



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

18.ª sesión, 8-9 de febrero de 1999

Punto 8 del orden del día provisional

MSD18/7 (Esp.)

5 enero 1999

ORIGINAL: ESPAÑOL

ABORDAJE DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LAS POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN CENTROAMÉRICA

La situación particular de Centroamérica en la década de los ochenta y el Decenio de la Mujer de las Naciones Unidas (1975-1985) permitió a la Organización Panamericana de la Salud y al sector salud movilizar recursos financieros y apoyo político para formular proyectos basados en la perspectiva de género en el sector salud. Contaron con el financiamiento de la cooperación de Suecia y Noruega. En este marco se inscriben como un problema de salud pública las estrategias desarrolladas con el sector salud para el abordaje de la violencia hacia la mujer en las relaciones familiares.

Este documento describe la experiencia de abordaje de la violencia intrafamiliar (VIF) y la relación con los procesos de reforma sectorial. Las principales líneas de acción son: la sensibilización y capacitación de funcionarios del sector salud, la realización de investigaciones género-sensitivas, la movilización de recursos políticos, económicos y humanos, la creación de espacios de participación de diferentes actores sociales, y el desarrollo de propuestas metodológicas interdisciplinarias. El documento hace un breve comentario sobre el contenido de las estrategias adoptadas: el análisis de situación de salud y visibilidad de la violencia hacia la mujer como problema de salud pública, la violencia intrafamiliar y las políticas públicas y el modelo de atención integral, y concluye con las perspectivas del proceso de la reforma del sector salud.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Antecedentes.....	3
2. Violencia hacia la mujer.....	4
3. Estrategias	5
3.1 Análisis de situación de salud y la visibilidad de la violencia hacia la mujer como problema de salud pública	5
3.2 Políticas públicas violencia de género y reformas sectoriales	7
3.3 Modelo de atención integral y la reforma del sector salud	9
4. Recomendaciones	14
Bibliografía.....	15

1. Antecedentes

En los últimos 20 años el problema de los hechos de violencia en el seno de la familia ha cobrado visibilidad social y se convirtió en sujeto de estudios, tema de Cumbres Mundiales como la de la Infancia en 1990, Conferencia de los Derechos Humanos (1993) y Conferencia Mundial de la Mujer de 1995. Así mismo ha generado que los Estados de Centro América elaboren políticas e implementen acciones que respondan a este grave problema social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce las conductas violentas como un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas¹ e insta a los gobiernos a establecer políticas y planes nacionales y movilizar recursos hacia la prevención y control de la violencia con énfasis en los grupos más vulnerables. (1993). Durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996, los Estados Miembros acordaron que la violencia es una prioridad de salud pública en las Américas.

En la década de los noventa, el sector salud de Centro América se enfrascó en procesos de reforma sectorial. El tema de la equidad y la eficiencia se encuentra en el centro de los desafíos de esos procesos de reforma. Estos procesos han implicado la redefinición del rol de los ministerios de salud, la seguridad social y el sector privado en la provisión de servicios y el financiamiento del acceso de la población a los servicios de salud.

El concepto género y salud² encuadra en la equidad y en las estrategias³ para incorporar el abordaje de la violencia hacia la mujer en las relaciones familiares. El Programa Mujer Salud y Desarrollo de OPS/OMS plantea la utilización de la categoría de género como una herramienta que contribuye a una mejor comprensión de las situaciones de salud de mujeres y hombres, a equidad en los procesos de reforma del sector y a una planificación más eficiente de servicios.

El Programa Mujer Salud y Desarrollo en Centro América ha facilitado al sector salud construir un proceso para la incorporación de la perspectiva de género en las

¹ 37.º Consejo Directivo de la OPS (1993).

