centro de Estudios de la Mujer, en un trabajo de investigación sobre la violencia contra las menores realizado entre enero de 1988 y julio de 1989, encontró que en el Departamento de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia, del total de denuncias recibidas por diferentes hechos una de cada cuatro correspondió a menores agredidas, y en este grupo siete de cada 10 habían sido víctimas de violencia sexual por parte de familiares masculinos, registrándose en varios casos abusos reiterados durante períodos que oscilaron entre un mes y un año. La relación hombre/mujer fue de 6,4 mujeres maltratadas por 1,6 varones maltratados. Los datos revelan una mayor vulnerabilidad de las niñas frente a la agresión. La edad de los niños agredidos más frecuentemente fue entre los 5 y los 9 años, mientras que la edad de las niñas fue entre los 13 y los 16.

En Tegucigalpa, dos menores de 18 años son violadas y cuatro sufren abuso sexual cada semana. De cada 10 menores que son agredidas sexualmente, seis son objeto simultáneamente de otras formas de violencia, por ejemplo amenazas de muerte con arma de fuego. Ocho de cada 10 violaciones fueron cometidas por personas conocidas, incluyendo familiares, vecinos y amigos. En una de cada cinco violaciones de menores el agresor fue un pariente, recayendo la mayor frecuencia en el padre. Más de dos terceras partes de las violaciones sucedieron en sitios frecuentados tanto por víctimas como por agresores, principalmente su propia casa.<sup>5</sup>

## EL SALVADOR

En un análisis llevado a cabo en el Centro de Prevención del Maltrato Infantil (CEPREMIN), de 92 casos el 62 % fueron mujeres y el 35 % fueron varones. El abuso sexual recayó en un 79,2 % de los casos en mujeres.

Bajo la denominación de abusos deshonestos, en el Juzgado Primero de lo Penal se registraron 132 casos entre enero y junio de 1991, de los cuales 82 fueron violaciones y 76 de las mismas fueron cometidas contra mujeres. Las violaciones contra el grupo de niñas se dio fundamentalmente entre los 11 y los 15 años, mientras que los niños afectados tienen edades inferiores a los 10 años. Las violaciones fueron perpetuadas por personas conocidas o por parientes cercanos, como padrastros, padres, tíos.<sup>6</sup>

## COSTA RICA

Una de cada dos mujeres que viven en pareja o han vivido en pareja ha sufrido agresión física por parte de su compañero y cerca del 40 % de las niñas víctimas de incesto han sido abusadas por sus padres. En las denuncias de violación se revela que en la mayoría de los casos

los agresores son conocidos o amigos cercanos.<sup>7</sup> De las 14 violaciones diarias denunciadas en la Delegación de la Mujer, la mayoría son contra mujeres entre los 11 y los 16 años.

El incesto, considerado como la victimización sexual infantil y la invasión del cuerpo y la afectividad de la hija, es un abuso repetido que en más del 60% de los casos se inicia antes de los 9 años y en el 18,7% antes de los 5 años.

En los casos de incesto recibidos en la oficina de medicina forense del organismo de investigación judicial, se encontró que el 94% de las víctimas son niñas, que el 32% de los agresores son los padres, y que en el 67% de los casos la agresión ocurrió en casa de la víctima. Los ofensores del total de las víctimas sobrevivientes de incesto fueron en su orden: el padre, 42,4%; el tío, 17,4%; el hermano, 15,2%; el padrastro, 6,5%; el abuelo, 6,5%.

En el 90% de los casos de embarazo adolescente se encontró que este es producto del abuso sexual.<sup>8</sup>

## NICARAGUA

En los registros de la Policía Nacional, de un total de 608 delitos informados entre mayo y septiembre de 1990, se encontró que 390 fueron violaciones. El 87% de los agresores fueron hombres conocidos o allegados a la familia, en su orden: padres, padrastros, tíos, hermanos, hermanastros, abuelos, primos, esposos, vecinos, amigos y compañeros de trabajo. En el 50,8% de los casos de violación estos ocurrieron en la casa de la víctima y el 43% fue violación de menores.

## PANAMA

En los casos de menores afectados por la violencia sexual, son las madres quienes se acercan a colocar la denuncia. Los agresores en los casos de violencia física son los esposos, compañeros, novios, ex-esposos, ex-concubinos, hermanos y cuñados. En los casos de violencia sexual el victimario es el padre, el padrastro, tío, hermano, padrino o amigo de la casa.

## BELICE

El promedio de casos de violencia contra la mujer informados en el Departamento de Policía del Distrito de Belice fue en 1988 fue de 34,3 por mes y de 48,3 para 1990-1991.<sup>9</sup>

## PERU

Del total de crímenes informados a la policía, 70% fueron de mujeres golpeadas por sus esposos.<sup>10</sup> La Comisaria de la Mujer de Lima presentó cifras de los primeros meses de 1989, en donde se señala que de 2 641 denuncias, 2 449 aludían al cónyuge o ex-conviviente y que de las referidas al cónyuge 1 413, o sea el 88%, mencionaban maltrato físico.<sup>11</sup>

## CHILE

En Santiago, una investigación mostró que el 80% de las mujeres han sufrido abuso físico, emocional o sexual por parte de su compañero o de alguien conocido. Esta cifra pudiera ser mayor si se considera que del total de 222 mujeres encuestadas, el 9,4% no contestaron esa pregunta, aunque se presentaba como alternativa de respuesta "No sufrí violencia".<sup>12</sup>

En un estudio realizado en dos clínicas de la misma ciudad, en las salas de urgencias fueron atendidos un total de 10 545 casos de agresión, de los cuales 2 618 eran mujeres, 1 884 de estas eran víctimas de la violencia en la familia. El seguimiento se realizó entre octubre y noviembre de 1986.<sup>13</sup>

## COLOMBIA

La Encuesta Nacional de Prevalencia, Demografía y Salud reveló que el 65% de las mujeres en unión declaran que han sido golpeadas por sus esposos o compañeros; el 33% de las mujeres ha sido insultada; el 20% golpeada; el 10% ha sido forzada por su compañero a tener relaciones sexuales; en el 70% de los casos los hijos presencian la escena violenta; el 36% de las madres reconoció que ella o su compañero maltratan a los hijos.<sup>14</sup>

En la mayoría de los casos el agresor es el hombre y la agredida la mujer: entre el 90% y el 95% de los casos, las ofendidas son mujeres.<sup>15</sup> En el 90% de los casos, la violencia la ejerce el esposo, compañero o amante; en el 10% restante padrastros, novios, vecinos, hermanos o madres.<sup>16</sup>

La violencia conyugal no es un episodio aislado en la vida del grupo familiar. En el 49% de los casos está asociada a maltrato infantil; en el 95% de los casos los agredidos reconocen que no se trata de un primer y único episodio. Tanto agresores como agredidos registran como historia la de una familia expuesta a la violencia, bien contra sus padres o bien contra ellos mismos.<sup>17</sup>

## **VENEZUELA**

En Caracas, en la primera semana de funcionamiento del servicio municipal para atención de mujeres en 1985, el 89% de los casos recibidos estuvieron asociados con severo abuso físico de mujeres por parte de sus compañeros.<sup>18</sup>

## **BOLIVIA**

En la clínica forense de La Paz, fueron registrados durante 1986 un total de 1 432 casos de agresiones corporales, de las cuales el 66% correspondió a mujeres. En este grupo, el 60% fueron agredidas por el cónyuge, el 22% fueron violadas y el 16,7% sufrieron violencia de parte de vecinos y familiares.<sup>19</sup>

## **ECUADOR**

Una encuesta realizada en Quito para el proyecto educativo y de comunicación sobre la violencia familiar del CEPLAES, reveló que el 60% de las mujeres encuestadas ha sufrido maltrato físico por parte de su pareja.<sup>20</sup>

## **ARGENTINA**

En la provincia de Buenos Aires, las estadísticas muestran que 22 de cada 100 mujeres golpeadas inician acciones penales. Este alto porcentaje se asocia a la existencia de las Comisarías de la Mujer y Centros Provinciales de Prevención de la Violencia Familiar.<sup>21</sup>

## **CANADA**

En una muestra de 222 mujeres, el 86,2% aseguró haber sufrido violencia en sus distintas formas. En el 94% de los casos se indicó que la violencia provenía de la pareja. Datos de los años 1964 a 1974 revelan que el 60% de todas las víctimas femeninas de homicidios habían sido asesinadas en el entorno familiar, y que muy frecuentemente el asesino fue el cónyuge.<sup>22</sup>

En 1984, en un estudio sobre la victimización urbana en siete ciudades grandes, se encontró que el 90% de las víctimas son mujeres.<sup>23</sup>

## ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Cada 15 segundos una mujer es golpeada y cuatro presentan lesiones por golpes diariamente.<sup>24</sup> Se calcula que una mujer es violada cada 6 minutos.<sup>25</sup> Según estadísticas nacionales se sabe que el 50% de las mujeres casadas han atravesado por una situación de violencia, al menos una vez en su vida, independientemente de la raza y situación socioeconómica, y que un 25% de las mujeres casadas viven en una situación crónica de violencia. La mayor parte de los daños que sufren las mujeres se deben a la violencia doméstica. Estos superan los daños por accidentes automovilísticos, violaciones y asaltos combinados.<sup>26</sup> Según fuentes policiales, entre el 40 y el 60% de las llamadas que reciben, en especial en el turno de la noche, las motivan disputas conyugales.<sup>27</sup>

Existen en los Estados Unidos 870 refugios exclusivos para mujeres golpeadas.<sup>28</sup> De 22 a 35% de las mujeres que visitan las salas de emergencia en los Estados Unidos lo hacen por presentar síntomas de algún tipo de abuso.<sup>29</sup>

La violencia es alegada como una de las causas más frecuentes de divorcio en Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, Egipto y Grecia.<sup>30</sup>

## JAMAICA

Las estadísticas del año 1980 indican que el 16% del total de los divorcios pronunciados lo fueron por razones de crueldad.<sup>31</sup>

## PUERTO RICO

En un estudio sobre violencia sexual reseñado en "Quehaceres" en septiembre de 1985, se encontró que en el 70% de los casos de violación y en el 80% de los casos de abuso sexual de niñas, los ofensores eran personas conocidas por las sobrevivientes.<sup>32</sup>

Los datos anteriores revelan, aunque parcialmente, la situación en las Américas, no obstante, Naciones Unidas ha documentado el problema de la violencia contra la mujer en otros países del mundo, encontrando que la situación atraviesa las distintas regiones, los distintos espacios sociales, estratos y aun edades, étnias, y credo religioso o político. La violencia contra la mujer atraviesa todas las fronteras, es tan universal como el patriarcado, su lógica atraviesa todos los sistemas sociales, no es privativa del tercer mundo o de los países pobres.<sup>33</sup>

Las cifras de los países de América revelan que sectores importantes de la población femenina sufren episodios violentos, y que la violencia como forma de relación social se ha instalado en la vida cotidiana de las parejas y de las familias. A esto se agregan otras formas

de ejercicio de las violencias sociales, políticas, religiosas y étnicas que afectan la calidad de vida y que asumen características específicas cuando se trata de las mujeres. Tal es el caso del tratamiento que reciben las mujeres que son víctimas de persecución política, aquellas que están detenidas o presas, o el caso de violaciones perpetuadas por tropas vencedoras o por militares en caso de enfrentamiento armado. La violencia política y otras formas de violencia social suelen entrelazarse de tal manera, que es difícil disociar hasta donde llega el impacto de una y donde empieza la violencia específica, de género, contra la mujer.

