

**PROGRAMA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN Y
LA ATENCIÓN INTEGRAL
DE MUJERES, NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES
EN SITUACIÓN DE
VIOLENCIA BASADA EN
GÉNERO, DOMÉSTICA E
INTRAFAMILIAR.
2010-2015**

Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA
BASADA EN GÉNERO, DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR.

2010-2015

Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Dirección General de Programas de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Setiembre, 2010

*Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Programa nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas,
niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e
intrafamiliar. 2010-2015. -- Asunción: OPS, 2010.-- 50 págs.*

1. VIOLENCIA. 2. VIOLENCIA DOMESTICA. 3. PARAGUAY

**I. Título.
614.7**

©Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2010

<http://www.paho.org/par>

Autoridades Nacionales

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Edgar Giménez
Vice Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Margarita Bazzano
Directora General de Programas de Salud

Dra. Raquel Escobar
Directora General de Dirección de Niñez y Adolescencia

Elaboración: Lic. Norma Benítez y Lic. Nelly Meza
Base Educativa y Comunitaria de Apoyo, BECA
Con el apoyo de: UNICEF

Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM)

Dirección Ejecutiva del Equipo Técnico Multidisciplinario, ETM. Dra. Raquel Escobar
Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia

Lic. Angélica Roa, Coordinación General del ETM. Centro de Emergencias Médicas.
Dra. Ma. del Carmen Martínez, Centro de Emergencias Médicas.
Dra. Raquel Lovera, Hospital Nacional de Itagua.
Dra. Lourdes Zelaya, Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”.
Lic. Zunilda Zaracho, Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”.
Lic. Blanca Velázquez, Hospital General Barrio Obrero.
Lic. Yolanda Alderete de Salazar, Hospital Materno Infantil San Pablo.
Dra. Mirta Mendoza, Dirección de Salud Mental.
Lic. Ana Frachi, Dirección de Salud Mental.
Lic. Marta Llamosas, Dirección de Salud Mental.
Prof. Gloria Aquino, Dirección General de Promoción de la Salud.
Lic. Ninfa Martínez, Dirección de Atención Primaria de Salud.
Dra. Mercedes Maldonado Banks, Programa Nacional de Accidentes y Lesiones de Causas Externas.
Lic. Nelly Meza, Base Educativa y Comunitaria de Apoyo, BECA.
Lic. María Elena León, Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, MSPBS.
Dra. Margarita Ferreira, Organización Panamericana de la Salud, OPS.

ÍNDICE

1. Presentación	7
2. Introducción	
3. Marco Jurídico y Normativo	
4. Marco conceptual	
5. Determinantes socioculturales de la violencia	
6. Dimensiones del problema	
7. Desarrollo del Programa.....	
7.1. Antecedentes.....	
7.2. Objetivo General	
7.3. Alcance	
7.4. Metodología operativa.....	
Monitoreo y Evaluación	

1. PRESENTACIÓN

Ante el problema de los casos de violencia doméstica que al igual que en los demás países de la región se viene registrando en el Paraguay, y en respuesta al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional firmado en el año 2008 entre el Ministerio del Interior, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría de la Mujer y la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, dependientes de la Presidencia de la República; en esta Cartera de Estado, se ha creado, por Resolución N° 57/10, un Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM) con la misión de diseñar la línea programática y el plan de acción para la prevención y la atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia, en el ámbito de la salud.

Una de las acciones desarrolladas por dicho equipo técnico ha sido la elaboración del Programa Nacional para la Prevención y Atención Integral de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia.

Este programa es el resultado de una serie de reuniones de trabajo y talleres participativos que el Equipo Técnico Multidisciplinario ha mantenido durante este año 2010, conjuntamente con la ONG Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA), la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, la Dirección General de Programas de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Con la implementación de este programa se da cumplimiento a los diversos Acuerdos que el país ha suscripto a nivel internacional y a legislación nacional que garantiza los derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes, así como a la “Política Pública de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad. 2008 - 2013”.

Tenemos la certeza de que este programa que ponemos en manos de ustedes, se constituirá en un aporte fundamental que coadyuvará a la consolidación de un Estado en el que los derechos humanos sean garantizados, en donde se fortalezca el Estado Social de Derecho consagrado en nuestra Carta Magna. Confiamos en la capacidad y compromiso del personal de salud para comprender la real dimensión de nuestra labor como agentes del Estado para asumir con responsabilidad la puesta en marcha de este Programa, con el fin de que las víctimas reciban la atención de calidad y con calidez que debe caracterizarnos.

Asimismo, sostenemos que las alianzas y articulación entre los organismos gubernamentales y de la sociedad civil, son componentes indispensables e insustituibles para profundizar las acciones que efectivamente nos promuevan a un “buen vivir”.

Alentamos a que sigamos construyendo y aportando desde todas las generaciones, desde todos los rincones de la patria, desde todos los saberes de nuestra gente, a un Paraguay con verdadera justicia social.




DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA



Poder Ejecutivo

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Resolución S.G. N° 964

POR LA CUAL SE APRUEBA EL "PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN INTEGRAL DE MUJERES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR, 2010 - 2015; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA.

Asunción, 26 de noviembre de 2010

VISTAS:

La propuesta de "Programa Nacional Para la Prevención y la Atención Integral de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia basada en Género, Doméstica e Intrafamiliar, 2010 - 2015", elaborada por el Equipo Técnico Multidisciplinario para la prevención y la atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato, conformado por Resolución S.G.N° 57/2010 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con participación de la Organización no Gubernamental "Base Educativa y Comunitaria de Apoyo" (BECA); y presentada a este gabinete por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, por conducto de la Dirección General de Programas de Salud; a través de la nota D.G.P.S. N° 493/10, registrada como expediente SÍMESE N° 9583-1;

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, 2008 - 2013, impulsadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La Constitución Nacional, Artículos 4 - Del derecho a la vida; 5 - De la tortura y otros delitos; 6 - De la calidad de vida; 10 - De la proscripción de la esclavitud y otras servidumbres; 46 - De la igualdad de las personas; 48 - De la igualdad de derechos del hombre y la mujer; 49 - De la protección a la familia; 53 - De los hijos; 54 - De la protección al niño; 60 - De la protección contra la violencia; y 68 - Del Derecho a la Salud

La Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor el 3 de septiembre de 1981.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y ratificada por el Paraguay a través de la Ley N° 57/90, promulgada el 20 de setiembre de 1990.

La Ley N° 605/95, que aprueba la Adhesión a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, "Convención de Belém do Para", adoptada en dicha ciudad brasileña, el 9 de junio de 1994



**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA**



Poder Ejecutivo Ministerio de Salud
Pública y Bienestar Social Resolución S.G. N° 964

26 de noviembre de 2010

Hoja N° 2

La Ley N° 1600/00 - Contra la Violencia Doméstica.

La Ley N° 1680/01, Código de la Niñez y la Adolescencia, Artículo 25 - Del derecho del niño y adolescente a ser protegidos contra toda forma de explotación; y

Las Resoluciones S.G. N°s 767 y 763/2010 que aprueban los Planes Nacionales de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez y de la Adolescencia, respectivamente, (2010-2015); y

CONSIDERANDO:

Que las "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013", impulsadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, mencionan la explotación laboral y sexual de niños/as, adolescentes y jóvenes; el maltrato infantil y adolescente, y la violencia contra la mujer, entre aquellas situaciones inadmisibles para el país y para la dignidad humana, que son declaradas Metas de Indiferencia Cero para cada etapa del ciclo vital; como expresión de la firme decisión gubernativa de no admitir más sufrimientos innecesarios y muertes evitables, asumiendo el compromiso de poner los medios para alcanzar el máximo desarrollo de las personas, dejando de considerar normal aquello que ocasione dolor en las personas y pueda ser eliminado.

Que los Planes Nacionales de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez y de la Adolescencia, respectivamente, proponen a la salud como un derecho, con un enfoque universal, integral, equitativo y con participación social activa.

Que la Constitución Nacional, en el Artículo 4, segunda parte, preceptúa que: "Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación"; en el Artículo 5, que "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes"; en el Artículo 6, que "La calidad de vida será promovida por el Estado..."; en el Artículo 10, que "Estánproscriptas la esclavitud, las servidumbres personales y la trata de personas..."; en el Artículo 46, que "Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien; en el Artículo 48, que "el hombre y la mujer tienen iguales derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales..."



**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA**



Poder Ejecutivo Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Resolución S.G. N°964
de noviembre de 2010

Hoja N° 3

Que en el Artículo 49, la Carta Magna prescribe que: "...se promoverá y se garantizará la protección integral de la familia. Esta incluye a la unión estable del hombre y de la mujer, a los hijos y a la comunidad que se constituya con cualquiera de sus progenitores y sus descendientes"; en el Artículo 53, que "Los padres tienen el derecho y la obligación de asistir, de alimentar, de educar y de amparar a sus hijos menores de edad..."; en el Artículo 54, que "La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación..."; en el Artículo 60, que "El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad"; y en el Artículo 68, que "El Estado protegerá y promoverá la salud, como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad..."