² Una perspectiva que reconoce que las relaciones sociales entre los sexos son construidas socialmente, que existe una “estratificación de los sexos” y que se expresa con particularidades según contextos y articulación con otras jerarquías sociales. Este hecho impacta el desarrollo social y económico, la cultura y por ende las condiciones de salud. Se entiende por estrategia una línea global que da cohesión a las acciones y permite que éstas se orienten adecuadamente hacia los objetivos propuestos. Los mecanismos son los medios concretos que se definen dentro de la estrategia para la implementación de las acciones y el logro de los objetivos.

políticas, programas y acciones de salud para el abordaje de la violencia en las relaciones familiares. Un logro importante es que los Ministros de Salud de Centro América y Presidentes Ejecutivos de la Seguridad Social en la Reunión del Sector Salud de Centro América (ISCA) en 1994 emitieran una resolución para que se integre la perspectiva de género a políticas y programas de salud. Actualmente cuatro países han incorporado en sus planes de salud la perspectiva de género como un enfoque prioritario.

Este documento sintetiza, para el periodo 1994-1998, las estrategias y mecanismos que la cooperación técnica del Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS en la región de Centro América, en conjunto con los ministerios de salud de la región y otros actores sociales, ha desarrollado para la atención de las víctimas de violencia y el avance en la cultura de la no-tolerancia de la violencia en el seno de la familia.

2. Violencia hacia la mujer

El Programa Mujer Salud y Desarrollo en Centro América seleccionó como uno de los ejes prioritarios de la cooperación el abordaje de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública.

La expresión *violencia contra la mujer* o *violencia de género* se refiere a “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible un daño físico, sexual o psicológico (incluyendo amenazas, coerción o la privación de libertad), ya sea que ocurra en la vida pública o privada. Por consiguiente, la violencia contra la mujer adquiere diferentes formas: violencia física, sexual y psicológica (golpes, abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el cónyuge, la mutilación genital) y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido, violencia relacionada con la explotación: violencia física, sexual y psicológica en el ámbito de la comunidad en general incluida las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento, la intimidación sexual en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros ambientes, la trata de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetuada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra”. (Beijing 1995)

Una de las formas de violencia es la violencia conyugal, también conocida como violencia doméstica, maltrato conyugal o violencia íntima. Es una de las formas más comunes de la violencia en la familia y puede ser definida como “Todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/o someter y que resulta en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior”. (Belén do Pará, 1994)

3. Estrategias

3.1 *Análisis de situación de salud y la visibilidad de la violencia hacia la mujer como problema de salud pública*

La visión de género en los análisis de situación de salud puede contribuir a la visibilidad de los problemas de salud relacionados con las condiciones específicas en que viven hombres y mujeres. Uno de esos problemas ha sido el de la violencia intrafamiliar.

El tema de la situación de salud y su vigilancia es crucial en los contextos de reforma del sector salud, y para los países en desarrollo se considera una estrategia prioritaria por las siguientes razones:

- El impacto de los procesos de reforma del sector salud tiene que ver con la lectura que se realice de la salud y de los grupos sociales en mayor desventaja. El género es un importante indicador de desigualdad social.
- La identificación de los determinantes de los perfiles epidemiológicos de las mujeres ha privilegiado la dimensión biológica con énfasis en los aspectos de la reproducción dejando invisible las otras dimensiones que afectan la salud como son el hábitat, las representaciones sociales, el acceso a bienes y servicios y la inserción económica. En estas dimensiones el orden de género juega un papel diferenciador entre hombres y mujeres y, a su vez, entra en interacción con otras jerarquías sociales (etnias, clases, edad) que contribuyen a la posición y situación social de las mujeres y de los hombres.
- El análisis de los riesgos de causas de muerte, los motivos de consulta, la formulación de políticas y estructuración de los servicios requieren de datos más allá de los registros de salud y plantean la necesidad de otras fuentes de información, disciplinas y sectores, considerando que la salud es un producto social cuya gestión involucra diferentes actores sociales.
- La OPS/OMS indica que el proceso de reforma está orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

3.1.1 *Experiencias a nivel subregional y de países*

Un estudio en los siete países de Centro América, basándose en fuentes secundarias, reveló vacíos de datos en los registros de salud como la falta de la información por sexo, severas limitaciones en la posibilidad de documentar con información completa las situaciones diferenciales entre hombres y mujeres según los grupos de edad y ausencia de datos relacionados con las condiciones de vida de mujeres y hombres.