El fenómeno de la violencia contra las mujeres y las niñas en la familia no es privativa del estrato socioeconómico más bajo, aunque la mayoría de los eventos violentos denunciados o sometidos a reconocimiento legal procedan de dichos estratos. En los sectores altos se moviliza lo que bien puede denominarse "pudor de clase", que inhibiría el recurso de la denuncia y aun la búsqueda de ayuda con mayor profundidad que en otros sectores. Por otra parte, la clase social no elimina el ejercicio de la violencia como recurso del poder, sino que le imprime características específicas según el nivel socioeconómico.

Los agresores suelen ser padres, esposos, compañeros y parientes, en todo caso, personas cercanas al entorno afectivo y vital de las víctimas, seres con quienes se teje día a día la vida. La violencia también puede proceder de desconocidos, sin embargo, es notorio el involucramiento de aquellos seres con quienes se tiene relaciones cotidianas y de afecto. En la mayoría de los casos, el agresor es un varón y la ofendida es una mujer o niña, aunque se registran casos de maltrato a menores de sexo masculino, en especial maltrato físico y violaciones de niños, especialmente en el grupo de menores de 10 años.

El agresor no es un enfermo, una persona marginal, un asaltante desconocido, sino por el contrario, es un hombre de más edad que la víctima, con quien esta espera establecer relaciones de solidaridad, apoyo, compañía, amistad, afectividad o erotismo en la interacción cotidiana, e incluso compartiendo el mismo espacio vital. El agresor masculino es alguien importante para la víctima desde el punto de vista relacional y afectivo; alguien importante desde el punto de vista del ejercicio de la autoridad y del poder en un escenario fundamental: la familia.

Este planteamiento contrasta con las creencias difundidas acerca de los actos de abuso sexual y de violación de menores y de mujeres, como ejecutados, fundamentalmente, por un asaltante desconocido en una calle oscura o en un descampado.

La violencia contra las mujeres y las niñas es la más contundente revelación de que existe un desequilibrio fundamental en las relaciones entre los seres humanos, entre hombres y mujeres, al constituirse en una forma de relación cotidiana en la vida afectiva y familiar.

Las mujeres, las niñas y los menores son las víctimas preferenciales de la violencia. Su vulnerabilidad se asocia a los lugares que ocupan en la red de relaciones familiares: los niños y las niñas, por su condición de menores de edad, y las mujeres, en razón de su sexo, soportan los máximos niveles de agresión.

El hogar, la familia y la pareja no son aquellos espacios sociales paradisiacos, míticos, sinónimos de seguridad, protección y afecto. Por el contrario, es necesario concebirllos como redes intrincadas y complejas de relaciones de poder, redes de carácter multidireccional: padres/hijas menores; esposo/compañera; tíos/sobrinas menores; novio/novia; padrastro/hija menor de la esposa, etc., en donde el ejercicio de la violencia y del abuso sexual no constituyen hechos librados al azar sino una forma relacional.

La familia y la pareja patriarcales están lejos de ser espacios para la creación y desarrollo del potencial de los seres humanos comprometidos en ellas. En esta forma de relación, las mujeres y los y las menores carecen de espacios propios que enriquezcan la vida personal.

Resulta doloroso el reconocimiento de que la familia es un espacio social de riesgo para las mujeres y las niñas. La situación es más compleja aún si se considera que la familia y la pareja no son el único lugar donde se ejercita la violencia contra la mujer. Las familias representan la época y reproducen y recrean las asimetrías que circulan por todo el ámbito social.

Las desigualdades existentes entre hombres y mujeres se despliegan en los más diversos campos de la acción social. La violencia contra la mujer como instrumento de las inequidades sociales, se extiende a otros espacios de la vida: la escuela, el trabajo, la calle y los servicios de salud, entre otros.

La violencia, así considerada, es un síntoma del profundo desequilibrio, de la inequidad y de las asimetrías existentes entre hombres y mujeres y, por supuesto, en otras relaciones sociales explicable por otro tipo de lógicas diferentes al patriarcado.

Esto significa que la violencia trasciende el espacio familiar. De hecho, esta precede a la constitución de la familia en donde se protagoniza el hecho violento. La elección de compañero o de pareja ya está marcada por la profunda desigualdad: los varones prefieren una mujer de menor edad, talla, experiencia de la vida, experiencia sexual, y aun educativa y laboral, mientras que las mujeres prefieren compañeros más fuertes que ellas en todos los sentidos. Este tipo de elección ya de hecho coloca a unos y a otras en posiciones distantes con relación al poder. La mujer no se convierte en víctima en la relación de pareja, ella es ya víctima cuando llega a establecer pareja. Por su lado, el varón no se convierte en victimario al ingresar a la vida de pareja, sino que es portador de un estereotipo de masculinidad que lo ha transformado en victimario aun antes de ingresar a la vida conyugal.



Masculinidad y feminidad son dos caras de la misma moneda: el patriarcado. Los seres sociales portan estos atributos y los reproducen en la vida cotidiana que tiene lugar en los distintos espacios sociales. La destrucción del patriarcado como modelo de dominación de género supone la destrucción de la masculinidad y la feminidad alienadas, y la construcción de modelos de relación democráticos y solidarios a partir de la equidad entre los sexos.

La historia de las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres se ha construido socialmente como sistemas complejos de diferencias y desventajas, alimentados por la distribución social de funciones según el género, lo que es respaldado por un ordenamiento simbólico que asigna valoraciones discímiles a los diferentes sexos. El ordenamiento social del sistema sexo/género coloca a las mujeres en desventaja con respecto de los varones, situación que afecta su calidad de vida e imprime características particulares a su manera de enfermar y de morir, y a su modo de vivir y de relacionarse con el entorno.

El enfoque de género en la violencia contra las mujeres y las niñas, propone una mirada que comprenda el interior de las relaciones sociales, como forma privilegiada del ejercicio del poder/dominación, como uno de sus instrumentos. Si la violencia es, como en efecto lo es, no solo un acto violento, sino una forma generalizada de relación social, es señal de que algo falla en la construcción de los vínculos humanos; que algo sucede en el campo afectivo; que algo ocurre en los contenidos amorosos que nos ligan a otros, que algo ocurre en el sentido de lo erótico que daña y lesiona a algunos, especialmente a las mujeres y a las niñas.

Esta mirada propone pensar que la calidad de los vínculos humanos afecta afirmativa o negativamente la salud de los seres humanos, en proporciones tan importantes como la calidad de las relaciones que estos establecen con los procesos de creación de la riqueza social, la relación con el ambiente, etc. En esta dirección, las relaciones sociales se constituyen en factores que contribuyen a explicar los perfiles de morbilidad de los diferentes grupos humanos, de manera particular aquella asociada a la violencia, y hace de los vínculos humanos un problema fundamental de salud pública.

### III. EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA VIDA FEMENINA

La violencia, entendida como acto de negación del otro en el ejercicio de sus derechos como ser biopsicosocial, revelaría que los vínculos humanos están afectados por niveles importantes de conflicto que aun no se ha resuelto por intermedio de la palabra, la negociación, el consenso, etc. La violencia se constituye en un instrumento del ejercicio del poder, en un recurso al cual se acude con miras a perpetuar, subvertir, modificar un orden relacional determinado. La violencia contra la mujer se ejerce para perpetuar un ordenamiento social inequitativo en los diferentes espacios y provoca un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres.

La Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas, celebrada en Copenhague, en 1980, afirmó que para mejorar el estado de salud física y mental de todos los miembros de la sociedad, se deben desarrollar programas encaminados a eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y los niños. Este es el reconocimiento del impacto de la violencia contra la mujer en el conjunto social. En el mismo sentido el Séptimo Congreso de las Naciones Unidas sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente (Milan, 1985), señaló que los malos tratos y la violencia en el hogar son un problema con graves consecuencias físicas y psicológicas para sus miembros, ya que ponen en peligro la salud y la supervivencia de la unidad familiar.<sup>34</sup>

Estudios sobre el tema revelan que los efectos físicos y psicosociales de la violencia sobre las mujeres son incommensurables, máxime si se considera que la violencia no se agota en el cuerpo femenino, sino que esta trasciende al espacio afectivo y al espacio relacional, dado que los fines que persigue están orientados al sometimiento y a la negación activa de derechos.

#### 1. Impacto físico de la violencia contra la mujer

La separación entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales es improcedente desde el punto de vista conceptual, ya que la unidad en los procesos de salud/enfermedad es tal, que una disociación tiene efectos tanto en el abordaje asistencial, como en el diseño de políticas y programas preventivos. No obstante, pueden realizarse descripciones de cada territorio sin perder de vista que no existen violencias estrictamente físicas y que el cuerpo es el espacio en el que habitan las emociones. Por otro lado, el mismo cuerpo es un espacio, tanto como un instrumento, de relación social.

Algunos de los efectos más connotados de la violencia contra las mujeres son lesiones que en casos pueden ocasionar la muerte. Al investigar a profundidad los casos de homicidio de mujeres, se encuentra que estos están precedidos por un importante historial de maltrato físico. Los estudios indican que las mujeres víctimas de maltrato sufren más abortos que las mujeres no maltratadas; los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre las mujeres que son víctimas de los malos tratos que entre las demás y las mujeres víctimas del abuso tienen un alto riesgo de caer en el consumo de alcohol y otras sustancias.<sup>35</sup>

#### 2. Impacto de la violencia sobre la autoestima femenina

El maltrato deteriora el amor propio, disminuye la autoestima femenina, genera fuertes sentimientos de incompetencia mental y sexual, que con frecuencia ocasionan pérdida de energía vital. Esas mujeres se sienten incapaces de asumir responsabilidad por las más mínimas tareas o el cuidado de los hijos; dan pruebas de pasividad; pierden la capacidad de obrar

autónomamente; manifiestan síntomas de depresión, y sentimientos de inseguridad e indecisión. La mayor humillación proviene de la constatación de que el abuso proviene de la persona que ella eligió como compañero.