Que a través de la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, los Estados Partes de dicho organismo internacional han condenado la discriminación contra la mujer en todas sus formas, y han convenido en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer.

Que La Ley N° 605/95, en su Capítulo I - Definición y ámbito de aplicación, Artículo I°, define que "debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado"; en el Capítulo II - Derechos protegidos, Artículo 5, **establece:** "Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos";

Que a través de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, Artículo 19, la Asamblea General de las Naciones Unidas acuerda: "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"; y en el Artículo 37, que "los Estados Partes velarán por que ningún niño o niña sea sometido/a a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes..."



DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA



Poder Ejecutivo Ministerio de Salud Pública
y Bienestar Social Resolución S.G. N° 964

26 de noviembre de 2010 Hoja N° 4

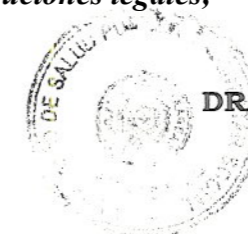
Que la Ley N° 1600/00 - Contra la violencia doméstica, en su Artículo 1° Alcance y Bienes Protegidos, "...establece las normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de uno de los integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, en el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia, asimismo en el supuesto de parejas no convivientes y los hijos, sean o no comunes"

Que La Ley N° 1680/01, Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Artículo 25 - Del derecho del niño y adolescente a ser protegidos contra toda forma de explotación, dispone: "El niño y el adolescente tienen derecho a estar protegidos contra toda forma de explotación y contra el desempeño de cualquier actividad que pueda ser peligrosa o entorpezca su educación, o sea nociva para su salud o para su desarrollo armónico e integral".

Que la Ley N° 836/80 - Código Sanitario, en sus Artículos 3 y 4, respectivamente establece que: El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social, y que la Autoridad de Salud será ejercida por el Ministro, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en tales ámbitos.

Que en virtud de dichos mandatos legales, y de los compromisos internacionales asumidos por el Paraguay, el Decreto N° 21376/98, en el Artículo 5° determina que "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se constituye en el ente rector de la política sanitaria nacional, con la responsabilidad de apoyar la conducción del Sistema Nacional de Salud, basada en una sólida capacidad normativa, de planificación y de decisión que le posibilite identificar prioridades, controlar la gestión pública y privada en salud..., en tanto que en el Artículo 9°, numeral 3, del mismo Decreto se asigna a este Ministerio, como una de sus funciones específicas en el área de rectoría de la Salud, la de "Conducir los planes, programas y proyectos de salud pública, coordinando con instituciones sectoriales y extrasectoriales, con el fin de racionalizar el uso de los recursos públicos, privados y comunitarios..."

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;



DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA



Poder Ejecutivo Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social Resolución S.G. N° 964

26 de noviembre de 2010
Hoja N° 5

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

Artículo 1º. *Aprobar el “Programa Nacional Para la Prevención y la Atención Integral de Mujeres, Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Violencia basada en Género, Doméstica e Intrafamiliar, 2010 - 2015”, cuyo ejemplar original se anexa y es parte de la presente Resolución.*

Artículo 2º. *Disponer la implementación y aplicación de dicho Plan a través de los establecimientos de salud, públicos, privados y mixtos de todo el país.*

Artículo 3º. *Responsabilizar de la coordinación intra e interinstitucional para el cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo precedente, a la Dirección General de Programas de Salud con sus dependencias técnicas competentes, en el plano nacional; y a las Direcciones de Regiones Sanitarias, en sus respectivas áreas de influencia.*

Artículo 3º. *Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.*




**DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA**

2. INTRODUCCIÓN

El presente programa se fundamenta en los principios rectores enunciados en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013, que constituye la principal directriz de las políticas en salud pública de nuestro país para los próximos tres años, en las cuales se plantea la salud como un derecho universal, con equidad y participación social activa.

El principio de equidad hace referencia a las relaciones de poder desigual que existen entre las distintas personas dentro de una sociedad y determinan las relaciones de género, de clase y etnia. Las identidades de las personas son múltiples, e interactúan permanentemente interviniendo en las complejas relaciones humanas, haciendo que cada una de estas categorías actúe de manera sumatoria reforzando discriminaciones¹. Una de estas son las condiciones en las que se encuentran los pueblos indígenas en relación con las demás poblaciones de nuestro país.

La política mencionada propone la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud con Equidad que articula sus acciones a través de ejes transversales que incluyen el enfoque de género, clase, etnia; considerando los territorios sociales. El enfoque de género debe ser considerado como un marco conceptual y una categoría de análisis, para comprender la magnitud de la violencia basada en el género. “El contexto socioeconómico, las condiciones históricas y políticas en donde las personas de ambos sexos viven, sus patrones culturales y religiosos, construyen socialmente las desigualdades de género”².

Se debe entender la violencia como un problema complejo que afecta a todas las sociedades del mundo; en ella intervienen razones económicas, políticas, sociales, culturales, de género, de etnia, clase social, entre otras, que intervienen como factores de vulnerabilidad.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, la violencia tiene formas multicausales: políticas, económicas, culturales. Por su complejidad, es caracterizada desde diferentes situaciones: según la persona que la sufre (mujeres, niños, niñas, adolescentes, ancianos/as); según la naturaleza de la agresión (física, psicológica, sexual); según el motivo (político, racial), según dónde ocurre (la casa, el trabajo, la calle).

¹ Laclau Ernesto, Mouffé Chantal: Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia. Siglo XXI, España, 1987

² Los niños y las niñas “aprenden” a ser hombres o mujeres con una identidad social, no sólo individual, según prescripciones y prohibiciones de cada cultura según su momento histórico.

Es necesaria la identificación de los diferentes espacios y territorios donde transcurre la violencia para construir los mapas de necesidades de las comunidades, de tal manera a diseñar acciones que la combatan. La intervención integral, sistemática y sostenida contra la violencia, se dará a través de la articulación intra e interministerial, y de todos los sectores encargados de la protección, promoción y defensa de los derechos de las mujeres³, las niñas, niños y adolescentes para el enfrentamiento de la violencia basada en género, intrafamiliar y doméstica.

El presente programa propone acciones que buscan abordar este tema desde una perspectiva integral, considerando los diferentes actores sociales involucrados, hacia la construcción de sociedades más justas e igualitarias.

³ Entendiéndose que en dicho grupo poblacional se incluyen a las campesinas, indígenas y con discapacidades, que las ubica como poblaciones con mayor exclusión de los servicios de atención

3. MARCO JURÍDICO y NORMATIVO

3.1 Constitución Nacional⁴

Art. 54: De la protección al niño: La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación.

En este artículo taxativamente se establece que los derechos de niñas, niños y adolescentes son prevalecientes a cualquier otro derecho.

Art. 60: De la protección contra la violencia: El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas que atenten contra su solidaridad.

Art. 106: De la responsabilidad del funcionario y empleado público: Ningún funcionario o empleado público está exento de responsabilidad. En los casos de transgresiones, delitos o faltas que cometiesen en el desempeño de sus funciones, son personalmente responsables, sin perjuicio de la responsabilidad subsidiaria del Estado.

Con este artículo los servicios ofrecidos a mujeres, niñas, niños y adolescentes deben garantizar calidad y calidez en la atención.

3.2 Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW⁵

Art. 1. A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Art. 3. Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos

⁴ Transcripción textual de artículos de la Constitución Nacional de 1992

⁵ Artículos citados textualmente del documento de la CEDAW

humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

Art. 5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

- a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;
- b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.

3.3 Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. “Convención de Belén Do Para”⁶

Art. 1. Para los efectos de esta Convención se entiende por violencia contra la mujer a cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Art. 2. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Art. 3. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Art. 4. Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos

derechos comprenden, entre otros: a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Art. 7. Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente:

- a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación;
- b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;
- c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;

Art. 8. h. garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y de formular y aplicar los cambios que sean necesarios.

3.4 Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña⁷

Art. 2, 3, 4 La atención y obligación de los Estados para garantizar que el niño/a sea protegido/a contra toda forma de castigo.

Art. 19. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Art. 34. *Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales (...) para impedir la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la prostitución, u otras prácticas sexuales ilegales, la explotación en espectáculos o materiales pornográficos.*

6 Artículos citados textualmente del documento de la Convención de Belén Do Para

7 Transcripción textual de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño

3.5 Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley 1680/01⁸

Con la aprobación de la Ley 1680/2001, Código de la Niñez y la Adolescencia se refuerza en el marco jurídico la situación de maltrato como un delito, y se prevé que los casos deben ser atendidos desde el órgano jurisdiccional competente, ubicando de esta forma el problema en el ámbito público y legal. El nuevo Código permitió encontrar caminos para luchar contra toda práctica de maltrato infantil desde un enfoque de derechos y bajo el paradigma de la protección integral⁹.

Art. 3: Del principio del Interés Superior: Toda medida que se adopte respecto al niño o adolescente, estará fundada en su interés superior. Este principio estará dirigido a asegurar el desarrollo integral del niño o adolescente, así como el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos y garantías.