La CIE-9 ofrecía en su “Clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud” formas sencillas de registrar en los diarios de consulta externa gran parte de las circunstancias que tienen riesgos diferentes para hombres y para mujeres. La ausencia de un análisis de género dificulta la precisión para determinar los riesgos, ya que se debe recurrir a situaciones estandarizadas.

Las instancias de género del sector salud nacional desarrollan investigaciones de análisis de situación en el ámbito local que permitieran incorporar datos desde una perspectiva de género.⁴ Los resultados obtenidos contribuyeron a mejorar el conocimiento y las respuestas sociales del sector salud para mujeres y hombres.⁵ A escala municipal los resultados revelaron diversas necesidades de mujeres y hombres en el seno de los hogares, relaciones jerarquizadas y problemas de salud no visibilizados por las estadísticas de salud, como es el caso de la violencia de género.

Estos estudios mostraron que era posible documentar las condiciones de vida de las mujeres y los hombres en el ámbito local a través de la triangulación de métodos cualitativos y cuantitativos, y movilizar a la comunidad y a los trabajadores de salud en torno a estos objetivos.

3.1.2 *Logros*

- Integración de la perspectiva de género en los análisis de situación de salud en Belice, Costa Rica, Panamá y en el análisis de la mortalidad materna en Nicaragua.

⁴ Los siete países de Centro América seleccionaron municipalidades en las que se realizaron estas investigaciones en el periodo 1995-1996. Para mayor información al respecto ver "Sistema de información de mujer y salud de OPS/OMS". Posteriormente se realiza un análisis comparado de las experiencias de El Salvador y Nicaragua.

⁵ Para mayor información sobre esta investigación véase la publicación de OPS/OMS: La salud - Enfermedad de las mujeres centroamericanas, 1994.

- Incorporación en el Plan Nacional de Salud de Belice la perspectiva de género como un enfoque prioritario.
- Fortalecimiento de la concertación y del trabajo interprogramático e interdisciplinario en todos los países.
- Visibilidad de las condiciones de género y la relación con la salud documentada en siete municipalidades de Centro América.

3.2 *Políticas públicas, violencia de género y reforma sectorial*

Dado la evidencia que las brechas de género menoscaban el desarrollo social y económico⁶ y por ende la salud, se hace fundamental someter las políticas públicas en todos sus niveles a un análisis de género. El Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS/OMS ha sugerido algunos de los aspectos a considerar para la construcción de políticas públicas con equidad de género en salud:

- Reconocer las relaciones sociales de género en las sociedades centroamericanas.;
- Construir políticas públicas que inciden en las relaciones entre hombres y mujeres, y de estos con el Estado;
- Documentar las brechas de género y su incidencia en la salud;
- Solicitar la voluntad política para abordar las brechas sociales entre los sexos.;
- Facilitar la elaboración de la política pública en el sector salud que contemple una visión de género.

Los criterios mencionados han sido útiles a la cooperación técnica en Centro América para facilitar la negociación y movilización de actores sociales para la elaboración de políticas sobre la violencia de género y en particular de la violencia hacia la mujer en la familia.

3.2.1 *Experiencias subregional y de países en generar políticas sectoriales*

El Programa Mujer, Salud y Desarrollo, en conjunto con los Ministerios de Salud de Centro América en marzo de 1992 realizaron la primera reunión centroamericana

⁶ Informe Sobre Desarrollo Humano 1995 PNUD. Estudio del Banco Mundial, Caroline Moser, 1996.

sobre “La violencia contra la mujer como un problema de salud pública”.⁷ En ella presentaron estudios específicos sobre el impacto de la violencia en la salud de la mujer, los cuales revelaron:

- El género masculino es más vulnerable ante la violencia social (riñas y asaltos), las mujeres en todos los grupos de edad son más vulnerables en el ámbito de la violencia intrafamiliar.
- La violencia hacia la mujer afecta y es generadora de diferentes problemas de salud.
- La violencia intrafamiliar atenta contra los derechos humanos y ocurre entre personas que han estado o están unidas con un vínculo afectivo.
- La violencia hacia la mujer en la familia es reveladora de las inequidades de género.
- La violencia hacia la mujer no es problema nuevo; no obstante, no existía un marco legal que la penalizara ni políticas específicas al respecto.
- Su invisibilidad tiene repercusiones en la salud de la mujer y en la calidad de la atención de los servicios.

Si bien la identificación de la violencia contra la mujer como problema de salud pública representó un avance indiscutible, sus características plantearon un reto conceptual y metodológico para definir el rol del sector salud, donde la detección, diagnóstico médico y registro son necesarios, pero, además, se requiere del conocimiento de aspectos legales, culturales y sociológicos para su prevención. Entre los diferentes tipos de violencia hacia la mujer, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, en conjunto con los países, enfatizó en la violencia hacia la mujer en la familia, y en particular la violencia conyugal por la magnitud, su impacto en la salud, así como en la posibilidad de prevenirla.

La identificación del problema permitió plantear un amplio proceso de concertación con diferentes actores sociales a diferentes niveles: cumbres de presidentes, reunión de primeras damas de la Región, parlamentos, ministras y ministros de salud, organismos no gubernamentales y agencias de cooperación de Naciones Unidas.

⁷ Para mayor información, véase la memoria de la reunión subregional “La violencia contra la mujer, problema de salud pública”. Managua, marzo de 1992.

3.2.2 Logros

- Actualmente los siete países de Centroamérica reconocen la violencia hacia la mujer como problema de salud pública. Entre 1995 y 1997 los países legislaron penalizando los actos de violencia en la familia.
- Las cumbres de presidentes y primeras damas han reconocido el problema en resoluciones específicas; algunos países como Costa Rica, Honduras, El Salvador y Panamá han generado políticas de Estado por ley sobre el particular.
- La existencia de un proyecto financiado y de carácter subregional para definir el rol del sector salud.

3.3 Modelo de atención integral y la reforma del sector salud

Para el abordaje del problema de la violencia intrafamiliar se consideró la necesidad de movilizar recursos económicos con un proyecto que permitiera elaborar una propuesta conceptual y metodológica para definir el rol del sector salud. Esta iniciativa contó con el aval de las autoridades nacionales de los siete países.

El modelo de atención distingue los niveles micro, meso y macro en los que deben operar los procesos:

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL VIF

*Se entiende la atención integral como un sistema que opera a diferentes niveles: **macro**, en las políticas públicas de Estado y normativas jurídicas; **meso**, en el nivel institucional sectorial, a través de los sectores que desarrollan normas y directrices; **micro** donde se operacionaliza el sistema en espacios geográficos. Estos tres niveles desarrollan acciones integradas dirigidas a las personas víctimas de la VIF, agresores, familia, comunidad.*

Los ejes que se trabajan son los siguientes: la detección, prevención, atención al daño y la promoción de formas de convivencia no violentas, todas estas acciones desarrolladas a través de medidas integradas de carácter social, psicológicas, legales y biomédicas.

En su primera fase, el proyecto permitió una discusión técnica y política con las autoridades y funcionarios del sector. La discusión se basó en un modelo validado en

siete municipalidades de Centro América⁸ y discutido en noviembre de 1997 en un taller subregional en Nicaragua. La segunda fase del proyecto, iniciada en 1998, tiene como objetivo que el modelo de atención sea sostenible e integrado en la reforma del sector salud en el año 2001 en los siete países de la región.

Estos niveles permiten ordenar, distinguir niveles de análisis, problemas, procesos sociales y comprender que entre éstos hay una interacción profunda, dinámica y no siempre en armonía. La cooperación técnica del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS y el sector salud se han abocado particularmente en el rol del sector salud.