Las mujeres agredidas acusan altos niveles de ansiedad y trastornos somáticos. Presentan a menudo el síndrome traumático de la mujer maltratada. Se habla de la misma manera del síndrome de la mujer violada y del síndrome traumático de la mujer abusada por incesto. Los efectos inmediatos, como el miedo, la angustia y la falta de autonomía volitiva suelen estar seguidos de traumatismos, cuando la presión psicológica es continua, y coadyuvan a convertir a las mujeres en seres vulnerables al alcoholismo, la toxicomanía y la depresión, con intentos de suicidio.<sup>36</sup>

El abuso sexual y la violación lesiona a la mujer en su cuerpo y genera sentimientos negativos hacia sí misma, máxime si estos ataques proceden de personas con quienes se tiene alguna proximidad. Estos actos son calificados como violaciones extremas al derecho a la libertad y a la autodeterminación sexual de las mujeres y las menores, y son actos sumos de ejercicio del poder/dominación.

La soberanía de la mujer sobre su cuerpo es violada cuando encuentra oposición en la toma de decisiones sobre el mismo, tales como cuándo, cómo y con quién relacionarse en el terreno afectivo; escoger su compañero sexual o sus amistades; el derecho a negarse a tener relaciones sexuales, o cuando se le impide acceder a los recursos de la planificación familiar o decidir sobre el número de hijos. En un sentido pleno, el ejercicio del derecho a la libertad sexual comprende tanto la negativa a las demandas sexuales como la opción afirmativa frente a las mismas.

Mientras el varón tiene una relativa libertad para el desarrollo de su erotismo y el intercambio sexual, sobre la mujer pesan con mayor acento las demandas de fidelidad al otro, la monogamia. La apropiación del cuerpo del otro hace parte de la ideología que circula en la cultura acerca del amor; no obstante, la misma cultura legitima de manera más severa la restricción del ejercicio de la sexualidad para las mujeres, en nombre del afecto, la familia, el matrimonio, etc.

Las trabajadoras víctimas de abuso relatan el sentimiento de miedo que embarga a las mujeres después del episodio violento. Este gobierna sus acciones y produce insomnios y pesadillas, lo que es lógico puesto que el hecho violento no suele terminar sino que hace parte de un proceso de abuso y está acompañado de amenazas de hechos violentos cada vez más graves.<sup>37</sup>

Así mismo, se ha descrito la reacción de las víctimas como la pérdida de la esperanza, la imposibilidad de escapar y amarga desesperación. La mujer víctima se siente degradada, impotente, tiende a aislarse de sus parientes, se siente sola. Las mujeres abusadas sexualmente pueden presentar frigidez, rechazo a ser mujeres.

### 3. Impacto de la violencia contra la mujer en el desarrollo

El oponerse al crecimiento del potencial femenino es una negación fundamental del ejercicio de derechos, que obstaculiza la plena vinculación de la mujer al desarrollo social. Es un hecho que mujeres atemorizadas e impedidas en el ejercicio de su libertad en lo que hace al establecimiento de vínculos sociales que trasciendan los límites del hogar, son desvalorizadas en su acción social y muy probablemente sean marginadas y excluidas de la toma de decisiones, tanto en su grupo familiar como en las comunidades de las que son parte.

Las mujeres que participan en procesos comunitarios manifiestan que sus compañeros desconfían de su conducta sexual cuando ellas se incorporan a grupos de interés social, y que con frecuencia se oponen no solo a su participación sino que entorpecen sus posibilidades de liderazgo. Los esposos o compañeros se niegan a permitirles la asistencia a reuniones, son celosos y no colaboran con las labores domésticas. La participación femenina en procesos comunitarios es una fuente de conflicto intrafamiliar muy importante, que debe ser considerada al impulsar la incorporación de las mujeres a procesos de desarrollo local, regional o nacional.

La persistencia de la tradicional división sexual del trabajo, que restringe la participación femenina en el espacio de lo público, perpetua la consideración social sobre las mujeres como ciudadanas de segunda categoría, se opone a su participación política y a su intervención en las decisiones que tienen que ver con los destinos colectivos. La construcción de ciudadanía y de democracia sin la participación femenina hace de la democracia y la ciudadanía quehaceres patriarcales.

La victimización femenina se asocia a la condición socioeconómica de la mujer y a la persistencia en la cultura de modelos discriminatorios en su contra, y revela el fracaso de la sociedad para estimular el derecho a los respetos humanos, al ejercicio de la libertad de más de la mitad de sus miembros, y la promoción de las soluciones negociadas de los conflictos.

El informe del Secretario General de las Naciones Unidas denominado "Esfuerzos encaminados a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad" (32o período de sesiones), señaló que los costos económicos para la sociedad son considerables. Estudios realizados en algunos países sobre los gastos para atender a las víctimas en el sentido médico y social, tratar a los delincuentes e impulsar medidas preventivas, resultan muy elevados.<sup>38</sup>

#### 4. Impacto de la violencia contra la mujer en su espacio relacional

La violencia contra la esposa afecta a los hijos e hijas y viceversa; trasciende el espacio relacional de la familia y atraviesa el mundo de las víctimas como totalidad: el rendimiento escolar, la capacidad de responder adecuadamente en otros espacios sociales como el trabajo y las relaciones mutuas. La violencia contra la mujer tiene además un impacto radial, pues no se agota en el cuerpo femenino, sino que afecta su afectividad y su conciencia. El efecto más lesivo tiene que ver sobre todo con el objeto que persigue la violencia: el sometimiento a relaciones inequitativas, la perpetuación de un orden de dominación. Además de deteriorar la convivencia de la pareja y la estabilidad del grupo, lesiona el equilibrio de los hijos e hijas, puesto que crea un clima permanente de sosobra, temor e inseguridad.

Quizá uno de los efectos más graves en términos estratégicos es la desconfianza básica que se genera con respecto de los varones y que imposibilita la convivencia en la libertad amorosa y en la cotidianidad. Las mujeres recuerdan como una pauta fundamental de socialización que los hombres son peligrosos. La confirmación de esta aseveración del sentido común de nuestras ancestras se erige en un obstáculo a la convivencia.

En el marco institucional existen resistencias a plantear esta problemática de manera radical por la solidez de la mistificación de la familia como una institución abstracta, despojada de las historias de sus miembros. Esta concepción sustenta prácticas institucionales que buscan la reconciliación aun a costa de la integridad vital de las mujeres y las menores abusadas, omitiendo que, en realidad, quien atenta en manera grave contra la unidad familiar es el victimario y las mujeres son las ofendidas. La existencia de fuertes estereotipos acerca de la vida en pareja obnubilan e invierten la valoración ética.

El abandono del hogar por parte de menores adolescentes se ha asociado con frecuencia a los malos tratos que reciben. Los datos sugieren que en hogares donde la esposa es víctima de maltrato, los hijos(as) son también objeto de malos tratos. Las mujeres maltratadas se convierten en agresoras de otros miembros más vulnerables del grupo. Igualmente, es probable que al conformar su propio grupo familiar repitan allí los patrones de conducta recibidos.<sup>39</sup>

La violencia contra la mujer no se explica solo en referencia al grupo familiar. En realidad, esta es producto de una historia social anterior a la constitución de la familia y la unión conyugal, que hace relación al modelo global que sitúa a unos y a otras en los papeles del dominio y la sumisión.<sup>40</sup>

Otros estudios sugieren que la familia cuya forma de relación está caracterizada por el uso cotidiano de la violencia, propone una conducta en otros espacios de la vida social que afectaría los comportamientos de sus miembros y sería a la base de conductas delictivas.

La violencia contra la mujer, las niñas y los menores tiene el mismo sustento: el poder y la autoridad en orden a su reafirmación, perpetuación o sostenimiento como ejercicio de dominación.

Las mujeres responden en algunos casos a la violencia con violencia. El homicidio de hombres por mano de sus compañeras o esposas es la respuesta defensiva a una pauta de agresión continuada.

Si se considera la violencia como una forma de relación, necesariamente esto conduce a pensar que el agresor no termina el acto violento con su compañera, sino que por el contrario, esta es su norma de relación en el entorno familiar. Allí todos pueden ser susceptibles, y de hecho lo son, de malos tratos. El fin de la violencia es someter, y en ese sentido afecta a los miembros débiles con relación al poder.

Esta mirada propone considerar tanto su impacto biopsicosocial, su carácter de proceso, así como dar cuenta de que este es un síntoma de la inequidad existente entre los hombres y las mujeres, esto es, analizar la violencia en un marco relacional que la explique.

## 5. Violencia contra la mujer y derechos humanos

La vinculación del tema de la violencia contra la mujer y los derechos humanos le abre nuevas perspectivas al análisis. En efecto, la violencia contra la mujer constituye un ejercicio de negación de derechos fundamentales de la mujer como ser humano, en especial el derecho a la vida y a la integridad física, psicológica, social y moral.

Estudios sobre los derechos humanos de las mujeres señalan que la violencia en su contra constituye un atentado básico contra la libertad, la autonomía, la voluntad y la dignidad femeninas que lesiona su calidad como ser humano y sujeto de derechos. La violencia contra la mujer niega la autodeterminación femenina en los asuntos que competen a su vida, su cuerpo, su salud, su sexualidad y su afectividad, e incluso su dignidad, que es algo más que un derecho: es un atributo de la persona que tiene que ver con el sentimiento de la propia estimación.<sup>41</sup>

La violencia contra la mujer constituye un atentado contra el derecho a la salud, referida al derecho a gozar de condiciones que posibiliten el pleno desarrollo de los potenciales físicos, psíquicos y sociales del ser humano; del disfrute de los bienes del desarrollo en términos de ejercicio del derecho a la participación social, al conocimiento, a la seguridad y al afecto, es decir, el derecho a llevar una vida digna.

El derecho a la libertad incluye en particular lo que toca al ejercicio de la sexualidad y los derechos reproductivos, en especial la libre opción a la maternidad. En este sentido deberán eliminarse las normas acerca del veto del cónyuge con respecto al acceso a los recursos y a los diferentes métodos de planificación familiar, y a garantizar el ejercicio de esta como derecho humano fundamental.

#### IV. TIPOLOGIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra las mujeres es múltiple, tiene múltiples actores y se despliega en múltiples escenarios, siendo simultáneamente multiforme en su ejercicio. Los científicos sociales proponen clasificarla según el espacio social de su ejercicio: política, económica, sexual, racial, etc. En esta dirección, la violencia afecta a hombres y mujeres en las distintas relaciones en las que se involucra el desarrollo de su vida social.

Otras tipologías utilizadas, en especial en las instituciones médicas y policiales, tienen que ver con el objeto o instrumento usado para agredir (atropello por vehículo, asalto con armas filosas, asalto con arma de fuego) o con el tipo de trauma provocado y órgano o parte del cuerpo afectada. (heridas en la cabeza, tórax, nuca, abdomen, espalda, pelvis, etc.)