Art.4. De la responsabilidad subsidiaria: Los padres biológicos y adoptivos, o quienes tengan niños o adolescentes bajo su guarda o custodia y las demás personas mencionadas en el artículo 258 del Código Civil, tienen la obligación de garantizar al niño o adolescente su desarrollo armónico e integral, y a protegerlo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso y la explotación. Cuando esta obligación no fuere cumplida, el Estado está obligado a cumplirla subsidiariamente.

Art. 5. De la obligación de denunciar: Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente debe comunicarla inmediatamente a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña, Adolescente (CODENI) o en su defecto al Ministerio Público o al Defensor público. Esta obligación se dirige especialmente a trabajadores/as de la

salud, docentes o profesionales que desempeñen tareas de guarda, educación o atención de niñas, niños y adolescentes.

Art. 6. De la Promoción y difusión de los derechos del niño o adolescente: Las instituciones de salud y las de educación exhibirán en lugares públicos y visibles los datos concernientes a personas o instituciones a las que podrán recurrir el niño, sus padres, tutores, o responsables en los casos mencionados anteriormente.

8 Transcripción de art. De la Ley 1680/01

9 BENÍTEZ, Norma y HOUDÍN, Celeste. Manual de procedimientos para la atención integral a niñas, niños y adolescentes en situación de maltrato. SNNA – BECA, Asunción, 2007

Art. 13. Del Derecho a la salud. El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico- sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de estos o de terceros.

En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarle la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón.

Art. 25: Del derecho del niño y adolescente a ser protegidos contra todas formas de explotación: El niño y el adolescente, tienen derecho a estar protegidos contra toda forma de explotación y contra el desempeño de cualquier actividad que pueda ser peligrosa o entorpezca su educación, o sea nociva para su salud, o para su desarrollo armónico e integral.

Art. 29. De la prohibición de la publicación: Queda prohibido publicar por la prensa escrita, radial, televisiva o por cualquier otro medio de comunicación los nombres, las fotografías o los datos que posibiliten identificar al niño o adolescente víctima o supuesto autor de hechos punibles.

Con el Código de la Niñez y la Adolescencia se instala el Sistema Nacional de Promoción y de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. El mismo implica un conjunto de acciones y organismos inter vinculados y coordinados, y dirigidos hacia un mismo fin, cual es la protección y promoción de los derechos de la niñez y la adolescencia.

3.6. Código Penal¹⁰

También se encuentran varios artículos referentes a la protección de mujeres, niñas, niños y adolescentes, explicitando las penas a que serán sometidas aquellas personas que atentaren contra la seguridad de éstas personas. Los principales artículos son:

En el Capítulo III. Exposición de determinada persona a peligro de vida e integridad física.

10 Transcripción de los artículos del Código Penal. Ley N° 3.440/08

Art. 110. 1°. El que maltratara físicamente a otro, será castigado con pena de hasta ciento ochenta días-multa.

2°. Cuando la víctima sea un niño, la pena privativa de libertad sea de hasta un año o multa.

3°. La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima, salvo que la protección de ésta o de terceros requiera de una persecución de oficio.

112. Lesión grave.

1°. Será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años el que, intencional o conscientemente, con la lesión:

1. pusiera a la víctima en peligro de muerte;
2. la mutilara considerablemente o la desfigurara por largo tiempo;
3. la redujera considerablemente y por largo tiempo en el uso de su cuerpo o de sus sentidos, en su capacidad de cohabitación o de reproducción, en sus fuerzas psíquicas o intelectuales o en su capacidad de trabajo; o
4. causara una enfermedad grave o afligente.

2°. El que dolosamente maltratara físicamente o lesionara a otro y con ello causara uno de los resultados señalados en el inciso 1°, habiendo tenido como posibles, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Será castigada también la tentativa.

Art. 120. Coacción.

1°. El que mediante fuerza o amenaza constriña gravemente a otro a hacer, no hacer o tolerar lo que no quiera, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa.

Art. 121. Coacción grave.

1°. Se aplicará una pena no menor de ciento ochenta días- multa o una pena privativa de libertad de hasta tres años cuando la coacción se realizara:

1. Mediante amenaza con peligro para la vida o la integridad física; o
2. Abusando considerablemente de una función pública

Art. 128. Coacción sexual y violación.

1° El que, mediante fuerza o amenaza con peligro presente para la vida o la integridad física, coaccionara a otro a padecer en su persona actos sexuales o a realizar tales actos en sí mismo o con terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años.

2°. Cuando la víctima haya sido, violada, coaccionándose al coito con el autor o con terceros, la pena privativa de libertad será de tres a doce años.

3°. Cuando la víctima del coito haya sido una persona menor de dieciocho años de edad, la pena privativa de libertad será de tres a quince años.

4° La pena podrá ser atenuada con arreglo del Art. 67 cuando la relación de la víctima con el autor, surgieren considerables circunstancias que lo ameriten.

Art. 134. Maltrato de niños y adolescentes bajo tutela.

El encargado de la educación, tutela o guarda de una persona menor de dieciocho años de edad, que sometiera a éste a sufrimientos psíquicos, maltratos graves y repetidos o lesiones en su salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa, salvo que el hecho sea punible como lesión grave según el artículo 112.

Art. 135. Abuso sexual en niños:

1°. El que realizara actos sexuales con un niño o lo indujera a realizarlos en sí mismos o a terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa. Con la misma pena será castigado el que realizara actos sexuales manifiestamente relevantes ante un niño y dirigido a él, o lo indujera a realizarlos ante sí o ante terceros. (.....)

3°. Cuando ocurran varios agravantes (.....) el autor será castigado con pena privativa de libertad de hasta seis años.

Art. 229. El que, en el ámbito familiar, ejerciera o sometiera habitualmente a violencia física o dolores psíquicos considerables sobre otro con quien conviva, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o multa.

3.7. Ley 1600/2000, Contra la Violencia Doméstica

Establece las normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar, que comprende el originado por el parentesco, en el matrimonio o unión de hecho, aunque hubiese cesado la convivencia; asimismo, en el supuesto de pareja no convivientes y los hijos, sean o no comunes.

Las instituciones de Salud Pública deben:

- a) atender con urgencia a la persona lesionada y otorgar el tratamiento por profesionales idóneos, disponer todos los exámenes pertinentes, y la derivación del paciente a instituciones especializadas, si fuese necesaria; y,
- b) entregar copia del diagnóstico al paciente y al Juzgado de Paz que corresponda, dentro de las veinticuatro horas.

3.8 Políticas Públicas dirigidas a la atención de la violencia

El Paraguay ha establecido una serie de Políticas, Planes y Programas Nacionales dirigidos a la atención de la violencia hacia las mujeres, niñas, niños y adolescentes, entre las cuales se encuentran:

- ▣ III Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2008 – 2017, de la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (SMPR): que busca *Prevenir y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer*.

A través de la visibilización de la problemática de la violencia y a través del desarrollo de programas y proyectos.

- ▣ Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2013, del MSPBS.

Este Plan incorpora como uno de los ámbitos de intervención: la Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género (VBG).

Su objetivo general plantea la implementación de planes e instrumentos legales y normativos dirigidos a la prevención de la VBG, y la adecuada atención y apoyo a personas en situaciones de violencia, incluyendo abuso y violencia sexual.

Además establece líneas de acción que posibiliten:

- El desarrollo de capacidades institucionales para la prevención, denuncia a las instancias pertinentes y atención de las personas en situación de violencia.
- La implementación efectiva del “Protocolo de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual”, conforme a las características de cada servicio.
- El desarrollo de políticas y estrategias de concienciación para la prevención de la violencia basada en género.
- **Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Infancia 2010 – 2015 y el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010 – 2015**, del MSPBS en las que se establece acciones de prevención y atención integral para las víctimas de violencia.

4. Marco Conceptual

4.1 Violencia

La violencia es una forma de relación social que a más de producir un profundo daño en el desarrollo sicosocial de las personas y en la expresión de sus múltiples capacidades, atenta contra otros derechos humanos fundamentales como la libertad, la igualdad e inclusive la propia vida.

La violencia se encuentra sustentada en relaciones de poder jerárquicas, en las que aquella persona que por determinados factores, vinculados al sexo, la edad o generacional, impone sus puntos de vista en relación a otra que se encuentra en desventaja, quien es incorporada en un proceso de sumisión y victimización.

Además de tener raíces estructurales y manifestarse en el ámbito social, la violencia también se desarrolla en el espacio más próximo de las personas, como la familia. Las mujeres, las niñas, niños y adolescentes generalmente son las personas que sufren mayores índices de violencia en el ámbito familiar.

Partimos de la premisa que la violencia intra familiar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos.

4.2 Violencia Basada en Género (VBG)

A los fines de este Programa “La VBG puede entenderse como aquella que se ejerce en contra de las mujeres o de los varones, cuyas causas y manifestaciones tienen que ver con la particular configuración que adquiere el ser mujer u hombre en una sociedad determinada, a partir de la construcción que cada cultura y sociedad hace entre la diferencia entre los sexos”¹¹.