3.3.1 *Los focos de atención del modelo de atención a nivel macro y el rol del Estado*

- a) Vigilancia, información y análisis sobre los efectos que genera el modelo económico y social vigente en los países, en la situación de los géneros.⁹
- b) El Estado como articulador, regulador y formulador de políticas que fomenten la equidad.¹⁰
- c) Necesidad de políticas específicas por parte del Estado en relación con la violencia intrafamiliar.

Las dimensiones del problema, la violación a los derechos humanos individuales, seguridad, libertad, negación de desarrollo, de la vida, los costos económicos de la VIF a nivel individual, familiar y de los servicios del Estado, exigen la intervención del Estado a nivel legislativo, interministerial, con la sociedad civil y con los medios de comunicación de masas que contribuyan a la detección, prevención, atención y promoción de la no violencia en la familia.

Se necesitan medidas específicas que orienten el accionar de las diferentes instituciones del Estado y la sociedad en general respecto a la VIF. En este particular la experiencia del Plan Nacional contra la VIF de Costa Rica es un ejemplo a estudiar y a tomar en cuenta. Una política de Estado por la no violencia involucra la búsqueda de bienestar y resolución de conflictos en forma no violenta en el seno de la familia.

⁸ Existe un documento en proceso de edición con más detalles sobre este particular.

⁹ Los gobiernos han creado fondos de emergencias para paliar los efectos de los ajustes. En los años noventa, en algunos países se optó por medios más positivos a través de implementación de planes anti-pobreza. "Sin duda la focalización en niños y jóvenes ha sido más nítida que las basadas en el género" (CEPAL, 1996).

¹⁰ La Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) generó una plataforma de acción que es un instrumento que orienta las políticas públicas en asuntos de género y equidad en los países.

3.3.2 *Nivel meso y el rol del sector salud*

Se parte del rol de las instituciones estatales como elemento de intermediación para el desarrollo de la equidad de género, a través de políticas sectoriales, normas y servicios a la ciudadanía. El abordaje a este nivel parte de un enfoque de equidad en asuntos de género de igual manera que en el nivel macro. Aunque en este caso el modelo se aprecia desde el sector salud, de igual manera puede ser trabajado con otros sectores claves del Estado, definiendo cuál sería su aplicación específica, p.e., justicia, educación, etc.

Existe una necesidad de políticas y acciones específicas a nivel del sector salud con relación a la VIF. La definición de los paquetes básicos o canastas es una modalidad que se ha estado utilizando en la mayoría de los países para definir las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación que se pueden proveer a la población si éstas son costo-efectivas¹¹. La atención integral de la VIF debería ser incluida en estos paquetes entre los nuevos modelos de atención para enfrentar otros daños de salud.

El desarrollo del modelo de atención en el sector salud toma en consideración los niveles de atención según complejidad en que se pueden desarrollar acciones según los ejes de: detección-prevención, atención y promoción de la no violencia en las relaciones familiares.