Según el tipo de acto violento, se habla de: violación, asalto, ahorcamiento o estrangulamiento, amenaza, insulto, homicidio, envenenamiento, sofocación o ahogamiento, abandono, desprecio o humillación, mutilación, abuso sexual, violación, puño, correazos. Según el actor agresor: esposo, padre o madre, compañero, pariente, amigo, desconocido. Esta clasificación da cuenta del tipo de relación, en términos de conocimiento, entre el agresor y la víctima. En otros espacios de la vida social la propuesta se dirige a identificar a los actores del acto violento y aluden al tipo de violencia como: violencia delictiva, violencia del narcotráfico, violencia guerrillera, etc.

Las posibilidades de levantar una tipología son variadas, no obstante, es la tipología relacional o espacial aquella que quizás se aproxima más a una explicación que dé cuenta de lo humano, de la modalidad que asumen los vínculos entre los seres sociales, trascendiendo la lesión, posibilitando la dimensión de proceso.

En las diferentes esferas de lo social las mujeres pueden ser víctimas de la violencia o resultar afectadas por los sucesos violentos como cualquier otro individuo, sin embargo, la violencia de que aquí se trata hace referencia a aquella padecida por las mujeres por el hecho de ser mujeres: la violencia cometida contra la mujer simplemente por ser mujer significa estar en una posición socialmente desfavorable que la hace vulnerable.

De acuerdo a esta clasificación es posible desagregar tipos de violencia según el espacio relacional en el cual tienen lugar los hechos violentos: la escuela, la familia, los servicios de salud, los medios de comunicación, violencia política, violencia racial, violencia sexual, violencia laboral, y que se dirige específicamente contra la mujer por el hecho de ser mujer.

Algunos de los campos en donde es más aguda la utilización de la violencia contra las mujeres, porque son simultáneamente campos de ejercicio del poder, se analizan a continuación.

#### 1. El trabajo y el hostigamiento sexual

Aunque el trabajo no es el único sitio en donde las mujeres son hostilizadas (todos o todas conocemos de actos de agresión contra las mujeres en la calle, en el transporte público, en sitios de concentración humana, etc.), es en los lugares de trabajo en donde el acoso sexual se presenta con mayor asiduidad. El hostigamiento sexual contra las mujeres lo constituyen aquellos actos repetidos o insinuaciones verbales o físicas de carácter sexual, no solicitados, ni consentidos, ni deseados y que van dirigidos a menoscabar la soberanía femenina sobre su cuerpo y su sexualidad.

El hostigamiento sexual no es confundible con el flirteo voluntario mutuo. Aquel es una forma de persecución, de insistencia, de demanda sexual no consentida, cuyo fin es obtener los favores de la mujer quien suele, por las condiciones sociales del mercado de trabajo femenino, encontrarse en situación de inferioridad o dependencia laboral.

El hostigamiento sexual provoca sensaciones de amenaza y socava la seguridad de la mujer en sí misma; genera temor a la pérdida del empleo, promoción o ascenso. Con frecuencia es seguido del chantaje.

El hostigamiento sexual se expresa a través de numerosos actos de avance sexual indeseados. Entre los más fácilmente reconocibles están:

- Contactos físicos innecesarios, rozamientos y palmaditas.
- Observaciones sugerentes o desagradables acerca de la sexualidad, la historia y la vida sexual.
- Chistes, palabras, mensajes, insinuaciones o sugerencias verbales de doble sentido que denigren la condición femenina y la sexualidad.
- Comentarios procaces sobre la apariencia.
- Abusos verbales indeseados.
- Invitaciones impúdicas o comprometedoras.
- Demanda de favores sexuales a cambio de "favores laborales".
- Uso de imágenes pornográficas en los lugares de trabajo.
- Agresión física.



La Oficina de Asuntos Femeninos de la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres (CIOLS), considera que las mujeres constituyen el grupo más vulnerable frente al acoso sexual e identifica como grupo de alto riesgo el constituido por mujeres menores de treinta años, solteras, viudas o divorciadas, sobre todo aquellas que tienen personas a su cargo.

El hostigamiento sexual es a menudo el resultado de un abuso de autoridad cuando existen relaciones de subordinación laboral, pero también puede ser utilizado para socavar la autoridad femenina cuando las mujeres ocupan puestos de supervisión, mando o dirección.

Un estudio de la CIOLS sobre el hostigamiento sexual en el trabajo reveló que cuando este se apoya en observaciones y peticiones sugestivas, suele provenir de los superiores inmediatos o directivos; cuando se expresa a través de los contactos físicos no deseados proviene especialmente de colegas, mientras que la formulación de invitaciones comprometedoras y de miradas lascivas son hechas fundamentalmente por los clientes.

Una investigación realizada en Puerto Rico reveló que más del 98% de las víctimas de hostigamiento sexual en el empleo son mujeres. En el Japón, la Asociación de Abogadas de Tokio, que organizó una línea telefónica para escuchar casos de mujeres que tuvieran problemas de acoso sexual laboral, manifestó que en un grupo de 137 quejas recibidas, el 40% provino de mujeres que fueron obligadas a tener relaciones sexuales con sus superiores de trabajo; el 10% de los casos fue calificado de violación o intento de violación.<sup>42</sup>

También constituyen actos violatorios de los derechos laborales aquellos que colocan a la mujer en situación de desventaja en el mercado de trabajo en razón del ejercicio de su sexualidad; de la libre opción de la maternidad o de su edad tales como:

- Inestabilidad laboral por lactancia, crianza o licencias maternales.
- Despido por embarazo o matrimonio.
- Exigencia de control de la fecundidad para obtener empleo.
- Discriminación de las mujeres casadas con respecto a las solteras, o de mujeres de edad madura y avanzada en la obtención y permanencia en el empleo.

## 2. Violencia en los centros de estudio

Los principales victimarios son los administradores escolares, maestros y aun los padres de las estudiantes: las amenazan con retirarlas de la escuela, otorgarles calificaciones bajas, o difundir una mala imagen entre sus compañeros en referencia a la moral sexual. Se aprovechan de la condición de subordinación, entre educador y educando, superior e inferior, para presionar u obtener el acceso sexual por la vía del hostigamiento o del chantaje sexual.

### 3. Violencia en los sistemas de salud

Las personas, por su condición indefensa frente a la enfermedad y por el desconocimiento de sus procesos vitales, entran en una relación de sometimiento frente a los sistemas de salud que las hace vulnerables a prácticas lesivas de su dignidad, su saber, su sentir, etc. La demanda de que otro provea la salud, que supuestamente garantizaría la misma, coloca al demandante en situación de subordinación.

El hecho de nombrar "paciente" a quien solicita atención médica o servicios de salud, señala el papel que se espera que esta persona asuma. "Paciente" es quien tiene paciencia, y esta es la capacidad de resistir los males con resignación. En este sentido, hombres y mujeres en su condición de pacientes pueden ser objeto de prácticas lesivas a su integridad y a su dignidad humana.

Las mujeres, en particular, se formulan numerosas preguntas con relación al cuerpo, la sexualidad y sus procesos. Invasadas por fantasmas y por miedos, con frecuencia se sienten extrañadas de sí mismas y viven su propio cuerpo como algo ajeno. La percepción femenina sobre su cuerpo y su sexualidad dificulta la transparencia en la relación con el sistema médico. Por su parte, similares prejuicios son manifestados por los agentes de salud y en la práctica, entran en relación dos sistemas valorativos, con las confusiones y percepciones de cada cual.

Las mujeres se enfrentan con frecuencia a preguntas sin respuestas acerca de las tecnologías, los cambios corporales, la sexualidad, el deseo, la vejez; a veces sienten disgusto con su propio cuerpo y otras tantas son compulsivas con respecto al modelo corporal propuesto por la cultura, por demás inalcanzable para cientos de mujeres. Las mujeres se atemorizan frente a la enfermedad y la muerte, viven una sexualidad ambivalente y confusa que oscila entre las vivencias placenteras y las dolorosas.

La relación con el cuerpo y los procesos naturales que le son propios no resulta fácil para la mujer. La relación consigo misma, con su cuerpo y su sexualidad es contradictoria.

La relación mujer/saber médico es compleja. En realidad, entran en contacto dos historias, dos construcciones, dos discursos, prácticas, sentires y pensares sobre el cuerpo, el ordenamiento social y las relaciones de poder. El saber médico ocupa un lugar de privilegio y sus portadores son privilegiados en el sistema de relaciones que establecen con los demás. Las mujeres, por su parte, como género ocupan un lugar de subordinación social que las hace sentir inferiores, también, en su trato con el saber médico.

La mujer frente al agente de salud, no es simplemente un cuerpo objeto de medicación, un cuerpo manipulable, objeto de intervenciones. Al sistema de salud se presenta en busca de apoyo y de respuestas un ser que padece, una mujer, niña, adolescente, madre, adulta, vieja; una historia de vida sexual, gozosa, sufriente, paciente. Una mujer compleja que atrae o que

repugna; un cuerpo que seduce, que provoca ternura, afecto, molestia, perturbación. Una mujer enferma, o sana, que busca servicios, necesita ser oída en sus síntomas, ser interpretada a través de las señales de su cuerpo, una cotidianidad que interrumpe para consultar.

Como resultado de la biologización el agente de salud se siente frente a una enfermedad portada por un cuerpo, un órgano afectado por una enfermedad, un cuerpo despojado de historia, un síntoma. En esta relación fragmentaria el sujeto desaparece, es inexistente, es por fuerza una relación despersonalizada, inhumana. En tanto el otro no existe como totalidad humana, la relación se establece como una abstracción: la enfermedad, el síntoma, el agente causal.

La enfermedad existe como pensamiento concreto, no como realidad concreta. En la realidad no solo existen cuerpos enfermos o saludables, sino seres humanos, personas enfermas o saludables.

En la relación médico/mujer es probable que exista la gestación más no la mujer gestante; la vejez más no la mujer envejecida; la paciente, la madre, más no la mujer total. La mujer inexistente como otro, es objeto de una nueva expropiación por parte de la institución médica; tratada como cuerpo sin historia, es instrumentalizada, reconstruida, transformada en objeto. La violencia contra las mujeres de que se acusa al sistema médico es explicable en parte por el despojo que el saber médico realiza de su historia.

En la instrumentalización, la mujer desaparece como sujeto de libertad y voluntad y es constituida en objeto de acciones, planes y programas de los sistemas de salud. Las intervenciones sobre su cuerpo y los procesos que le afectan no son sometidos a ninguna deliberación, sino que son objeto de mandato, ordenes, indicaciones, prescripciones. Ella no es consultada, de hecho ella es consultante, ella es paciente, no actuante. El acto médico, entonces, es un acto autoritario, unilateral, aunque en algunos sectores se propugna por la democratización del saber médico y el mejoramiento de la calidad de la atención mediante la humanización de los servicios de salud. Las quejas más frecuentes frente al sistema de salud, y en particular frente al médico, se expresa como "no me mira", "no me escucha", "no me explica"; en realidad es la percepción de quien no existe para el otro.