La violencia basada en el género, se sostiene a través de la educación sexista que se imparte en la familia, la escuela, los medios de comunicación, la iglesia y otras instituciones sociales.

En nuestro país las mujeres y las niñas siguen siendo las principales víctimas de la violencia. Esto es posible explicar debido al modo en que se establecen las jerarquías de poder en las relaciones sociales. La violencia es una estrategia de sometimiento presente y que se sigue transmitiendo generacionalmente. Ésta se manifiesta de diferentes formas, en su expresión física, emocional, sexual y económica.

¹¹ Soto Clyde, González Myrian, Elías Margarita: Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intra-familiar. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, 2003. Página 10.

Existe un ciclo¹² que caracteriza a la violencia hacia la mujer, el cual debe ser comprendido por todo profesional que va a intervenir en esta problemática para evitar la victimización secundaria.

La violencia es un problema complejo, que atenta contra la integridad y los derechos humanos. La prevalencia significativa de la violencia intra familiar hacia las mujeres en edad reproductiva a menudo es causa de discapacidad e inclusive de muerte, como el caso del femicidio/feminicidio¹³ que deja graves secuelas en la familia y la sociedad. Por lo tanto su intervención constituye un desafío para la salud pública.

El abuso físico o psicológico puede ocasionar en las mujeres dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos prolongados. Además detrás de enfermedades como hipertensión, diabetes, asma y obesidad pueden ocultar estados de estrés producidos por la exposición a reiteradas a situaciones de violencia.

Así mismo, las mujeres afectadas por la violencia se caracterizan por tener una baja autoestima que afecta directamente su comportamiento, su productividad en el trabajo, su capacidad para protegerse, para buscar ayuda y denunciar su caso.

También debemos considerar que la violencia por ser aceptada culturalmente ha sido incorporada como una forma de relacionamiento y de resolución de conflictos y más aún muchos padres y madres utilizan el maltrato como estrategia de crianza, la cual está naturalizada, como pauta educativa.

4.3 Maltrato hacia niñas, niños y adolescentes.

El maltrato hacia niñas, niños y adolescentes es un problema presente en nuestras sociedades y tiene estrecha relación con la violencia estructural. Podemos conceptualizarlo como “toda acción u omisión que atenta contra los derechos de niñas, niños y adolescentes, realizada con la intención o no de causar daño”¹⁴.

12 El ciclo de la violencia comprende tres momentos; el de la tensión, la agresión y la luna de miel, ciclo que se repite y cuyos periodos entre cada uno de ellos es cada vez más estrecho.

13 El término femicidio tiene sus raíces en los vocablos del latín “femina”-hembra y “cadere”- matar. Marcela Lagarde definió el acto de asesinar a una mujer, sólo por el hecho de su pertenencia al sexo femenino como **feminicidio** para denunciar la inactividad de los Estados que en otros casos son inflexibles contra éstos brutales crímenes y sus autores. Femicidio/Feminicidio en ocasiones se utiliza como sinónimos.

14 MERELES, Cándida. Lo que necesitamos conocer acerca del maltrato infantil. Conceptos, Nº 1, Asunción, BECA – UNICEF, 2000

Además “(...) implica, de un lado, una transgresión del poder/deber de protección del adulto y, del otro una cosificación de la infancia, esto es, una negación del derecho que niñas, niños y adolescentes tienen de ser tratados como sujetos y personas en su condición particular de desarrollo”¹⁵.

El maltrato hacia niñas, niños y adolescentes se expresa de diferentes formas. Las más frecuentes son la física, psicológica o emocional, sexual, abandono o negligencia, y cuando el niño o niña es testigo de la violencia que se da en el ámbito doméstico¹⁶. Otra forma de maltrato es el Síndrome de Münchansen por poderes¹⁷.

El maltrato físico es toda agresión física causada a niñas, niños y adolescentes que pueden manifestarse a través de golpes, estirones de pelo, bofetadas, quemaduras, entre otros. Los casos más graves inclusive pueden llevar a la muerte.

El maltrato psicológico o emocional, se materializa a través de expresiones de rechazo, indiferencia, desvalorización, descalificación, ausencia de expresiones afectivas, la sobreprotección o la sobreexigencia. Esta forma de maltrato daña profundamente los sentimientos de quienes la padecen, afectando su estructura psíquica. Además esto genera en las víctimas problemas en el relacionamiento con las demás personas y baja autoestima. Este tipo de maltrato se encuentra presente en todos los demás tipos de maltrato.

La negligencia se expresa cuando se descuida la satisfacción de las necesidades básicas de niñas, niños y adolescentes, como descuido en la higiene, accidentes prevenibles, falta de asistencia médica, falta de vacunación, entre otros.

El abuso sexual, es la conducta sexual forzada y engañosa realizada principalmente por parte de una persona adulta hacia un niño, niña o adolescente, con la intención de obtener gratificación sexual o de poder. El abuso sexual no es sólo penetración o coito, incluye además todas aquellas conductas de contenido sexual como: manoseo, toqueteo, frotamiento, palabras insinuantes, caricias, besos, exhibición de órganos sexuales, sexo oral, entre otros. También son formas de abuso sexual la violación y la explotación sexual en todas sus formas.

15 GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. Violencia contra niños: a tragedia revisitada, Sao Paulo, Cortez, 2001., p. 32 - 33

16 BENÍTEZ, Norma y HOUDÍN, Celeste. Manual de procedimientos para la atención integral a niñas, niños y adolescentes en situación de maltrato. SNNA – BECA, Asunción, 2007

17 TONÓN, Graciela. Maltrato Infantil Intrafamiliar: una propuesta de intervención. Buenos Aires, Espacio Editorial, 2001.

El maltrato hacia las niñas, niños y adolescentes deja secuelas en sus vidas en diferentes magnitudes, según la intensidad y el tiempo de duración de la situación maltratante. La mayoría de las víctimas de maltrato presentan sentimientos de temor intenso, inseguridad, baja autoestima, trastornos del sueño, dificultades para el relacionamiento con sus pares, conductas agresivas o extremadamente pasivas; y otros indicadores ligados al desarrollo del niño/a.

5. DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE LA VIOLENCIA

El problema de la violencia debe necesariamente ser analizado desde la perspectiva de los determinantes sociales y culturales que inciden directamente en su presentación.

La violencia estructural, entendida como la que se genera a partir de las inequidades sociales, establece que miles de personas diariamente vivan en condiciones infrahumanas de pobreza¹⁸. El 10% de la población concentra el 40% de los ingresos¹⁹.

De las personas que viven en situación de pobreza, más del 70% son mujeres. La **feminización de la pobreza**, es decir, la tendencia a que la proporción de mujeres entre los pobres aumente progresivamente, podría explicarse en parte por los **roles de género** que hacen que las mujeres tengan posiciones diferentes en relación con los hombres en la sociedad, con menos acceso a los espacios de poder y decisión²⁰.

La mitad de la población pobre corresponde a niños y niñas, porcentaje que asciende al 77% cuando se refiere a la población indígena²¹. Así mismo, uno de cada dos niños es pobre y uno de cada cuatro ni siquiera accede a la canasta básica de alimentos²².

18 Según registros oficiales, a nivel nacional, el porcentaje de personas pobres ha aumentado de 32,1 % en 1999 a 35,6% en 2007 (DGEEC, 2005). Se entiende como pobres a aquellas personas que tienen ingresos familiares menores al costo de una canasta básica de consumo total, la cual incluye, además de alimentos, otros bienes y servicios esenciales necesarios para una vida digna, como vivienda, transporte, salud, educación, entre otros.

19 Exclusión Social en Salud. Paraguay 2007, DGEEC/OPS.

20 Anderson, J: La feminización de la pobreza en América Latina. Entre mujeres. 1994, Lima, Perú.

21 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

22 Según registros oficiales, a nivel nacional, el porcentaje de personas pobres ha aumentado de 32,1 % en 1999 a 35,6% en 2007 (DGEEC, 2005). Se entiende como pobres a aquellas personas que tienen ingresos familiares menores al costo de una canasta básica de consumo total, la cual incluye, además de alimentos, otros bienes y servicios esenciales necesarios para una vida digna, como vivienda, transporte, salud, educación, entre otros.

Al considerar el acceso a bienes y servicios, se constata que estas relaciones asimétricas de poder se suman potenciándose. El 52,7% de la población paraguaya accede a agua potable y saneamiento y 89% a electricidad, como promedio presenta 7 años de estudio y un 5% de analfabetismo. Sin embargo los promedios ocultan enormes inequidades de ciertos grupos según consideremos etnia, clase social o género. La población indígena sólo accede en un 1,4% a agua potable y saneamiento básico, 21% a electricidad y tiene dos años de estudio como promedio.

Las mujeres integran el mayor porcentaje de analfabetismo, y este dato aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (mujeres urbanas 6,1%, 9,9% mujeres rurales). Aquellos hogares cuya jefatura es femenina, tienen menor acceso a agua potable, mayor hacinamiento y menos años de estudio²³. Los niveles de inseguridad, precariedad y vulnerabilidad son mayores entre las mujeres por su posición subordinada a los hombres en el sistema de relaciones de género²⁴.