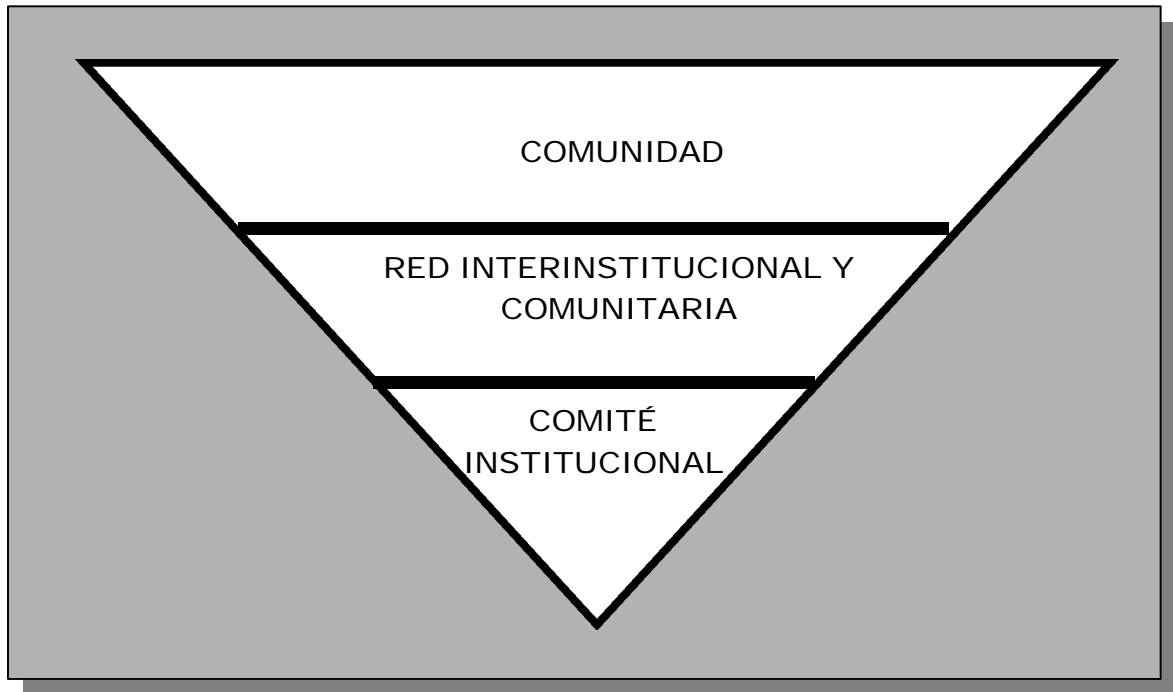
¹¹ Significa la selección de intervenciones costo-efectivas para la composición de esas canastas usando, entre otros criterios, uno del Banco Mundial en términos de “cuánto rinde un dólar en términos de salud ganada o enfermedad evitada”.

3.3.3 *Síntesis de las acciones principales de la propuesta según ejes*

PROMOCIÓN	DETECCIÓN	PREVENCIÓN	ATENCIÓN
Objetivos			
Reducir la incidencia de la violencia intrafamiliar.	En los servicios de salud, establecer políticas y criterios de detección de la violencia intrafamiliar. Identificar el comportamiento agresor.	Evitar la escalada de violencia intrafamiliar y reducir los efectos. Prevención del comportamiento agresor ofensor.	El daño causado en la víctima y rehabilitación. Atender a personas agresoras ofensoras según criterios de riesgo.
Estrategias			
Políticas colectivas de fomento de la equidad. Marcos legales no discriminatorios.	Divulgar. Capacitar sobre criterios de detección de la VIF en las escuelas, unidades de salud, comunidad. Establecer medios de escucha y denuncia: teléfono de auxilio.	Informar. Servicios accesibles. Medidas cautelares a nivel legal. Capacitación al personal de salud sobre abordaje a víctimas de VIF. Capacitación a personal de salud, ONG sobre abordaje. Comportamiento agresor.	Normas y protocolos establecidos en todas las unidades de salud con acciones biomédicas y emocionales dirigidas a víctimas. Protocolo para abordaje de comportamiento agresor.
Población objetivo			
Población en general.	Población vulnerable según los criterios de riesgo. Detección temprana de comportamiento agresor. Adolescentes .	Víctimas. Personas con comportamientos violentos. Priorizando jóvenes según criterios de riesgo. Evitar reincidencias.	Víctimas jóvenes con comportamientos violentos.
Actores participantes			
Estado. Sociedad civil.	Estado a nivel: Macro, medio, micro; comunidades asignadas	Servicios estatales: salud, educación, justicia. ONG/ comunidad	Servicios estatales de salud: justicia Sector privado. ONG.

3.3.4 *Nivel micro y el rol del sector salud*

La organización del modelo en el ámbito local plantea la participación comunitaria, la formación de redes y la existencia de un comité institucional por parte del sector salud:



El modelo a nivel micro se configurará según la realidad local. Este apartado se plantea el rol del sector salud sin desvincularlo de la totalidad, es decir, de otras instituciones del Estado, organismos no gubernamentales y sector privado.