Algunas prácticas identificadas como violentas en la relación del personal de salud con el paciente son:

- Omisión o falta de información suficiente, oportuna, adecuada o inteligible sobre el acto médico y los procesos que son objeto de consulta.
- Deshumanización de la atención en salud. Se atienden enfermedades o lesiones, no personas con una historia psicosocial específica.

- Comentarios desconsiderados, juicios de valor respecto de las funciones orgánicas del cuerpo del usuario de los servicios de salud.

En el caso femenino son frecuentes:

- Vulgarización de las funciones biológicas asociadas a la reproducción y a la sexualidad.
- Violencia verbal contra parturientas en las salas obstétricas.
- Culpabilización o criminalización de las mujeres que consultan por embarazo no deseado y demandan orientación para esclarecer su opción frente a la maternidad.
- Ridiculización de las mujeres, obesas o "feas" que demandan atención por preocupaciones en la vivencia de su sexualidad, control de la fertilidad, menopausia, esterilidad, pérdida del deseo sexual, etc.
- Rechazo, menosprecio o desconocimiento por parte del personal de salud del saber de la mujer sobre su cuerpo y sus procesos, las prácticas de prevención y sanción tradicionales.
- Violación utilitaria y no consultada de la intimidad de la paciente al convertir su cuerpo en campo de prácticas para el aprendizaje; especialmente cuando hay manipulación de los genitales. El acto médico se impone sin mediar el consentimiento de la paciente.
- Aprovechamiento de la condición de superioridad y autoridad para manosear el cuerpo femenino.
- Sometimiento del cuerpo femenino al abuso de drogas, particularmente aquellas asociadas al control de la reproducción humana o funciones reproductivas, ocultando o minimizando sus efectos adversos. Así mismo, el abuso de la medicación de fármacos psicotrópicos, antidepresivos y estimulantes, particularmente a las mujeres en crisis.
- Disposición de ciertos recursos tecnológicos que responde más a las necesidades de comodidad del agente de salud que a las demandas de comodidad del paciente y aun a especificaciones de orden técnico.
- Abuso de cirugías mutilantes de los órganos reproductivos. Es el caso de las mastectomías y especialmente de las histerectomías, así como el uso indiscriminado e innecesario de las cesáreas que responden más al lucro que a la necesidad de la paciente.

- Control médico de la infertilidad y la fecundidad humana y especialmente femenina, no consentido voluntariamente, como es el caso de las esterilizaciones forzosas de que fueron objeto las mujeres del "tercer mundo", o imposición de métodos de control de la fecundidad.
- Ejercicio de una violencia extra por parte del personal de salud y de la policía contra las mujeres violadas, abusadas o maltratadas, mediante la culpabilización en el proceso de atención de la queja o de la lesión y en el desarrollo de los interrogatorios y exámenes a que son sometidas para certificar o dejar constancia de los hechos. Son frecuentes la minimización de los actos violentos y la psiquiatrización de la mujer agredida. La mujer puede ser culpabilizada, considerada provocadora, o simuladora, o loca.

El maltrato en la atención en salud contra las mujeres se opone a una relación humanizada, que es ante todo una relación democrática, donde hay pleno reconocimiento del otro como existente, como sujeto de sí mismo, de su cuerpo, de su vida, de su sexualidad, de su deseo, de sus afectos. Una relación humanizada es aquella en donde dos seres portadores de historias, quizás diferentes, de saberes diferentes sobre el cuerpo y los procesos de salud, establecen una relación de diálogo a propósito de un acto médico.

#### 4. Violencia contra la mujer en el hogar

La familia, como campo de ejercicio del poder, está constituida por un complejo de relaciones conyugales o de pareja, relaciones padres/hijos(as), relaciones jóvenes/viejos, y aún patrones/trabajadoras domésticas. La categoría violencia intrafamiliar incluye gran variedad de formas del maltrato en el interior del grupo familiar, incluido el maltrato a la niñez, a los viejos, a las empleadas domésticas, etc. Estas formas particulares de maltrato ameritan un tratamiento diferenciado, dada su especificidad.

En este sentido, es frecuente la clasificación de la violencia contra las mujeres como violencia pública y privada, o también como violencia pública y doméstica. Esta hace relación a la dicotomización de los espacios sociales y a los lugares que socialmente se han adscrito a hombres y mujeres.

La violencia doméstica puede ser definida como "acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros, que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica o la libertad de otro miembro de la familia".<sup>43</sup>

En este marco, la violencia conyugal ocurre en el grupo familiar y se define como el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente o anular física, intelectual o moralmente a la mujer con el objeto de disciplinar a su arbitrio y necesidad la vida, el cuerpo y la sexualidad femeninas.

El sentido común, lo natural, lo lógico en el ordenamiento familiar legítima una distribución desigual de las cargas y los papeles económicos, afectivos y sociales que deben soportar los distintos miembros del grupo familiar, y atribuye valoraciones desiguales y diferenciales a lo femenino y a lo masculino, a lo infantil y a lo adulto, a la juventud y a la vejez. Mujeres y menores, niños y niñas no son vistos como actores sociales en igualdad en el interior del mundo doméstico; no son aceptados como sujetos u otros en la relación cotidiana.

Las mujeres, al erigirse como plenos sujetos de derechos, como legítimos otros en la convivencia pueden constituirse en una amenaza a la dominación masculina que se fundamenta en la negación de la mujer y de los menores como personas y los concibe como portadores de papeles instrumentales.<sup>44</sup> La violencia en su contra busca de alguna manera circunscribirlos a dichos papeles, desconocerlos como sujetos de sí mismos.

En la familia, en la vida social en general, el hombre se reconoce a partir de sí mismo y la mujer se reconoce y se construye a partir del otro. Esta es la razón que hace a la mujer una realizadora de funciones, antes que una persona. Ella es ante todo esposa, madre, ama de casa, portadora de funciones que la hacen frágil frente a las exigencias de los otros. La imagen que la mujer tiene de sí misma posibilita el uso de la violencia en su contra.

El matrimonio, la maternidad y la domesticidad son los ejes que explican la opresión femenina; estos no han constituido opción o ejercicio de autonomía, por el contrario, son vividos como destino, obligación o imperativo cultural. De esa manera la mujer, expropiada de sí misma, vive su vida en función de otros.

Las relaciones amorosas no han sido construidas socialmente como la plena aceptación de la pareja como un legítimo otro en la convivencia.<sup>45</sup> Por el contrario, vivimos una afectividad alienada fundada en la subordinación de los y las menores a los adultos(as) y de las mujeres frente a los hombres; establecemos relaciones de dependencia, no de apoyo y ayuda.

En la familia, la mujer no interesa tanto en su calidad de individuo, sino en su calidad de prestadora de servicios: labores domésticas, deberes conyugales, oficios maternos. Esta trinidad inseparable de servicios a otros es esperada y exigible socialmente por el varón. El hecho de ser ella misma, el vivir para sí están ausentes de la experiencia femenina. Ella no es amada por sí misma, ella es necesitada para la prestación de servicios.

La diferencia de los papeles asumidos por el hombre y la mujer ha sido transformada por el ejercicio autoritario del poder para rebajar a la mujer. La cultura asigna el papel de autoridad en el interior de la familia al varón como titular, mientras la mujer es la suplente en su ausencia y, por tal razón, el varón es considerado como garante de la norma y vigilante del deber femenino.

Por otro lado, los niveles de eficacia en el terreno de lo inmediato pueden parecer elevados si se considera que generalmente la víctima queda paralizada y que, además, pocas veces está en capacidad de desplegar hostilidad, y menos violencia, así sea en defensa propia.

La violencia en el hogar contra la mujer es explicable como instrumento del poder/dominación dirigido a:

- Reafirmar la autoridad masculina frente a la mujer y al grupo familiar.
- Lograr el cumplimiento de los deberes y obligaciones asignados a la mujer dentro de la familia. En la medida en que socialmente se valide la exigencia del cumplimiento de dichos deberes como un derecho o un privilegio masculino, se valida el uso de la violencia como recurso y no se considera arbitrario o injusto su ejercicio.
- Imponer el punto de vista sobre la relación de pareja, el amor, la familia y la educación de los hijos.

Los actos violentos suelen ser desencadenados por el "incumplimiento" de alguna función o tarea asociada a su calidad de esposa, madre y doméstica, o como respuestas a las demandas femeninas sobre los papeles asignados a su compañero. Los pretextos más frecuentes para el recurso a la violencia contra la mujer en el hogar son:

- La negativa a servir de objeto sexual y/o a la negativa al cumplimiento de los deberes sexuales conyugales.
- Las faltas, supuestas o reales, a la denominada fidelidad conyugal.
- La falta de prontitud en la realización de los servicios domésticos: servir la comida, lavar la ropa, cuidar a los niños, etc.
- El reclamo al cumplimiento del papel de proveedor económico por parte de su pareja.
- La presencia de embarazo en la pareja.
- Reclamos frente al consumo de drogas o ingesta de licor.

La violencia busca la obediencia, constituye un castigo ejemplar frente a la transgresión o desviación del estereotipo adscrito a la mujer y forma parte del control social frente al sistema de usos socialmente convenido para la mujer. En este sentido, adquiere carácter funcional.

Las mujeres suelen aceptar las golpizas conyugales como ejercicio de derechos por parte del varón; aquel "por algo sería" que subyace en la valoración social del sentido común tiende a condenar *a priori* a la mujer y justificar al golpeador.

El matrimonio y la familia levantados sobre la base de relaciones de poder/dominación son potencialmente violentos y en ese sentido se constituyen en factores de riesgo para quienes se encuentran en una posición subordinada, exponiendo a las mujeres al coito y al riesgo de embarazo, sobre todo cuando simultáneamente se impide el acceso a la planificación familiar.

Aquello de "hogar dulce hogar" es una construcción del sentido común que oscurece a la familia y a la pareja como una reproducción social de las asimetrías de género y edad.

La familia y la pareja no son espacios de convivencia pacífica en sí mismos, como paraísos sin contradicciones donde solo el amor es posible, y la tiranía no encuentra sujetos. La propuesta es poner en duda la idealización de que son objeto en nuestra cultura.

Desmitificar la familia y la pareja permitirá abrir paso a la construcción de relaciones de solidaridad entre sus miembros, a formas democráticas de relación que posibiliten la concertación de la diversidad de intereses y necesidades, y el ejercicio de la libertad y de la afectividad sin obligatoriedad.

El amor, al decir de Maturana, es la emoción que constituye el dominio de acciones en que nuestras interacciones recurrentes con "otro" lo convierten en un legítimo otro en la convivencia.<sup>46</sup> En esta dirección, la democracia en la casa y en el país es ante todo una forma de relación social que presupone la aceptación del otro(a), un acto de amor, y más que acto de amor una conducta, un modo de ser en la relación con otros y otras que imposibilita la violencia, en tanto esta es una forma de negación del otro en la convivencia.

Anteriormente se señaló que el poder/dominación no es un acto unidireccional que se ejercita de arriba hacia abajo; la mujer ha creado una actitud y unas prácticas para enfrentarlo y sacarle partido, generar respaldo contra el agresor y solidaridad con su papel de víctima. La mujer se vale de los resquicios del poder/dominación para imponer su propia autoridad, subvertir a su favor las condiciones que la lesionan por la vía del afecto, de los hijos, de la sexualidad. El elemento afectivo/sexual es usado como una estrategia para resistir el poder y lograr influenciar las decisiones dentro y fuera de la relación familiar (intercambio de cama por decisiones, chantaje con los hijos, manipulación). Incapaz culturalmente de impugnar el poder masculino, ella es una mujer patriarcal, desarrolla resistencias soterradas y formas de ejercicio autoritario del poder que involucran a otros miembros del grupo familiar, que a su vez son subordinados a ellas, es decir, construye "circuitos de autoridad paralela".

Perpetradores y víctimas de la violencia hacen parte, cada uno desde su lugar, de una dinámica envolvente y tramposa en donde el varón ejercita el derecho, conferido por la cultura. Ligado estructuralmente a la familia autoritaria y patriarcal, aplica medidas, sanciones y castigos, para conservar, reforzar el papel que lo hace poseedor de la mujer y de los hijos, garante del orden interno del grupo. Por su parte, la mujer asume su papel de víctima, lugar desde donde suele intentar socavar al otro.



Romper la relación de dependencia con la violencia supone para la mujer la búsqueda de una identidad que cuestione la instrumentalización de las relaciones sociales sobre las cuales se legitima su uso y transforme el papel de víctima en una práctica liberadora y de autoafirmación.

## V. RECOMENDACIONES ESTRATEGICAS Y LINEAS DE ACCION

### 1. Elaboración y adopción por parte de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas

Con fundamento en los instrumentos jurídicos y legales que a nivel internacional recomiendan la protección de la mujer contra el maltrato y cualquier otra forma de discriminación se propone trabajar en la dirección de dotar al sector de una Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas, a fin de desarrollar de manera creativa dichos instrumentos. Se tomaría en cuenta en particular la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,<sup>47</sup> considerada la carta magna de los derechos humanos de las mujeres, y las Estrategias de Nairobi, orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer. Las recomendaciones de organismos internacionales, pese a los esfuerzos para su difusión, todavía circulan entre públicos reducidos.

La Carta propuesta es considerada como un instrumento pedagógico y de educación, que consigna los compromisos del sector salud con las mujeres y señala la orientación de las políticas y programas que desde el sector pueden impulsarse para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud por parte de las mujeres del continente. La intención es transformar los servicios de salud en instrumentos que hagan posible que la mujer ejerza sus derechos en salud.

La Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas deberá consignar expresamente:

- El derecho de las mujeres a decidir libremente sobre los asuntos que competen a su vida, su cuerpo, su afectividad, su sexualidad y su salud.
- El derecho a una educación en salud que favorezca la autonomía y la autodeterminación femenina, y el autocuidado fundado en el amor propio en beneficio de su reafirmación como sujeto de derechos.
- El derecho a una atención integral, de acuerdo a sus necesidades específicas, según edad, étnia, clase social, lugar de procedencia y orientación sexual.

- El derecho a recibir en los servicios de salud un trato digno que tenga en cuenta las particularidades de su historia biopsicosocial y garantice el respeto a su intimidad y su privacidad.
- El derecho a la libre opción a la maternidad, deseada y sin riesgo.
- El derecho a no ser discriminada en razón del ejercicio de la sexualidad y a ser respetada en sus opciones frente a la reproducción.
- El derecho a que los procesos asociados a su condición biológica, tales como la menstruación, la gestación, el parto, el puerperio, la menopausia y el envejecimiento sean tratados como procesos naturales y no como enfermedades.
- El derecho a una información adecuada y suficiente para el ejercicio de una sexualidad libre y sin riesgos, gratificante y responsable, no supeditada a la reproducción.
- El derecho a servicios de salud que atiendan de manera integral la problemática de las mujeres víctimas de maltrato o en situación de riesgo, esto es, acceso a programas de prevención de las diferentes formas de maltrato, atención y rehabilitación.

#### **Líneas de acción:**

- La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimulará a los países a presentar iniciativas para la elaboración de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas. La OPS puede estimular dentro del sistema de las Naciones Unidas la coordinación de esfuerzos y recursos, a fin de apoyar a los países y participar de las iniciativas de otros organismos.
- Los países realizarán reuniones consultivas con los organismos especializados y las organizaciones no gubernamentales de promoción de la mujer que trabajen en el tema de los derechos de la mujer, para estimularlos a presentar sus iniciativas.
- Los países conformarán comisiones de alto nivel, de carácter interdisciplinario, a fin de orientar los procesos de consulta nacionales de consulta.
- Los países realizarán eventos nacionales, regionales o locales acerca de los derechos en salud de la mujer, en donde se divulgarán los instrumentos internacionales sobre la no discriminación, haciendo particular énfasis en el derecho a la salud como parte sustantiva del derecho a la vida. Esta es una de las maneras de contribuir, desde la perspectiva de la salud, a que dichos derechos sean conocidos y aplicados por el sector salud.

- Los planes educativos del sector deben contemplar en sus agendas la inclusión de la temática de la mujer y en particular de sus derechos humanos, entre los que el derecho a la salud es un derecho fundamental.
- Los países buscarán los mecanismos que posibiliten una amplia participación en el debate de la propuesta de la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas, a las organizaciones, gremios y asociaciones de trabajadoras(es) del sector, a fin de sensibilizarlos acerca de la situación de los derechos en salud de la mujer.
- Los países deben comprometerse a firmar la Carta de Derechos de Salud de las Mujeres de las Américas, y a divulgarla ampliamente en las instituciones del sector y los organismos adscritos, así como a iniciar procesos educativos sobre la Carta.

## 2. Coordinación y concertación de políticas y programas de intervención

Tal como ya se ha señalado, la problemática que plantea la violencia contra la mujer es de profunda naturaleza cultural y no compete, por tanto únicamente al sector salud. Los esfuerzos a ser realizados, con el liderazgo del sector salud, deben ser intersectoriales dada la multiplicidad de formas y lugares de ejercicio. Las amplias movilizaciones sociales son necesarias para el impulso de políticas, planes y programas globales de prevención, por parte del Estado y la sociedad civil.

Los medios de comunicación, instituciones de bienestar social y familiar, partidos y organizaciones políticas, instituciones científicas, académicas y profesionales, organizaciones no gubernamentales de mujeres y de defensa de los derechos humanos, iglesias, organizaciones voluntarias para la asistencia en salud, etc., deberán coordinar esfuerzos a fin de potenciar sus recursos y dar respuestas más eficaces a esta problemática.

### **Líneas de acción:**

- Los países deberán estimular a las distintas instituciones gubernamentales y de la sociedad civil a realizar diagnósticos acerca de la situación de la violencia contra la mujeres y las niñas en los distintos escenarios sociales.
- Los países impulsarán la divulgación del problema de la violencia contra las mujeres y las niñas, a través de los medios masivos de comunicación, y estimularán a las instituciones académicas y científicas a presentar sus investigaciones y recomendaciones para la prevención, asistencia y rehabilitación.
- Los países impulsarán reuniones intersectoriales de trabajo para avanzar en el conocimiento del problema de la violencia contra las mujeres y las niñas y adoptar planes que comprometan a los diversos sectores sociales.

- Los gobiernos de la Región, con el liderazgo del sector salud, deberán comprometerse a impulsar la creación de instancias nacionales para coordinar los diferentes programas de apoyo a las mujeres víctimas de la violencia. Estos programas incluirán a los sectores oficiales, no gubernamentales, eclesiásticos y privados, a fin de potenciar sus recursos y sus alcances propugnando por la presentación de iniciativas legislativas, educativas y de salud. Dichos mecanismos nacionales pueden ser de carácter interinstitucional, e igualmente alentarán a las organizaciones no gubernamentales a participar en tales esfuerzos.

### 3. Modificación de instrumentos legales

Es importante introducir modificaciones en los instrumentos legales, ya que las normas de diversos países se basan en los marcos patriarcales que favorecen la impunidad frente a los crímenes contra la mujer, lo que se expresa en una inadecuada respuesta legal al problema.

Sobre dicha base, es necesario sustentar la eliminación de los códigos penales en que figuran delitos contra el honor, el pudor sexual, la castidad y la familia, y proponer su tratamiento como delitos contra la libertad y contra la integridad de las personas. La permanencia de estos prejuicios en el ordenamiento legal se fundamentan en una valoración de la mujer que tiene su eje en el ejercicio de la sexualidad y en pautas morales patriarcales que califican el delito de acuerdo a parámetros tales como la honestidad femenina, asociada con la sexualidad, la buena fama y la reputación.

En algunos casos el pasado sexual de la víctima es un pretexto para reducir las penas en caso de violación o abuso sexual. Así, en los casos de una doncella, prostituta, mujer casada o divorciada, mujer en unión libre o con experiencias sexuales, el ejercicio de la sexualidad se convierte en factor discriminatorio al aplicar la ley. Por el contrario, se deben considerar como agravantes en contra del agresor, la relación de parentesco con la ofendida, la convivencia y las relaciones de autoridad.

En el caso de considerar los mismos delitos como delitos contra la familia, en particular en el caso del incesto, se solicitan reformas en el sentido de destacar la protección de la mujer en tanto es esta quien es el objeto de la agresión, y es sobre ella donde recae la violación de derechos humanos básicos. Igualmente, se solicita que no sean considerados como atenuantes la forma de vestir, y el consumo de licor o drogas. Se sugiere que las circunstancias que rodean al agresor (una familia maltratadora, alcoholismo, consumo de psicofármacos, privación afectiva, etc.) deben ser tenidos en cuenta para determinar la conducta rehabilitadora a seguir con él, y no para la reducción de la pena.

Se propone abordar el hostigamiento sexual como un problema laboral, considerándolo como una forma de discriminación que incumbe a las organizaciones sindicales, toda vez que afecta la seguridad en el empleo. Se recomienda a las organizaciones sindicales la adopción de una cláusula convencional en donde los empleadores se comprometen a "asegurar que sus empleados sepan que el hostigamiento sexual constituye un comportamiento inaceptable en el seno de la empresa" y a establecer sanciones contra aquellos que emprenden una actividad cualquiera de las señaladas como hostigamiento. Además, se solicita el compromiso de los empleadores para cambiar de lugar de trabajo al instigador y no a la víctima.