En cuanto a la situación de desigualdad en la que se encuentran niñas y niños es menester considerar que si bien con la Ley 1680/01 se declara un cambio de paradigma, pasándose a reconocer a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de derecho. Sin embargo, a nueve años de su promulgación la mayoría de las personas adultas siguen considerándolos como objetos pasivos, sin voz.

Todos estos hechos ubican a las mujeres, niños, niñas y adolescentes en una situación de vulnerabilidad que les disminuye su capacidad de negociación ante los hombres y las personas adultas, pues las relaciones de poder se establecen de manera asimétrica.

6. DIMENSIONES DEL PROBLEMA

La Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, a través de su Centro de Atención a la Mujer recibió, entre los meses de enero a septiembre de 2008, 1.387 casos. Así mismo, la Dirección General de Orden y Seguridad de la Policía Nacional atendió 628 casos entre octubre 2007 y agosto 2008.

Según datos proporcionados por el Servicio de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (SAVIF) del Centro de Emergencias Médicas, entre

23 Hogares con jefatura femenina, guaraní hablantes, rurales y del 20% más pobre presentan: 3 años de estudio como promedio; 43,5% de hacinamiento y 49% de acceso a agua abastecida por red.

Hogares con jefatura masculina, español hablante, urbanos y del 20% más rico presentan: 13,5 años de estudio como promedio; 2,8% de hacinamiento y 90% de acceso a agua abastecida por red. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Equidad para el desarrollo. Paraguay 2008. PNUD, Paraguay.

24 Anderson, J: La feminización de la pobreza en América Latina. Entre mujeres. 1994, Lima, Perú.

octubre de 2007 y setiembre del 2008, ha realizado 1267 consultas, de las cuales 168 corresponden a casos de violencia contra la mujer y la niña (13%) y durante el primer semestre de 2008, del total de atención (617), el diez por ciento correspondió a casos de violencia contra la mujer. Cabe señalar que el SAVIF, a pesar de que su denominación es de atención a la violencia intrafamiliar, éste realiza atenciones psicológicas a todo tipo de situaciones que acuden al Centro de Emergencias Médicas.

La Fundación Kuña Aty, entre enero y agosto del 2008 atendió 1.155 nuevos casos de mujeres víctimas de violencia²⁵. Según estudio realizado por BECA-UNICEF en el año 2009 el 61% de niños y niñas han sido víctimas de maltrato en el ámbito familiar.

El 71% de las personas encuestadas en el marco del estudio realizado por el Centro de Documentación y Estudios manifiesta no estar de acuerdo en que el castigo físico ayude a educarlos, pero sólo un 12 % cree que no debe ser usado en ninguna circunstancia. Es importante sin embargo, consignar que casi la totalidad de las personas opinan que los casos de abuso sexual y castigo físico severo deben ser denunciados²⁶.

Por otro lado, se registraron 1.322 casos de maltrato infantil en el Departamento de Salud Mental del Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu durante el periodo comprendido entre los años 2001 al 2008. El 10% de los mismos fueron casos de abuso sexual, predominantemente en el sexo femenino²⁷.

A su vez, el Hospital Nacional de Itagua, en relación a un estudio sobre abuso sexual en niños, niñas y adolescentes hasta 18 años, realizado por dicho hospital en el período 2005 – 2009, se expresa que han registrado 43 casos, de los cuales el 91% son del sexo femenino. En un 70% fueron abusos sexuales agudos. El promedio de edad de las víctimas es de 9,5 años. El cuanto al agresor/a el 90% son conocidos de la víctima y de éstos el 43% son familiares. También se constataron lesiones al examen físico, en un 88%, de los cuales 66% fueron genitales y 22% anales. A su vez, 85% de las víctimas presentaron trastornos psicológicos y un 7% de las niñas y adolescentes han quedado embarazadas²⁸.

Las niñas, adolescentes y jóvenes, presentan morbilidades asociadas a los roles de género, lo cual es evidenciado en la Encuesta Nacional de Demografía

y Salud Sexual y Reproductiva 2008 cuando se refiere a que el 36% de las mujeres de entre 15 y 44 años de edad afirma haber recibido violencia verbal por parte de su pareja, el 18% violencia física y el 5% violencia sexual²⁹. De las mujeres que refirieron haber sido víctimas de violencia sexual, más del 60% refiere que sucedió cuando era menor de 20 años, y casi el 20% refiere antes de los 15 años.

A pesar de que las mujeres, las adolescentes y niñas sufren mayor número de coacción y abuso sexual, y otras formas de violencia basada en género, los estereotipos de género perjudican también a los hombres. En América Latina y el Caribe la carga de enfermedad para los hombres es 26% más alta que para las mujeres, y está asociada a construcciones sociales de la masculinidad: accidentes de tránsito, homicidios³⁰, lesiones y enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de alcohol, estrés y estilos de vida perjudiciales, conductas estereotipadas para los hombres³¹. La primera causa de muerte en la población de 10 a 19 años de edad de Paraguay³² es la debida a causas externas (violencia en todas sus formas), constituyendo el 55% del total de muertes en este grupo etario³³.

Considerando los datos expuestos y trabajos publicados puede concluirse que si bien existen numerosas investigaciones sobre la violencia en Paraguay el principal obstáculo es que la información de la incidencia y la magnitud de la violencia, doméstica e intrafamiliar en general y hacia las mujeres en particular, no se encuentra sistematizada ni completa³⁴ lo que impide dimensionar el problema.

25 Myriam González Vera (CDE), ¿Hasta cuándo? Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, en CODEHUPY (2009) Derechos humanos en Paraguay. Asunción, 2009

26 SOTO, Clyde y otras. Encuesta Nacional sobre violencia doméstica e intrafamiliar. CDE, Asunción, 2003.

27 Conferencia dada por la Dra. Lourdes Zelaya de Migliorisi durante el Primer Taller de difusión y validación del Protocolo de Atención a Víctimas en situación de maltrato del MSP y BS. Noviembre, 2008. Asunción, Paraguay

28 Información proveída por la Dra. Raquel Lovera, Jefa de Servicio de Urgencia Pediátrica del Hospital Nacional de Itagua, Setiembre 2010.

29 Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva. Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP (ENDSSR 2008).

30 El Paraguay se ubica en el lugar número 12 de los homicidios totales a nivel internacional y en la posición 10 en cuanto a homicidios exclusivamente de jóvenes. La tasa actual de homicidios es de 22,3 cada cien mil habitantes. Realidades y desafíos de la juventud paraguaya. Una mirada desde la situación socio demográfica y la orientación de políticas públicas. Vice Ministerio de la Juventud. Ministerio de Educación y Cultura. Organización Iberoamericana de Juventud. 2009

31 Aguirre R, Guëll P: Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Agosto, 2002

32 En el año 2008 se registraron 715 muertes de personas entre 10 a 19 años, lo que constituye el 3% de todas las muertes registradas. Las causas de muerte fueron: causas externas 55%, tumores y enfermedades hematológicas 10%, infecciones y neumonías 2%, malformaciones congénitas 2%, embarazos 2,5%, enfermedades del aparato circulatorio: 3,5%, no clasificados y resto: 20%. Fuente: Ibidem.

33 Datos de la Policía Nacional también lo confirman, en el año 2006 se registraron 45 homicidios en niños de entre 10 a 17 años, contra 7 casos en niñas de igual edad. Policía Nacional, 2006.

34 Soto Clyde, González Myrian, Elías Margarita: Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios. Asunción, 2003.

7. DESARROLLO DEL PROGRAMA

7.1 Antecedentes

Ante la mayor visibilización del maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, como un grave problema social el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el año 1997, ha creado el Centro Nacional de Defensa de los Derechos de la Infancia (CENADI) como una instancia de coordinación interinstitucional para la atención de la niñez y la adolescencia y en particular para la prevención de situaciones de maltrato y la atención integral de las víctimas de estos hechos.

En el año 1999, se crea el Servicio de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar (SAVIF), por decreto ministerial, ante el trabajo que un grupo de profesionales de Salud Mental venía trabajando con el CENADI. Si bien el servicio tuvo un momento en el cual pudo brindar una atención integral e integrada a las personas víctimas de violencia en general y a las mujeres en particular, a través de un equipo multidisciplinario, con el tiempo este servicio no tuvo el apoyo logístico necesario y fue mermando en su alcance. A su vez el SAVIF integró la Red de Atención de la Violencia Doméstica, con la Secretaría de la Mujer y la Red Nacional de Atención al Maltrato Infantil (REDNAMI), por la organización no gubernamental Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA)³⁵.

A través de la REDNAMI, instancia de la que fueron miembros diferentes instituciones de salud junto a las demás instituciones integrantes del circuito de atención, tanto administrativo como jurisdiccional se buscaron acordar mecanismos dirigidos a brindar una atención adecuada a las niñas, niños y adolescentes en situación de maltrato y abuso sexual.

En octubre del año 2008 se establece un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República y el Ministerio del Interior.