3.3.5 Principales logros subregionales y de país

- Grupos interdisciplinarios conductores del proceso en los siete países, lo que ha permitido que el proceso se ampliara a 31 municipalidades y 20 redes locales con fondos del proyecto y a otras 41 financiadas con otros fondos relacionados con proyectos de reforma sectorial: OPS, GTZ, UNICEF.
- Propuesta subregional sobre documentación y desarrollo de registros de la VIF. Actualmente los siete países de Centro América tienen de una boleta para el registro.
- Sensibilización y capacitación a 1.600 funcionarios de niveles normativos y de servicios, existencia de siete módulos de capacitación para el personal de salud.
- Directorio centroamericano de 226 actores sociales que trabajan en el tema de violencia.

- Conocimiento en los siete países de la Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar a fin de documentar ante la comunidad e instituciones los nudos existentes en relación con el abordaje de la violencia intrafamiliar.
- Desarrollo de grupos de autoayuda a mujeres víctimas de violencia en el ámbito comunitario en las municipalidades involucradas en el proyecto.
- Desarrollo de protocolos modelos por tipo de violencia y población afectada, a implementarse según nivel de complejidad de los servicios. Cuatro países han validado las normas y se encuentran en proceso de institucionalización.
- Desarrollo de grupos de masculinidad a escala comunitaria en Honduras, Nicaragua y El Salvador.

4. Recomendaciones

Se recomienda que el Subcomite afirme el compromiso político del sector salud y del Estado para incorporar el modelo de atención a violencia intrafamiliar en los procesos de la reforma del sector salud. El compromiso contribuirá a:

- consolidar el desarrollo de acciones que permitan la detección temprana y eficaz de las personas afectadas por la VIF brindando los instrumentos técnicos necesarios;
- identificar los criterios o factores que favorecen el desarrollo de conductas de violencia sexual en grupos de jóvenes;
- identificar factores de resiliencia a la violencia intrafamiliar en hombres y mujeres;
- desarrollar campañas de promoción de formas de convivencia no violentas y de concepciones no discriminatorias;
- institucionalizar las normas y procedimientos estandarizados para la vigilancia y atención de la VIF;
- desarrollar acciones especializadas para lograr el control de la reincidencia del comportamiento agresor en coordinación con otras instituciones estatales, justicia, educación, ONG;
- consolidar y ampliar la propuesta en cada uno de los países para su sostenibilidad a la conclusión del proyecto;
- desarrollar indicadores que permitan la evaluación de las intervenciones;

- incorporar el modelo de atención integral de la violencia hacia la mujer en la familia en la reforma del sector al concluir el proyecto.

Bibliografía

AV. Una nueva lectura: género en el desarrollo. Tomo I. Perú : Ediciones entre Mujeres “Flora Tristán”, 1991.

Belize. Government of Belize. The Quest for Equity Belize National Health Plan 1996/2000. -- [s.n.t.], 1996. 1v.

Briceño-León, Roberto. La violencia en América Latina: salud pública y cambio social. En: Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, IV (México, 1997).

Burín, Mabel, Dib Bleichmor, Emilce (compiladoras). Género, Psicoanálisis, Sujetividad. -- Madrid : Paidós, 1996 . -- 362 p. (Psicología Profunda).

Cáceres O., Ana, Martínez M., Valentina y Rivera O., Diana, editoras. Modelos teóricos y metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual. Santiago, Chile: Casa de la Mujer La Morada, 1993. 126 p.

Coddou, Fernando et al. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1995. 88 p.

Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington: nov. 1994. Memorias. 86 p.

Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan operativo 1996-1998: Plan nacional para la atención y la prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) -documento preliminar-. San José: CMF, 1996. 1 v.

Cyr, Caroline. Conceptual model: family violence programming within a correctional setting. Canadá: Correctional Service, 1994. 39 p.

Day, Tanis. The health-related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg. Ontario: Centre for Research on Violence Against Women and Children, 1995. 40 p.

Dio Belichmar, Emilce. Dependencias amorosas. [s.n.t.]. -- 8 p.

Ellsberg, Mary et al. Confites en el infierno : prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Managua: Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo, 1996.

1er Encuentro Centroamericano y del Caribe sobre violencia contra la mujer, (San José, dic. 1991). Propuestas sobre políticas públicas para enfrentar y prevenir la violencia contra las mujeres y en la familia. -- San José : CEFEMINA, 1991. 1 v.

Fried Schnitman, Dora. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. -- Argentina : Paidós, 1994. 458 p.

Foulds, David, edited. Child sexual abuse/assault protocol. -- [s.n.t.]. -- by 1 v.

Guido L., Lea. Analyse de la situation de la santé à niveau local selon les conditions de vie par sexe-genre: étude d'une expérience en Amérique Centrale. -- Lyon : Université Claude-Bernard, 1995. -- 112 p.

Hart, Bárbara. Monitoreo de agresores físicos y de programas de consejería para agresores. -- En : Safety for Women: Monitoring Batterers' Programs. -- San José : Fundación Ser y Crecer, 1994. 26 p.

Larrain, Soledad H. y Walker, Cristian. Perspectiva psicosocial y jurídica de la VIF. -- Santiago de Chile : Servicio Nacional de la Mujer, 1995.

Les Représentations Sociales, sous la direction de Denise Jodelet. Sociologie d'aujourd'hui, Presses Universitaires de France, 1993. 424 p.

Massé Narváez, Carlos E. y Sandoval Forero, Eduardo Andrés. Políticas públicas y desarrollo municipal. -- México: Colegio de México.

McDonald, Sheila and Wyman, Jennifer. Guidelines and protocols for the sexual assault nurse examiner. -- Toronto: Sexual Assault Care Centre, 1995. 1 v.

Mercy, James A. et al. Public health policy for preventing violence. -- En : Health Affairs 12 (4).

Oakley, M. Anne. Short-term women's groups as spaces for integration. -- New York: Gulforce Press, 1996. -- 1 v.

OPS/OMS. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud : hacia una agenda regional por la Reforma del Sector Salud. Documento de seguimiento a la Cumbre de las Américas.

OPS/OMS. División de Promoción y Protección de la Salud. Salud y violencia: plan de acción regional. Washington: s.f. -- 19 p.

OPS/OMS. Plan de Acción del Proyecto APAXVIF 1997. San José : OPS/OMS, 1997.

OPS/OMS. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (Serie Documentos Reproducidos No. 41). Marzo, 1994.

Panamá. Ministerio de Salud y OPS. Plan institucional de atención y prevención de la violencia y promoción de formas de convivencia solidaria. Panamá, 1996. 1 v.

Pérez del Campo, Ana María. Las mujeres y las dependencias afectivas. s.n.t. 7 p.

Red de Mujeres contra la Violencia. Cuaderno de estudio "Trabajando contra la violencia". Managua: La Red, 1995. #1v.

Renfrew Victoria Hospital. Woman assault protocol. Ontario, 1991. 12 p.

OPS/OMS. 37.º. Consejo Directivo de OPS. Resolución No. 19. Violencia y Salud, 1993. #1v.

Reunión de Puntos Focales del Programa Mujer, Salud (México: 10-12 marzo, 1997). La violencia contra la mujer: una propuesta de un modelo que contribuye a la prevención primaria. Documento para la discusión. S.n.t., 39 p.

1er Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, (Managua: 11-14 marzo 1992). Violencia contra la mujer, un problema de salud pública: Memoria. Managua : OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1992.

Stermac, Lana et al. Sexual Assault of adult males. In: Journal Interpersonal Violence 11 (1): 52-64, 1996.

Sweetman, Caroline, ed. Women and urban settlement. Canada: Oxfam Publications, 1996. 65 p.