El sector salud deberá buscar aproximaciones con el sector responsable del bienestar social y familiar, con instituciones tales como comisarías de familia, bienestar familiar, etc. En este sector es muy importante cuestionar el concepto tradicional de familia: el maltrato al menor puede conducir a desconocer el maltrato a la madre. Puede haber cierta fijación en conservar la unidad familiar a costa del equilibrio e integridad de la mujer y a perpetuar su condición de subordinación dentro del grupo.

El sector salud buscará enlaces con el sector educativo para la conformación de experiencias de formación para la vida, que estimulen el ejercicio de la autonomía y la autodeterminación, en especial para el ejercicio de la sexualidad, y contribuyan a la destrucción de la mistificación y estereotipos de lo femenino y lo masculino, permitiendo generar destrezas para el manejo adecuado de los conflictos intrafamiliares.

Mediante la coordinación de esfuerzos y recursos, las autoridades del sector salud y del sector educativo pueden impulsar la conformación de colectivos de trabajo en los centros de educación primaria y secundaria que aborden la temática de la sexualidad humana y los derechos de la mujer, con énfasis en los derechos en salud de la mujer, a fin de permitir el debate transparente de asuntos como la violación, el incesto, el maltrato físico y el acoso sexual en la escuela y en la familia. Estos colectivos fomentaran la formación en el respeto de la diferencia. Estas acciones son de carácter fundamental si se considera que los años de escuela son definitivos en la formación de la personalidad del adulto(a). Es allí en donde se funda la posibilidad de desarrollarse como seres capaces de aceptar al otro y a la otra en la convivencia y respeto mutuo, tanto como en la aceptación propia como principio del reconocimiento del otro y la otra.

En sentido similar, es importante introducir como parte de la formación universitaria de pregrado y de postgrado cátedras que aborden el acontecer en los vínculos humanos desde la perspectiva del poder y su impacto sobre la salud, teniendo en cuenta la diferencias entre los géneros. En la misma dirección hay que abogar por la incorporación del enfoque de género en el análisis de lo social y en la reflexión dentro de las ciencias de la salud sobre los aspectos sanitarios y educativos.

4. Desarrollo de modelos de servicios de salud para mujeres y niñas víctimas de la violencia

Los organismos de salud deberán incrementar sus programas de atención y prevención en salud mental y educación para el sano ejercicio de la sexualidad, para lo cual es urgente la ampliación de los servicios, con el apoyo de profesionales de las áreas psicológica y social.

Es necesario establecer y consolidar los enlaces entre el sector salud y el sector jurídico en dirección a la atención inmediata de las víctimas de la violencia. Es urgente enlazar los servicios jurídicos institucionales y los consultorios de medicina legal con los servicios de salud de emergencia, a fin de retroalimentarse mutuamente. A su vez, los servicios de asistencia legal tendrán que colocarse en condiciones de orientar y remitir hacia el sector salud a las víctimas o mujeres y niñas vulnerables a la violencia que en primera instancia se dirijan allí.

Los funcionarios del sector salud deberán informarse acerca de cómo proceder e interrogar y a dónde remitir a las mujeres víctimas de la violencia, desde el punto de vista legal, y orientarlas a otras instituciones que ofrezcan ayuda. En la misma dirección, se debe capacitar y orientar a los funcionarios jurídicos.

Hay que impulsar programas de capacitación y de adiestramiento para los funcionarios y prestadores de servicios, con énfasis en los sistemas locales de salud a quienes el Estado encarga la responsabilidad de la atención de las mujeres.

Es importante plantearse la búsqueda de estrategias pedagógicas dirigidas a los agresores, con fines de rehabilitación, para enseñar al hombre a controlar su agresividad. Los programas de rehabilitación se dirigen fundamentalmente a mujeres agredidas; puede resultar interesante considerar también, como sujeto de intervención al agresor. En este sentido, puede experimentarse con grupos de autoayuda masculinos dirigidos a cuestionar los estereotipos de masculinidad y de feminidad.

Los servicios de salud deberán hacer lo que esté a su alcance para colocar, literalmente, en las manos de las mujeres agredidas, la información acerca de los recursos institucionales internos y externos para asistirla. Las medidas de prevención comprenden información pública, programas educativos dirigidos a estimular la autonomía y autodeterminación femeninas sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su afectividad con el fundamento en el amor propio.

El sector impulsará la confección de directorios de recursos de salud, legales, gubernamentales y no gubernamentales, para la asistencia de las víctimas de maltrato, a fin de difundirlos ampliamente entre la población que acude a los servicios. Así mismo, se ocupará de su difusión masiva a través de los medios de comunicación, iglesias, organizaciones comunitarias, etc.

Uno de los mecanismos sugeridos para enlazar lo médico y lo legal, es establecer que el victimario costee la atención en salud y el tratamiento psicoterapéutico tanto de la víctima como de su grupo familiar, y también que el agresor sea sometido a tratamiento o apoyo psicológico como parte de la sanción.

La oferta en ambos sectores deberá contemplar refugios, líneas telefónicas de apoyo durante las 24 horas del día (pueden ser atendidas por personal voluntario, en servicio social, estudiantes entrenadas, etc.) asesoría, rehabilitación de las sobrevivientes y respaldo a las mujeres y niñas víctimas de la violencia, así como aquellas en situaciones de alto riesgo.

Para caracterizar una situación como de alto riesgo, hay que considerar entre los criterios la historia familiar, el número de episodios violentos, el consumo de psicofármacos, el ejercicio de la autoridad, etc. Los organismos internacionales recomiendan considerar, además como situación de vulnerabilidad femenina frente a la violencia aquellas en las cuales la mujer es discriminada en razón de la etnia; su condición como migrante, refugiada o desplazada; situación de embarazo; edad, invalidez o pobreza; situación de conflicto armado o de privación de su libertad.<sup>48</sup>

Las instituciones de salud tienen una limitada capacidad de respuesta frente a la problemática de la violencia contra la mujer, tanto en el orden preventivo como de atención, y deberán apoyarse en la experiencia práctica y teórica de las organizaciones no gubernamentales y de las organizaciones de promoción de la mujer. Su fortaleza radica en su amplia experiencia en la capacitación y en la educación, tanto de grupos de mujeres como de sectores institucionales, en aspectos tales como formación de monitoras, tramitación judicial de casos, grupos de autoayuda, investigación y asesoramiento.

En enlace con los organismos policiales especializados y los consultorios jurídicos de servicio social de los programas de formación universitaria, puede ofrecerse en los centros y unidades de salud asistencia legal a las mujeres y niñas maltratadas, para lo cual se requiere entrenamiento previo de los funcionarios responsables de la atención a las mujeres.

Es necesario establecer sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan la detección oportuna de las mujeres agredidas o de mujeres y niñas en situaciones de riesgo. La mujer agredida puede ingresar a los servicios de salud en caso extremo por emergencias, pero es necesario no olvidar que la detección de mujeres agredidas ocurre fundamentalmente en la consulta externa, se trata, entonces de diseñar preguntas de control y sistemas de vigilancia que permitan identificarlas, a fin de ofrecer el acompañamiento institucional necesario, tanto desde el punto de vista psicológico como social.

El registro y seguimiento tiene el objeto de nutrir el sistema de vigilancia, pero se requieren además el levantamiento de estadísticas que sirvan de base de datos a las investigaciones sobre el tema y que permitan aproximarse aún más al problema, a fin de difundirlas entre la ciudadanía para incrementar su conciencia.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica para mujeres maltratadas deberán diseñar registros propios que no solo consignen el tipo de lesión, hora del acto, historia y repetición, sino además identifiquen con claridad el vínculo de la víctima con el agresor. Aunque el sistema de vigilancia se centre en la víctima, el objeto de la intervención son las relaciones sociales en que está inmersa la mujer y que hacen posible su victimización, a fin de determinar los campos de intervención.

La participación comunitaria es fundamental para el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica en los sistemas locales de salud. Las organizaciones de promoción de la mujer y otras organizaciones en que tradicionalmente participan las mujeres, la mayoría de las veces invisibles (asociaciones de padres de familia vinculadas a las escuelas, organizaciones asociadas a la iglesia, cruz roja, organismos voluntarios, etc.), pueden convertirse en elementos fundamentales del proceso de atención a las mujeres maltratadas.

En las barriadas, las mujeres organizadas pueden constituir redes de referencia a los sistemas locales de salud, a las comisarias de familia o a las inspecciones de policía o instituciones afines, donde las haya. Igualmente, las instituciones de mujeres y las organizaciones pueden contribuir en la desactivación de la impunidad oficial frente a la violencia contra la mujer. Además, con el apoyo de las diversas instituciones del Estado, se pueden impulsar campañas educativas acerca de los derechos de la mujer y de la infancia.

Los grupos de autoayuda de mujeres agredidas, violadas o maltratadas son formas de autogestión de las mujeres, en donde ellas asumen como asunto de su competencia, como sujetos, el enfrentamiento de la violencia y sus vínculos con esta. Un planteamiento común de los hechos aislados que acontecen a cada mujer, en cada intimidad, permite su socialización y se orienta al manejo colectivo de la problemática.

Los programas de co-gestión para la intervención entre el sector salud y las organizaciones de mujeres constituyen un espacio que permitiría el impulso de políticas participativas de mayor alcance y cobertura, y sensibilizaría al sector frente a las propuestas alternativas en la perspectiva de género para la prevención de la violencia contra las mujeres.

El sector salud podrá promover formas de participación comunitaria de las mujeres en la creación y difusión de formas de control y de sanción social del maltrato, que contribuyan a disuadir o avergonzar al agresor: denuncias a través de carteles; institución de tribunales sociales



para juzgar y hacer un ejemplo de crímenes y violaciones de los derechos humanos de la mujer; creación de comités de vigilancia del hostigamiento sexual en los lugares de trabajo, las escuelas, los barrios, etc. y conformación de redes de hogares temporales para albergar a víctimas de la violencia y el maltrato.

#### 5. Fomento de la investigación

Es necesario impulsar investigaciones acerca de metodologías alternativas para la atención y protección de las víctimas, y trabajar en la línea de metodologías de prevención y en el diseño de pedagogías de intervención en crisis, así como metodologías de apoyo sistemático a grupos de víctimas de los diferentes tipos de violencia.

También hay que investigar nuevas posibilidades de interpretación del fenómeno y su etiología, toda vez que el diseño de políticas de intervención está en directa relación con el análisis de causalidad, en particular relaciones entre suicidio femenino y violencia intrafamiliar; enfermedad mental y violencia; aborto y presencia de violencia intrafamiliar; embarazo no deseado y violencia, y sexualidad y violencia, entre otros.