Este convenio tiene como objetivo formular mecanismos para asegurar, defender, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, niños/as y adolescentes, coordinando acciones y adaptando los procedimientos procesales para que éstos sean reales y efectivos en el marco de las normas internacionales y nacionales, acorde a las competencias, metodologías y procedimientos respectivos de cada institución.

³⁵ Roa Romero Angélica: Políticas Públicas para la erradicación de la violencia doméstica en Paraguay. En: Vera Salerno Raquel (compiladora): Violencia de género. Problema antiguo, nuevos abordajes en el Paraguay. Centro de Documentación y Estudios, Asunción, Paraguay. 2009

En el marco de este convenio el MSP y BS se comprometió a realizar un relevamiento de datos de los servicios que brindan atención de casos de violencia y de los protocolos y planillas de registros existente en los siguientes servicios de salud: Hospital San Pablo, Hospital Barrio Obrero, Hospital de Clínicas, Policlínica Rigoberto Caballero, Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de San Lorenzo y Hospital Nacional de Itauguá³⁶. Además de dotar a los hospitales de referencia de espacio e infraestructura y recursos humanos (médicos, psicólogas, asistencia Sociales) para la atención de casos de violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes. Otro compromiso asumido fue el de designar a los/las funcionarios/as de diversos niveles que presten servicios en los hospitales beneficiarios para participar de los talleres de capacitación. Finalmente se comprometió a la realización de talleres de capacitación para la difusión, uso y aplicación de los protocolos y flujogramas.

En cuanto al contexto de aplicación de este Programa encontramos que la estructura piramidal que ha imperado por años en los servicios de salud, con numerosos programas desarticulados y con una enorme cantidad de puestos de salud y dispensarios de escasa o nula capacidad resolutive, el MSP y BS se halla en un proceso de restructuración de sus programas y servicios³⁷.

Con respecto a la información, se está implementando el nuevo expediente clínico presentado por la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), que proveerá información completa sobre las personas desde una perspectiva biosicosocial. Los servicios y programas deberán organizarse para que esta información sea utilizada en diferentes análisis, evaluaciones y ajustes periódicos.

La formación de los recursos humanos de salud ha sido predominantemente enfocada desde lo biológico, con muchas limitaciones para considerar a los determinantes sociales, culturales e históricos que subyacen a los problemas de salud. Así mismo es escaso o casi nulo el conocimiento que se tiene del marco jurídico, de las convenciones y acuerdos, de los procedimientos, que tienen que ver con el tema de la violencia en general y de la violencia basada en género en particular.

³⁶ La Planificación Estratégica 2009 – 2013 del MSP y BS orienta sus objetivos estratégicos de tal manera a superar los problemas que en este apartado han sido someramente expuestos. Los objetivos estratégicos mencionados son: Rectoría en Salud; Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, Instalación y fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud; Desarrollo Institucional y Participación y Gestión Social. Planificación Estratégica 2009 – 2013. MSP y BS.

³⁷ Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. www.mspbs.gov.py Primera edición, septiembre 2009.

En estos años el Sistema de salud ha desarrollado acciones aisladas y discontinuas, es por ello que con este Programa se estará garantizando el derecho de las personas, mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia, a ser atendidas/os de manera integral, siendo consideradas sus características y necesidades específicas. Así como el desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención con vistas a la erradicación de la violencia que se constituye en un problema de salud pública.

7.2. Objetivo General

- Contribuir a la prevención de situaciones de violencia de género e intrafamiliar y brindar atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.

7.3. Alcance

Este Programa está dirigido a prevenir situaciones de violencia de género y brindar atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia, para el periodo 2010-2015. Los objetivos de este Programa podrán ser efectivizados en la medida en que todo el Sistema Nacional de Salud logre una articulación y coordinación interna y externa efectiva y también se consideren los determinantes de la salud.

7.4. Metodología operativa

7.4.1. Indiferencia cero

Este Programa asume uno de los principales lineamientos de la Política Nacional de Salud cual es la Indiferencia cero ante las situaciones de violencia, por lo tanto el Sistema de Salud busca las estrategias para prevenirla y atenderla efectivamente con vistas a su disminución en la sociedad paraguaya. De este modo se combate la naturalización y la impunidad que envuelve a la violencia.

El Estado y toda la sociedad deben movilizar los recursos necesarios y desplegar sus capacidades buscando estrategias, desarrollando planes y programas, aunando los esfuerzos, a fin de lograr los objetivos propuestos.

Metas de Indiferencia cero para³⁸:

- La violencia intrafamiliar
- Las violencias contra la mujer
- Las mujeres sin protección en la salud mental
- La ausencia de atención primaria de salud, urgencias, atención especializada y hospitalizaciones en toda su complejidad
- Maltrato hacia la niñez y la adolescencia
- El abuso y la explotación sexual.

7.4.2. Enfoque estratégico

La implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, con sus Unidades de Salud Familiar, forma parte como primer nivel de atención, de la Red Integrada de Servicios de Salud “Tesãi Ñanduti”. La red se conforma por establecimientos de salud de distinta complejidad articulados entre sí. De esta manera se apuesta a servicios de salud de calidad, accesibles, integrados, integrales y oportunos.

La Estrategia de Atención Primaria de Salud³⁹, a través de sus Unidades de Salud de la Familia (USF) atiende a la población en sus comunidades. De esta manera necesariamente los programas y acciones se articulan transectorialmente pasando de la concepción de servicios de salud montados según la oferta, a la de salud como calidad de vida⁴⁰.

La Estrategia Promocional tiene en cuenta las etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia, edad adulta, vejez). Además considera que, tanto las amenazas que acontecen en una determinada etapa del ciclo vital, como las acciones que favorecen la salud y la vida con calidad, influyen decisivamente en las siguientes.

El concepto de promoción de la salud se refiere a la acción de brindar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Con la promoción se busca elevar lo necesario para tener calidad de vida como satisfacción de los derechos sociales, buscando superar todo aquello que amenace la realización plena de las personas y las

38 La estrategia de Atención Primaria de Salud es uno de los Programas Emblemáticos contemplados en “Paraguay para todos y todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010 – 2020.” A agosto del año 2010 se tienen instaladas 270 USF. Para fines del año 2010 se proyecta llegar a 500 USF. Para cubrir el territorio nacional se deberá llegar a aproximadamente 1.875 USF. Cada una de ellas abarca una población de 3.500 personas. En su instalación se priorizan aquellas áreas que presentan mayores índices de exclusión y pobreza.

39 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. www.mspbs.gov.py Primera edición, septiembre 2009.

40 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 1986.

comunidades. Lograr la satisfacción de las necesidades con autonomía, no sólo depende del ámbito de la salud sino de aquellos aspectos sociales y económicos que la determinan.

La Estrategia Promocional estructurada según ciclos de vida, presenta además “Proyectos de desarrollo de autonomía”, los cuales deben ser considerados en todas las etapas del ciclo vital. **Los proyectos de desarrollo** de autonomía originan programas o **sub programas** dirigidos a enfrentar los problemas que amenacen al desarrollo de la autonomía, a lo largo de cada una de las etapas del ciclo de vida.

La violencia es una amenaza a la autonomía de quienes la padecen, por ello debe ser considerada a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital.

El presente programa orienta sus objetivos y actividades a la prevención y atención integral de la violencia basada en género e intrafamiliar fundamentalmente, víctimas de las cuales son predominantemente las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Para el logro de los objetivos del presente programa se necesita una mayor inversión económica, y la calificación de los recursos humanos de salud.

7.4.3. Líneas estratégicas, objetivos específicos, metas y actividades.

Se han identificado siete áreas estratégicas, con sus respectivos objetivos, indicadores, metas y actividades para los distintos niveles (nacional, regional y local).

ÁREA ESTRATÉGICA 1: INFORMACIÓN ESTRATÉGICA – PRODUCCIÓN DE DATOS

Objetivo 1

■ Disponer de información sobre la violencia dirigida hacia las mujeres, niñas, niños y adolescentes, su incidencia y características, sustentada en la implementación del Protocolo unificado de atención a víctimas de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar, en coordinación y articulación con la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES).

Indicadores

- Información anual sobre violencia, desagregada por edades, sexo, etnia/familia lingüística, discapacidad, y lengua utilizada.

- Información sobre violencia según tipos, víctimas y agresores/as.
- A nivel nacional, regional y local se analizan los datos y se realiza un informe anual sobre la situación de la violencia.

Meta

- Para el 2015 se contarán con sub sistemas capaces de generar información sobre la manifestación de la violencia en las mujeres, niñas, niños y adolescentes a nivel nacional, regional y local.

Actividades

- 1.1 Coordinación con la DIGIES para generar información estratégica en violencia en el nivel nacional, regional y local. (Homologar con las existentes en la región o de MERCOSUR)
- 1.2 Llenado obligatorio del expediente clínico, y el Protocolo unificado de atención a víctimas de violencia.
- 1.3 Monitoreo semestral de la aplicación del Protocolo unificado de atención a víctimas de violencia.
- 1.4 Realización de informes anuales de análisis de la situación de violencia en mujeres, niños, niñas y adolescentes, por región sanitaria.
- 1.5. Creación e implementación de un sistema de vigilancia y notificación obligatoria a nivel público y privado sobre situaciones de violencia.
- 1.6. Realización de estudios de casos clínicos interdisciplinarios sobre situaciones de violencia.
- 1.7. Sistematización de los estudios de casos clínicos de forma interdisciplinaria e intersectorial, relacionados a situaciones de Violencia.
- 1.8. Realización de investigaciones sobre situaciones de violencia recepcionadas en los servicios en coordinación con otros sectores.
- 1.9. Difusión de resultados de investigaciones y estadísticas sobre situaciones de violencia en jornadas científicas, publicaciones impresas, audiovisuales y a través de portales virtuales.
- 1.10. Producir información disponible para los diferentes Observatorios existentes en los Ministerios y en otros sectores.

ÁREA ESTRATÉGICA 2: ENTORNOS FAVORABLES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA

Objetivo 2

■ Fomentar e impulsar entornos favorables para la prevención y atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, mediante la aplicación de planes regionales y proyectos eficaces, integrales y sostenibles.

Indicadores

- El Programa Nacional 2010 – 2015 cuenta con plan de acción a medio y largo plazo, con recursos y presupuesto asignados.
- Todas las Regiones sanitarias cuentan con un Plan regional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar en concordancia con el Programa Nacional y adaptado a la diversidad cultural y étnica de cada región.

Metas

- Para el 2010 se contará con el Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia 2010 – 2015
- Para el 2012 el 60% de las Regiones sanitarias habrá establecido planes regionales basados en el presente Programa y para el 2015 el 100% lo habrá hecho.

Actividades

- 2.1. Difusión del presente Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia 2010 – 2015, aprobado por el MSP y BS con el consenso de la población civil y las organizaciones pertinentes.
- 2.2. Implementación del presente Programa Nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia 2010 – 2015, por etapas, en las 18 regiones sanitarias a partir de los planes regionales.
- 2.3. Elaboración de planes regionales específicos para población indígena y población vulnerable.

ÁREA ESTRATÉGICA 3: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS E INTEGRALES

Objetivo 3

■ Fortalecer la Red Tesai Ñanduti, para atender a las necesidades de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia, de manera integral e integrada con calidad, considerando la perspectiva de derechos, de género, generacional y de etnia.

Indicadores

- Número de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que ofrecen un conjunto de servicios de salud con lineamientos técnicos definidos.
- Número de Regiones sanitarias con gestiones integrales de salud para abordar la violencia basada en género, etnia, doméstica e intrafamiliar.

Metas

- Para el 2013 el 40% de los servicios de salud a nivel nacional realizan atenciones y prevención según protocolos de atención a la violencia. Para el 2015 el 80% lo estará realizando.

Actividades

- 3.1. Instalación en los servicios hospitalarios de equipos interdisciplinarios de atención integral a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.
- 3.2. Flujograma de atención interdisciplinaria a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia disponible.
- 3.3. Aplicación en los servicios de atención de salud, de los lineamientos establecidos en las guías de detección y Protocolo único de atención a mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.
- 3.4. Instalación en las redes de servicios de salud, de una respuesta oportuna y adecuada a las mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.
- 3.5. Instalación de mecanismos obligatorios de detección de situaciones de violencia, evitando que estas pasen desapercibidas, con vistas a ofrecer asesoramiento y proteger a las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia.

3.6. Implementación de un sistema de derivación responsable y respetuoso de las situaciones de violencia a las instancias correspondientes.

3.7. Desarrollo de mecanismos de protección a las mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.

3.8. Atención psicológica y social para la reparación del daño de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia y sus familias.

3.9. Creación de servicios de atención psicológica a personas agresores/as con vistas a la modificación de conductas violentas.

3.10. Elaboración de diagnósticos médicos, psicológicos y sociales para la remisión a las instancias correspondientes, según la legislación vigente.

3.11. Realización de denuncias obligatorias de hechos punibles a las instancias correspondientes.

ÁREA ESTRATÉGICA 4: DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo 4

■ Apoyar la formulación y desarrollo de los programas de formación permanente de los recursos humanos del sistema de salud, encargados de la promoción de derechos, la prevención de situaciones de violencia y la atención integral de la salud de mujeres, niñas, niños y adolescentes y sus familias.

Indicadores

- Número de acciones de incidencia para la incorporación en los programas de estudios de universidades, institutos y centros de formación del tema de la violencia con enfoque de derechos y de género.
- Número de centros de atención en salud con personal capacitado en derechos y violencia.
- Número de instituciones de atención en salud con programas de capacitación implementados.

Metas

- Para el 2013 el 50% de las escuelas formadoras de Recursos Humanos en Salud habrán incorporado en el currículum de los programas de formación

de ciencias de la salud (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, obstetricia) el tema de la violencia. Para el 2015 el 80% lo habrá hecho.

- Para el 2013 los hospitales regionales tendrán un equipo técnico interdisciplinario capacitado en la atención de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.

Actividades

4.1 Desarrollo de Programas de certificación y recertificación para la formación continua de trabajadores/as de la salud y personal administrativo de los centros hospitalarios.

4.2 Actualización al personal sanitario responsable de la atención de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia, sobre enfoque de género y de derechos humanos y del niño, destacando aspectos fundamentales como la confidencialidad, la privacidad, el consentimiento informado, y la no discriminación, teniendo en cuenta el contexto, la diversidad cultural y sexual.

4.3 Coordinación con las escuelas formadoras de recursos humanos para la inclusión en los programas de estudio de los profesionales de la salud el tema de la violencia.

4.4. Implementación de un sistema de monitoreo y evaluación en base a indicadores establecidos sobre la calidad de atención en los servicios.

ÁREA ESTRATÉGICA 5: INTERVENCIONES BASADAS EN LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y LA ESCUELA

Objetivo 5

■ Generar espacios de participación familiar, escolar y comunitaria en la implementación de planes y acciones para la prevención de la violencia de género, de la mujer, niñas, niños y adolescentes, en el ámbito doméstico e intrafamiliar.

Indicadores

- N°. de personas y grupos de la comunidad que participan en la elaboración del Plan de acción.
- Se cuenta con un Plan de acción y estrategias desarrolladas para la promoción de la salud.

Meta

- Para el 2015, las Regiones sanitarias habrán incorporado, en articulación con la comunidad y las instituciones educativas y las familias en sus programas acciones de promoción y prevención de la violencia hacia las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Actividades

- 5.1. Promoción de la participación de integrantes de la comunidad para la elaboración e implementación de los planes de acción.
- 5.2. Elaboración de un Plan de formación de monitoras/es jóvenes sobre la violencia basada en género y derechos.
- 5.3. Desarrollo de Convenios con instituciones educativas y organizaciones comunitarias para la implementación de las jornadas de capacitación.
- 5.4. Implementación del Plan de capacitación dirigido a adolescentes.
- 5.5. Apoyo a las estrategias de promoción de la salud Escuelas, Viviendas y Municipios Saludables.

ÁREA ESTRATÉGICA 6: ALIANZAS ESTRATÉGICAS Y COLABORACIÓN CON OTROS SECTORES

Objetivo 6

- Establecer alianzas estratégicas interministeriales, intersectoriales y con otros actores sociales, a fin de impulsar la implementación del presente Programa Nacional de Prevención y Atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.

Indicador

- Número de alianzas establecidas con diferentes Ministerios, sectores y actores sociales.
- Número de Convenios desarrollados con diferentes Ministerios, sectores y organizaciones sociales.

Meta

- Para el 2013 se establecen Convenios de cooperación interministerial para la implementación del Programa Nacional.

- Para el 2013, 40% de las Regiones sanitarias integran e impulsan Redes de Protección, Prevención y atención integral a mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. Para el 2015 el 100% lo habrá hecho.

Actividades

- 6.1. Establecimiento de alianzas entre Ministerios para la implementación de acciones y logro de objetivos, según áreas estratégicas.
- 6.2. Coordinación y articulación proactiva con la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, Vice Ministerio de la juventud, Municipios, Ministerio de Justicia y Trabajo, Ministerio de Educación y Cultura, Universidad Nacional, Ministerio del Interior, Defensoría del pueblo, Ministerio Público, Corte Suprema de Justicia, con vistas a la implementación de actividades establecidas en el presente Programa.
- 6.3. Establecimiento de alianzas el sector privado, empresarial y con organizaciones de la sociedad civil.
- 6.4. Integración de Redes de Protección en las comunidades, estableciendo alianzas interinstitucionales para garantizar los derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia.
- 6.5 Integración de las diferentes mesas intersectoriales existentes a nivel nacional y regional vinculado a la intervención sobre la violencia.

ÁREA ESTRATÉGICA 7: COMUNICACIÓN SOCIAL

Objetivo 7

- Desarrollar estrategias de promoción de derechos y sensibilización a la población en general sobre la violencia y sus consecuencias en la vida de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Indicador

- Programa de información, promoción, sensibilización social sobre la violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar.