Se recomienda el diseño de programas de investigación/acción específicos que den lugar a metodologías de intervención y de atención, por ejemplo: violencia conyugal, incesto, mujeres víctimas de la violencia política, mujeres víctimas de violación, etc., que puedan difundirse en la Región a fin de calificar los recursos humanos para la intervención sobre el problema.

#### 6. Cooperación técnica internacional

La cooperación técnica internacional estimulará el intercambio de experiencias de los diferentes países en el abordaje del problema, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial. Así mismo, prestará su concurso para la elaboración de políticas y programas, tanto en el orden jurídico como educativo y de salud con una perspectiva integradora.

Se interesará a los países en realizar esfuerzos para recuperar el conocimiento, las investigaciones sobre el tema y las propuestas de intervención, a fin de contribuir a enriquecer el conocimiento regional.

La Organización Panamericana de la Salud instará a desagregar en las causas de defunción por causas externas, aquellas que tengan que ver con la violencia doméstica y/o conyugal y otras formas de maltrato, en especial el homicidio contra el cónyuge, a fin de establecer sistemas de registros unificados a nivel de las Américas que permitan cuantificar el problema y aproximarse, cada vez más, a sus dimensiones reales para trazar políticas y programas más realistas.

En los programas y políticas de formación de los recursos humanos para el sector se incluirá como parte de la agenda de formación la inclusión de la temática de género y su relación con la salud, así como las relaciones de poder y de maltrato contra las mujeres y las niñas, y se divulgará a través de boletines regionales que ya existan, o que sean creados para tal fin, los avances en el conocimiento, diagnóstico y programas de prevención y rehabilitación, y los avances en el reconocimiento por la comunidad internacional de la violencia contra la mujer como un problema prioritario de salud pública.

Así mismo, la OPS recomendará a los gobiernos de la Región dar a la violencia contra la mujer el tratamiento de problema prioritario de salud pública, e impulsará la creación de servicios de apoyo a mujeres y niñas víctimas de la violencia o en situación de riesgo.

La cooperación técnica facilitará el adiestramiento y la capacitación de los recursos nacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, impulsando diversas iniciativas, tales como reuniones, seminarios, publicaciones, etc., así como el enlace de los mismos para la formulación de programas y propuestas de intervención, tanto en el orden preventivo, como asistencial y de rehabilitación.

## BIBLIOGRAFIA

- Arango, Ydanda. Autocuidado: Una toma de decisión de la mujer frente a su salud. En: Mujer, salud y autocuidado. Memorias. Grupo Latinoamericano de Trabajo, 1991. Cali, Colombia.
- Arizabaleta de García María Teresa. Violencia contra la Mujer en la familia. Imprenta Departamental del Valle. 1ª Edición, 1989. Cali, Colombia.
- Bolis, Mónica. Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1992. Mimeo.
- Cardaci, Dora. Mujeres, cuidado de la salud y violencia. En: Mujer, salud y autocuidado. Memorias. Grupo Latinoamericano de Trabajo. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y desarrollo. Desarrollo de Servicios, 1991, Cali, Colombia.
- Carrillo, Roxana. La violencia contra la mujer En. Una nueva lectura: Género en el desarrollo. Guzmán, V. y Col. Compiladoras. Ediciones Populares Feministas- CIPAF. Colección Teoría. República Dominicana. 1992.
- CEPAL. Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: Propuestas para la discusión. División de Desarrollo Social. Unidad Mujer y Desarrollo. *Serie Mujer, y Desarrollo* 10. U.U. Mayo 1992. Santiago, Chile.
- Henríquez, N. Alfaro, R. M. Compiladoras. mujeres, violencia y derechos humanos. IEPAIA-Calandria. 2ª Edición. 1991. Lima, Perú.
- ISIS Internacional. El malestar silenciado. La otra salud mental. Ediciones de las mujeres. No. 14. 2a Edición. 1991. Santiago de Chile.
- ISIS Internacional. Violencia en contra de la mujer en América Latina y el Caribe. Información y Políticas. Proyecto RLA/88/Wo1. Informe Final. Octubre de 1990. Santiago de Chile.
- Maturana, Humberto. Emociones y lenguaje en educación y política. Colección. Hachette-Comunicación. 5a. Edición 1992. Santiago.
- Ministerio de Salud. Colombia. Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud. Coordinadoras Arango, Y. Londoño, A, 1992. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Manual de Capacitación en Sexo, Género y Salud. Guatemala, 1991.

Naciones Unidas. Violencia contra la mujer en la familia. Oficina de las Naciones Unidas en Viena. Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios. Nueva York. 1989.

Organización Panamericana de la salud. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Violencia contra la mujer: un problema de salud pública. Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer. Managua. 1992.

Pagelow, Mildred. Woman-Battering. Victims and their Experiences. Trad. Vila, M.C. En: Proyecto asistencia a mujeres golpeadas. Escuela de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, 1986.

Paiewonsky, Denise. La violación sexual: Algunos mitos comunes sobre agresores y víctimas. En: Informe general del seminario. Situación socioeconómica y jurídica de la mujer dominicana, 11-15 julio. 1988. Santo Domingo.

Plata, M.I., Yamuzova, M. Los derechos humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación. 1979. Profamilia. Servicio de Consultoría jurídica familiar. 1ª edición 1988. Bogotá, Colombia.

Profamilia. Demographic and Health Surveys. Encuesta nacional de prevalencia, demografía y salud. 1990. Colombia.

Profamilia. La violencia y los derechos humanos de la mujer. Servicio de consultoría jurídica familiar. 1ª Edición 1992. Bogotá, Colombia.

Quiroz, A., M.I., Mazuera, M.E. y otros. Maltrato al menor. Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Medellín, Colombia. 1989.

Vila, M.C. Coordinadora. Violencia familiar: Mujeres golpeadas. Seminario. Asamblea permanente por los derechos humanos y comisión de la Mujer y sus derechos. Paz Producciones, 1989, Buenos Aires.

Notas

1. Corsi, Jorge. En: "Violencia familiar: mujeres golpeadas". Seminario Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, Buenos Aires, 1989.
2. ISIS INTERNACIONAL. "El malestar silenciado, la otra salud mental." Ediciones de las mujeres. N. 14. Santiago, 1990.
3. Vila, María Cristina. Proyecto de asistencia a mujeres golpeadas. Escuela de Salud Pública. Buenos Aires, 1986.
4. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Manual de capacitación en sexo, género y salud. OPS/OMS. Guatemala, 1991.
5. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Primer seminario subregional sobre violencia contra la mujer. Memorias: Violencia contra la mujer problema de salud pública. Managua, Nicaragua, 1992.
6. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Primer seminario subregional sobre violencia contra la mujer. Memorias: Violencia contra la mujer problema de salud pública. Managua, Nicaragua, 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Primer seminario subregional sobre violencia contra la mujer. Memorias: Violencia contra la mujer problema de salud pública, pág. 245. Managua, Nicaragua, 1992.
8. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Primer seminario subregional sobre violencia contra la mujer. Memorias: Violencia contra la mujer problema de salud pública. Managua, Nicaragua, 1992.
9. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Primer seminario subregional sobre violencia contra la mujer. Memorias: Violencia contra la mujer problema de salud pública, pág. 138. Managua, Nicaragua, 1992.
10. Organización Mundial de la Salud. "Women's health: across age and frontier", 1992, pág. 90. Ginebra, OMS.
11. Organización Panamericana de Salud. 190. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas, pág. 117, OPS.

12. CEPAL. "Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuestas para la discusión". División de desarrollo social. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile, 1992.
13. Naciones Unidas. 1989. "Violencia contra la mujer", pág. 21, Nueva York.
14. Colombia. "Profamilia, Demographic and health". Encuesta nacional de prevalencia demografía. Bogotá, 1990.
15. "La violencia lo impensable, lo impensado", Casa de la Mujer, Compilación, 1990.
16. "Violencia en la intimidad". Casa de la mujer, compilación, 1988.
17. Berenguer. En: "Cuéntame tu vida". Cali, Colombia.
18. Organización Mundial de Salud. "Women's health: across age and frontier", 1992, pág. 91. Ginebra, OMS.
19. Bolivia. Ministerio de Previsión social. Citado en OPS. 1990. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas.
20. CEPAL. "Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuestas para la discusión". División de desarrollo social. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile, 1992.
21. CEPAL. "Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: propuestas para la discusión". División de desarrollo social. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile, 1992.
22. Naciones Unidas, 1989. Nueva York.
23. Naciones Unidas, 1989.
24. Organización Mundial de la Salud. "Women's health: across age and frontier", 1992. pág. 91 y siguientes. Ginebra, OMS.
25. UNIFEM, pág. 163.
26. Carrillo, R. pág. 163.
27. Carrillo, R. pág. 163.

28. Argentina. "Violencia familiar: mujeres golpeadas". Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Buenos Aires, 1989.
29. Randall, 1990. "Más de un millón de mujeres anualmente usan los servicios de emergencia por lesiones relacionadas con golpes".
30. Naciones Unidas, 1989.
31. Naciones Unidas, 1989. pág. 22.
32. República Dominicana. Informe general del seminario sobre situación socio-económica y jurídica de la mujer dominicana. 11-15 julio, 1988. Santo Domingo.
33. Organización Mundial de la Salud. "Women's health: across age and frontier", 1992, pág. 90. Ginebra, OMS.
34. Profamilia. "La violencia y los derechos humanos de la mujer", pág. 26.
35. Naciones Unidas, 1989. "Violencia contra la mujer", pág. 24. Nueva York.
36. Profamilia. "La violencia y los derechos humanos de la mujer". 1992.
37. Vila, María Cristina. "Ciclo de la violencia conyugal", En: "Violencia familiar: Mujeres golpeadas", pág. 19.
38. Profamilia. "La violencia y los derechos humanos", pág. 33.
39. Naciones Unidas, 1989. "Violencia contra la mujer", pág. 25. Nueva York.
40. Vila, María Cristina. "La mujer golpeada". En: "Violencia familiar".
41. Profamilia. "La violencia y los derechos humanos de la mujer", 1992.
42. Londoño, V. "Hacia la recuperación del asombro".
43. ISIS INTERNACIONAL. "Violencia en contra de la mujer en América Latina y el Caribe", pág. 9. Santiago de Chile, 1990.
44. Naturana. H. "Emociones y lenguaje en educación y política". Ediciones pedagógicas chilenas. 5a edición. Santiago, 1992.

45. Maturana. H. "Emociones y lenguaje en educación y política". Ediciones pedagógicas chilenas. 5a edición. Santiago. 1992.
46. Maturana. H. "Emociones y lenguaje en educación y política", pág. 21. Ediciones pedagógicas chilenas. 5a. edición. Santiago, 1992.
47. Naciones Unidas, 1979.
48. "La violencia y los derechos humanos de la mujer", pág. 193.