Meta

- Para el 2013 se implementa un Programa Nacional de Promoción y Sensibilización Social utilizando herramientas de comunicación para el desarrollo.

Actividades

7.1. Coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud y la Dirección de Comunicación del MSPBS, para la formulación de estrategias de comunicación.

7.2. Producción de materiales de difusión.

7.3. Difusión permanente de campañas comunicacionales masiva en sus diferentes formatos.

7.4. Link conectado a la Web del MSPBS para levantar informaciones relacionadas al Programa, a la situación de la violencia y para levantar mensajes de sensibilización.

7.5. Desarrollo de estrategias de comunicación, en articulación con otras instituciones estatales, como Secretaría de la Mujer, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, Ministerio del Interior, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación y Cultura, Secretaría de la Mujer.

7.6. Desarrollo de espacios de formación y discusión con comunicadores y comunicadoras sociales.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

La coordinación de la implementación del programa será responsabilidad del Equipo Técnico Multidisciplinario con la coordinación de DIRSINA y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, del MSP y BS.

La operativización del Programa será realizada según el área de competencia de cada una de las direcciones y niveles integrantes de las RISS en forma descentralizada.

Nivel Nacional: Dirección General de Programas de Salud, Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de Insumos Estratégicos, Dirección de Atención Primaria de salud, Dirección de Salud Mental, Dirección de Comunicación, Dirección de General de Desarrollo de Servicios de Salud.

Nivel Regional y local: las Unidades de Salud de la Familia, los Centros Ambulatorios de Especialidades o Policlínicas, los Hospitales Regionales, los Hospitales de Especialidades que conforman la red Tesai Ñanduti.

El monitoreo y evaluación será realizado desde el Equipo Técnico Multidisciplinario, el Programa de Salud Sexual, Reproductiva y de la Mujer y DIRSINA; en coordinación con las diferentes direcciones mencionadas, en base a instrumentos elaborados teniendo en cuenta los indicadores y las metas establecidas.

La información será recogida a partir de visitas de supervisión en campo, entrevistas con personal de salud, reuniones técnicas, informes de gestión de las diferentes instancias del MSP y BS involucradas.

Además se establecerá coordinación con la Dirección de Derechos Humanos del Ministerio de Salud a fin de establecer mecanismos institucionales a través de los cuales las usuarias puedan realizar denuncias en relación a la calidad de atención recibida.

Se elaborarán informes anuales de la ejecución del Programa.

PARTICIPANTES TALLER DE VALIDACION

Programa Nacional para la Prevención y Atención Integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia en género, doméstica e intrafamiliar 2010 -2015
Asunción, 07 de setiembre del 2010

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCION/ORGANIZACIÓN
1	<i>Abog. Richard Gustavo Gómez</i>	<i>Ministerio del Interior</i>
2	<i>Rubén Capdevila</i>	<i>Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia – CDIA</i>
3	<i>Lic. Florentina Rodríguez</i>	<i>Secretaría Técnica de Planificación</i>
4	<i>Ecom. Nilda Dalva Recalde Mora</i>	<i>Dirección Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
5	<i>Dra. Concepción Giménez</i>	<i>Hospital Policlínico Policial “Rigoberto Caballero”</i>
6	<i>Oscar Medina</i>	<i>Dirección General de Programas de Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
7	<i>Dra. Raquel Lovera</i>	<i>Hospital Nacional de Itaugua - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
8	<i>Lic. Beatriz M. Vda. de Paredes</i>	<i>Dirección General de Salud Indígena - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
9	<i>Lic. Carmen Díaz</i>	<i>VII Región Sanitaria – Itapúa - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
10	<i>Lic. Blanca Velázquez</i>	<i>Hospital General Barrio Obrero - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
11	<i>Lic. Ninfa Martínez</i>	<i>Dirección General de Atención Primaria de Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
12	<i>Abog. María Luisa Ibañez</i>	<i>Dirección General de Asesoría Jurídica - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
13	<i>Lic. Irma Gómez</i>	<i>Instituto de Bienestar Social Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
14	<i>Lic. Graciela Zelaya</i>	<i>Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República</i>
15	<i>Dra. Esther Navarro</i>	<i>Dirección General de Programas de Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
16	<i>Lic. Norma Benítez</i>	<i>Base Educativa y Comunitaria de Apoyo - BECA</i>

17	<i>Lic. Claudelina Vera</i>	<i>XI Región Sanitaria – Central Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
18	<i>Dra. Gladys Larrieur</i>	<i>XI Región Sanitaria – Central Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
19	<i>Lic. María Julia Garcete</i>	<i>Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia - SNNA</i>
20	<i>Lic. Ana Ibáñez</i>	<i>Hospital Materno Infantil de Loma Pytã Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
21	<i>Lic. Catalina Cáceres</i>	<i>Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República</i>
22	<i>Lic. Lucia Valdez</i>	<i>Centro Materno Infantil – San Lorenzo Hospital de Clínicas</i>
23	<i>Dra. Mirta Mendoza</i>	<i>Dirección de Salud Mental - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
24	<i>Lic. Ana María Frachi</i>	<i>Dirección de Salud Mental - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
25	<i>Lic. Marta Llamosas</i>	<i>Dirección de Salud Mental y Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
26	<i>Lic. Perla Raquel Galeano</i>	<i>Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
27	<i>Dra. Ida Esquivel</i>	<i>Centro Materno Infantil – San Lorenzo Hospital de Clínicas</i>
28	<i>Lic. Enriqueta Valiente</i>	<i>Instituto Andrés Barbero – Universidad Nacional de Asunción</i>
29	<i>Lic. Zunilda Zaracho</i>	<i>Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
30	<i>Lic. Olga Campuzano Montiel</i>	<i>Fundación Kuña Aty</i>
31	<i>Abog. Elba Nuñez</i>	<i>Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM PY</i>
32	<i>Lic. Nelly Meza</i>	<i>Base Educativa y Comunitaria de Apoyo - BECA</i>
33	<i>Lic. Angélica Roa</i>	<i>Centro de Emergencias Médicas – CEM- y Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>

34	<i>Lic. María Victoria Bisso</i>	<i>Ministerio de Educación y Cultura – MEC-</i>
35	<i>Lic. Cinthia Carolina Mongelós</i>	<i>Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente –CODENI- Asunción</i>
36	<i>Lic. María Gloria Pereira Jacquet</i>	<i>Ministerio de Educación y Cultura - MEC</i>
37	<i>Pamela Escobar</i>	<i>Dirección General de Programas de Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
38	<i>Prof. Gloria Aquino</i>	<i>Dirección General de Promoción de la Salud Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
39	<i>Celeste Houdin</i>	<i>Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia - SNNA</i>
40	<i>Bárbara Balbuena</i>	<i>Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia - SNNA</i>
41	<i>Miryan Monzón</i>	<i>Dirección de Políticas de Género de la Municipalidad de Asunción</i>
42	<i>Myrian González Vera</i>	<i>Centro de Documentación y Estudios - CDE</i>
43	<i>Dra. María Antonia Florentín</i>	<i>PLAN - PARAGUAY</i>
44	<i>Lic. Emilio Fernández</i>	<i>Ministerio de Educación y Cultura – MEC.</i>
45	<i>Lic. Norma Gómez</i>	<i>Instituto de Bienestar Social Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
46	<i>Lic. Norma Graciela Rojas</i>	<i>Ministerio de Educación y Cultura – MEC.</i>
47	<i>Rosa Saldivar</i>	<i>Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia – SNNA.</i>
48	<i>Dahiana Cañete</i>	<i>CONOSPI</i>
49	<i>Emilce Sánchez</i>	<i>CONOSPI</i>
50	<i>María Mercedes Buoggermini</i>	<i>Secretaría de Género del Poder Judicial</i>
51	<i>Dra. Raquel Escobar</i>	<i>Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
52	<i>Lic. María Elena León</i>	<i>Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
53	<i>Andrés Vázquez</i>	<i>Ministerio del Interior</i>
54	<i>Diana Vargas</i>	<i>Ministerio del Interior</i>
55	<i>Arq. Teresita Silvero</i>	<i>Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República - SMPR</i>
56	<i>Sandra Bosch</i>	<i>AECID</i>

57	<i>Beatriz Miranda</i>	<i>Centro Paraguayo de Estudios de Población - CEPEP</i>
58	<i>Lic. Yolanda Alderete de Salazar</i>	<i>Hospital Materno Infantil San Pablo - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
59	<i>Adriana Closs</i>	<i>Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia</i>
60	<i>Ricardo Y. Derene</i>	<i>Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia – CDIA</i>
61	<i>Mirian Candia</i>	<i>Radio Viva</i>
62	<i>Alejandra Acosta</i>	<i>Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República - SMPR</i>
63	<i>Dra. Margarita Ferreira</i>	<i>Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS</i>
64	<i>Lic. Romy Morales</i>	<i>Centro de Emergencias Médicas - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
65	<i>Lic. Maria de los Angeles Acosta</i>	<i>Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
66	<i>Dra. Elke Strubing</i>	<i>Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
67	<i>Marta Silva</i>	<i>Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social</i>
68	<i>Itziar Gandarias</i>	<i>UNIFEM</i>



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud