



# PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

>> GUÍA METODOLÓGICA



A photograph of a woman in a red and white top and a floral skirt breastfeeding an infant in a public facility. The woman is leaning over a wooden counter, and the infant is wrapped in a white cloth. In the background, another woman is visible, also with a child. The scene is set in a room with yellow walls and wooden benches.

**GUÍA METODOLÓGICA**

**PREVENCIÓN**  
**Y RESPUESTA**  
**A LA VIOLENCIA**  
**DE GÉNERO**



PÁGINA 10

# 1.

## **INTRODUCCIÓN**

PÁGINA 35

# 2.

## **COMPRENDER LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

PÁGINA 121

# 3.

## **ELEMENTOS CLAVE PARA LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

PÁGINA 305

# 4.

## **ACCIONES DE PREVENCIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y DE INCIDENCIA POLÍTICA**

**“EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO, LAS ESTADÍSTICAS SON ELOCUENTES... Y LAMENTABLES.”**

DR OLIVIER BERNARD

**“LA VIOLACION NO SE LIMITA A DESTRUIR LA SALUD FISICA Y MENTAL. [...] DESTRUYE TAMBIEN EL TEJIDO SOCIAL Y ECONOMICO Y CREA UN PROFUNDO DESARRAIGO EN LA VICTIMA Y SU ENTORNO.”**

**“EN ALGUNAS PARTES DEL MUNDO EL RECURSO A LA VIOLENCIA SEXUAL SE HA CONVERTIDO EN UNA VERDADERA ESTRATEGIA PARA DESTRUIR COMUNIDADES.”**

DR DENIS MUKWEGE

## EDITORIAL

**DR OLIVIER BERNARD,**  
PRESIDENTE DE MEDECINS DU MONDE FRANCE

➤ En materia de violencia de género, las estadísticas son elocuentes... y lamentables. En el mundo, una de cada cinco mujeres sufrirá una violación o tocamientos sexuales. Entre un 10% y un 69% de las mujeres (en función del país) habría sido agredida físicamente por una pareja masculina en algún momento de su vida. En Asia, faltan 90 millones de mujeres en las estadísticas demográficas, consecuencias de abortos selectivos o de infanticidios causados por la preferencia del hijo varón. Entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas han sufrido una mutilación genital por razones culturales o religiosas. La violencia contra las mujeres se encuentra en todo el mundo: en todas las regiones, en todas las sociedades, en todas las culturas. Puede perpetrarse en el interior de la familia o en el seno del grupo social o de la comunidad a los que pertenece la víctima, o incluso cometerse en el transcurso de un conflicto armado (donde la violación se convierte en una verdadera arma de guerra). Ya sea sexual, física, psicológica o institucional, esta violencia es la causa de importantes daños psicológicos además de graves problemas para la salud física. Puede incluso suponer la muerte por homicidio, lesiones graves o suicidio. Con mayor razón en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA donde el

problema de la violencia de género reviste, aún más, un carácter de urgencia.

Puesto que la violencia de género es un problema grave de salud pública ante el que hay que reaccionar con rapidez, Médicos del Mundo implanta desde hace varios años acciones de prevención y de respuesta ante la violencia contra las mujeres en numerosos terrenos (Guatemala, Pakistán, Nicaragua, Moldavia, Haití, Egipto, Níger, Perú, Liberia, RDC). Más allá de la atención, estas acciones se inscriben en una tendencia inclusiva con la finalidad de alcanzar, en la medida de lo posible, una transformación social. Las intervenciones se llevan a cabo en contextos muy variados y afectan a casi todas las formas de violencia de género. Los equipos de Médicos del Mundo se enfrentan en su trabajo diario a estas distintas formas de violencia. En la República Democrática del Congo, donde la violencia sexual es muy frecuente y sus autores, por lo general, quedan impunes. En Argelia, donde la frecuencia de la violencia doméstica es muy importante. O incluso en Pakistán, donde las mujeres que huyen de la violencia y de los riesgos de los llamados “crímenes de honor” encuentran refugio en hogares gubernamentales, los Dar-Ul-Amans.

En la mayor parte de estos terrenos, Médicos del Mundo trabaja con el apoyo y colaboración con estructuras locales asociativas, institucionales o procedentes de la sociedad civil. Solamente la colaboración del conjunto de los actores y el acceso a competencias variadas podrán ofrecer a las mujeres víctimas de violencia la posibilidad de una reconstrucción plena y duradera.

La lucha contra la violencia de género representa hoy, pues, a escala mundial, una emergencia política y un verdadero

desafío de salud pública. Médicos del Mundo desea mantener su contribución a esta lucha con ayuda de sus colaboradores sobre el terreno y en el marco de una acción pluridisciplinar de calidad y de respeto a las comunidades afectadas. Tanto en Francia como a nivel internacional; tanto aquí como allí.

## **PREFACIO**

**DR DENIS MUKWEGE,  
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DE PANZI (RDC)**

▶ Las historias y testimonios de las mujeres víctimas de violencia son espantosos y sobrecogedores. En calidad de médico en el hospital de referencia de Panzi me encuentro a diario con estas mujeres; mujeres que han sufrido violencia sexual, mujeres con el cuerpo y los aparatos genitales destruidos por falta de una atención sanitaria reproductiva de primera necesidad. Ellas están pagando por conflictos motivados por intereses económicos que desestabilizan las estructuras que deben sostener los derechos humanos fundamentales de protección, como el derecho a la sanidad. Estas personas viven sometidas a dolores físicos, psicológicos y morales cotidianos.

Sin embargo, lo que nosotros vemos en nuestra actividad diaria es sólo la expresión de un problema universal: los mecanismos son los mismos en América, en Europa, en Asia y en África. En todas partes hay personas que soportan la carga de haberse visto sometidas a violencias por razón de género, pero ninguna sociedad, ningún país, otorga suficiente atención a este problema.

Están los que piensan que se trata de un asunto que está mejorando, que está a la orden del día y que se están adoptando las legislaciones adecuadas. Están también quienes piensan que la descripción de esta violencia asociada al género se exagera. Pero si el mundo comprendiera lo que significan realmente la violencia de género y sus consecuencias, las cosas se plantearían de un modo distinto. No es el momento de minimizar el problema, sino el momento de incluirlo en la lista de prioridades.

Mi experiencia, tras haber conocido a miles de supervivientes de la violencia de género, me convence de que la violación no se limita a destruir la salud física y mental. La violación destruye también el tejido social y económico y crea un profundo desarraigo en la víctima y su entorno. Le quita a la persona su dignidad y su identidad, no solo a los ojos de la propia persona que sobrevive a la violencia, sino también a los de aquellos que la rodean.

En algunas partes del mundo el recurso a la violencia sexual se ha convertido en una verdadera estrategia para destruir comunidades. Es un arma que funciona despacio pero que tiene consecuencias devastadoras. Somos conscientes del peligro que pueden representar las armas de fuego o las armas químicas, pero deberíamos preocuparnos igualmente de las consecuencias de la violencia sexual. Distintas sociedades y distintos países contemplan del mismo modo a las supervivientes de violencias sexuales. En algunos casos la estigmatización es muy fuerte; tanto que volver a su hogar supone para las víctimas volver a una familia que las rechaza y las condena por haber sido atacadas. Al mismo tiempo, en otras partes del mundo, se puede acusar a una mujer por vestir de manera provocadora y ser ella la

causante de que los hombres la deseen. De modo que es la víctima, la superviviente, quien debe pagar con su cuerpo y su dignidad por aquello de lo que ha sido víctima.

Creo que si los hombres fueran tratados del mismo modo que las mujeres víctimas de violencia sexual, hoy el mundo reaccionaría de modo diferente. Creo que se aplicaría la ley y que los asaltantes serían detenidos y acusados por sus actos. El problema de la violencia sexual es complejo, pero no tanto como para dejarlo de lado e ignorarlo por falta de soluciones inmediatas.

Una de las principales batallas que debemos librar es la batalla contra la impunidad. Porque mientras no apliquemos la ley insistiendo en el hecho de que la violencia sexual no es aceptable, las mujeres, las familias y las comunidades seguirán perdiendo su dignidad y su capacidad de prosperar. Todo ello depende de nuestra responsabilidad para librar esta batalla: hemos visto las consecuencias de la violencia de género con nuestros propios ojos y hemos escuchado las historias de las supervivientes. Si seguimos aceptando esta situación, estaremos también aceptando la destrucción de nuestra humanidad.



# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

PÁGINA 14

# A

### PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

- 14 1/Qué es
- 15 2/Qué no es
- 15 3/A quién va dirigida

PÁGINA 17

# B

### ENFOQUE ESTRATÉGICO DE MÉDICOS DEL MUNDO FRANCIA

- 17 1/Un enfoque global e integrado de la lucha contra la violencia de género
- 18 2/La pluridisciplinaridad en el centro de los principios de intervención en favor de las víctimas de violencia

19 3/Un enfoque basado en el desarrollo de redes y en el refuerzo de las competencias de los colaboradores locales

20 4/Un enfoque comunitario de la lucha contra la violencia de género

20 5/La inclusión de los determinantes socioculturales

21 6/Un enfoque que favorezca la integración de los hombres: intervenir desde el prisma del género

21 7/Superar el enfoque victimista

22 8/La protección de las víctimas de violencia en el centro de nuestro enfoque

23 9/Dar testimonio de los ataques contra los derechos humanos y denunciar la violencia de género

PÁGINA 24

# C

### INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VDG EN EL CONJUNTO DE PROYECTOS DE MDM FRANCIA

26 1/Vínculos entre la violencia de género y la atención primaria

27 2/Vínculos entre la violencia de género y la salud reproductiva

28 3/Vínculos entre la violencia de género y el VIH/SIDA

30 4/Vínculos con los contextos de emergencia

31 5/Recomendaciones

# 1A

## PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

➤ La presente guía metodológica es fruto de un trabajo transversal de consolidación de las experiencias y herramientas desarrolladas por MdM y de una reflexión común en torno a la problemática de la violencia de género. Su realización ha sido posible gracias al programa internacional de lucha contra la violencia de género, financiado desde 2007 por la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), en el marco del cual ha sido posible concretar esta herramienta.

### 1 / QUÉ ES

El objetivo de esta guía es:

- ➔ **Dar pistas de reflexión e intervención para el desarrollo de programas, aspectos de programas o actividades específicas de prevención y/o de respuesta a la problemática de la violencia de género;**
- ➔ **Sensibilizar acerca de los desafíos de este fenómeno.**

Más allá de una presentación general de la problemática de la violencia de género y de las diversas realidades que abarca,

esta guía aborda los diferentes aspectos de la atención a las víctimas de violencia, así como las actividades de sensibilización e incidencia política que pueden ir asociadas a ella. Se trata de una verdadera **herramienta metodológica que tiene por objetivo facilitar el desarrollo e implantación de acciones de lucha contra la violencia de género y mejorar la calidad de las intervenciones en el terreno.**

Del mismo modo, permite **difundir y atraer la atención sobre las buenas prácticas y el conocimiento técnico de MdM en este ámbito a través de la capitalización de experiencias, metodologías y herramientas desarrolladas por los equipos de MdM** y sus colaboradores. Ha sido elaborada a partir de documentos internos realizados sobre el terreno y desde la sede (fichas técnicas, herramientas de formación y de sensibilización, protocolos de atención, actas de talleres de intercambios de prácticas, testimonios...) y de documentos externos (documentos de referencia sobre el tema).

### 2 / QUÉ NO ES

Esta guía no es una herramienta que detalle de manera exhaustiva todos los componentes de la atención a las víctimas de violencia de género. No aporta soluciones llave en mano para la implantación de actividades de prevención o de respuesta a este fenómeno, que deben adaptarse a cada contexto de intervención.

### 3 / A QUIÉN VA DIRIGIDA

Esta guía está destinada a todas las personas que deseen adquirir una mejor comprensión del fenómeno y desarrollar acciones de prevención y respuesta contra la violencia de género.

De una forma más concreta, la guía se dirige al personal de MdM y a sus colaboradores:

- **Sobre el terreno:** Personas (puestos de coordinación y puestos técnicos) interviniente en el marco de un proyecto de lucha contra la violencia de género o de cualquier otro proyecto, en Francia o a nivel internacional, que pueda contar con víctimas de violencia de género entre sus destinatarios.
- **En la sede:** Empleados y socios involucrados en la concepción y seguimiento de proyectos de lucha contra la violencia de género o de cualquier otro proyecto, en Francia o a nivel internacional, que pueda contar con víctimas de violencia de género entre sus destinatarios.

Así pues, esta guía no está dirigida únicamente a los equipos implicados en programas específicos de lucha contra la violencia de género. Además, no se dirige únicamente al personal médico, sino al **conjunto de personas susceptibles de encontrarse en una situación de atención a víctimas de violencia.**

# 1 / B

## ENFOQUE ESTRATÉGICO DE MÉDICOS DEL MUNDO FRANCIA

➤ Sin perder una atención especial a la diversidad de contextos, Médicos del Mundo Francia se centra en el desarrollo de un enfoque transversal coherente en torno a ciertos principios de intervención interdependientes.

## 1 / UN ENFOQUE GLOBAL E INTEGRADO DE LA LUCHA CONTRA AL VIOLENCIA DE GÉNERO

Los programas abordan la salud como un estado de bienestar global, es decir, teniendo en cuenta el contexto político, social,

económico, cultural y familiar más allá del gesto médico. Se trata de superar la atención individual para pensar en el colectivo.

El compromiso de MdM se basa pues en una reflexión global de intervención con el objeto no sólo de atender y reinserir a las víctimas de violencia, sino también de sensibilizar, informar y formar a los intervinientes y a las comunidades.

## 2 / LA PLURIDISCIPLINARIDAD EN EL CENTRO DE LOS PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN EN FAVOR DE LAS VÍCTIMAS

Las consecuencias de la violencia son múltiples y MdM se centra en el desarrollo de un enfoque verdaderamente pluridisciplinar. De este modo, si bien curar y dar testimonio son nuestras principales misiones, el campo de nuestras acciones se amplía. Más allá de la atención médica es necesario saber identificar, acoger a la persona que haya sido víctima de violencia e informar de manera adecuada para asegurarle el acceso a un seguimiento psicológico, una asistencia jurídica y servicios de reinserción socioeconómica. Es la asociación de estas diferentes intervenciones la que permitirá a las víctimas de violencia acceder a una rehabilitación plena.

Más que “pluridisciplinaridad”, el término “transdisciplinaridad” permite insistir en los mecanismos de coordinación entre los intervinientes. Dicho de otro modo, la atención debe

ser transdisciplinar e implicar no sólo la intervención individual de los diversos actores, sino además fuertes vínculos operativos de derivación.

A menudo esta pluridisciplinaridad o transdisciplinaridad solo es posible a través del desarrollo y apoyo a redes de actores locales.

## 3 / UN ENFOQUE BASADO EN EL DESARROLLO DE REDES Y EN EL REFUERZO DE LAS COMPETENCIAS DE LOS COLABORADORES LOCALES

Las dificultades de acceso a las víctimas de violencia de género y la importancia que debe concederse a la comprensión y a las percepciones locales de la violencia precisan trabajar en estrecha colaboración con los actores locales de las sociedades en las que interviene la asociación. Además, MdM ni se encuentra en posición de garantizar el conjunto de aspectos de la atención pluridisciplinar, ni tiene la vocación de hacerlo.

Así, en la mayor parte de terrenos, MdM trabaja con el apoyo y acuerdo de estructuras locales colaboradoras, institucionales o procedentes de la sociedad civil. A través del desarrollo de redes y del refuerzo de capacidades, se trata de permitir una respuesta concertada, complementaria y sostenible al fenómeno de la violencia de género.

## 4 / UN ENFOQUE COMUNITARIO DE LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En el ámbito de sus intervenciones y siempre que el contexto y los objetivos del programa lo permitan, MdM promueve un enfoque comunitario. Esta estrategia de intervención se basa en el reconocimiento y la valoración del potencial de los individuos, las redes sociales y las comunidades para responder a sus problemas sociales y sanitarios. Permite devolver a los individuos y a las colectividades los medios para trabajar en su rehabilitación individual y social y para luchar por sí mismos contra la violencia de género.

## 5 / LA INCLUSIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Los determinantes socioculturales<sup>1</sup> tienen un impacto sobre las acciones, los comportamientos y, sobre todo, sobre las percepciones de los individuos y las comunidades. Las representaciones de la violencia por parte de las poblaciones, los intervinientes, pero también de las propias víctimas, constituyen un verdadero desafío que se plantea en la mayor parte de los programas. Los determinantes socioculturales pueden constituir un obstáculo a la identificación y al reconocimiento de las víctimas de la violencia de género, a la calidad de los servicios de atención o incluso a la aplicación eficaz de las evoluciones legislativas. Así pues, el análisis de estos determinantes debe ser integrado, desde la fase de diagnóstico del proyecto, para determinar las actividades y las modalidades de su aplicación.

## 6 / UN ENFOQUE QUE FAVOREZCA LA INTEGRACIÓN DE LOS HOMBRES: INTERVENIR DESDE EL PRISMA DEL GÉNERO

MdM insiste en la implicación de los hombres en las acciones de lucha contra la violencia de género. Si bien estas intervenciones se dirigen en primer lugar a las personas que son víctimas de dicha violencia, deben igualmente tener en cuenta a sus autores, a la familia y a la sociedad en general. Influidos por las normas socioculturales y sometidos a numerosas presiones sociales, los hombres deben formar parte de las soluciones que se plantean. La calidad y la permanencia de los proyectos dependen de nuestra capacidad de implicar al conjunto de la población. Así se puede movilizar y animar a grupos de hombres a reaccionar no solo de manera individual, en el seno de su propio hogar y en su vida cotidiana, sino también de manera colectiva, en asociación con organizaciones de mujeres. MdM pretende del mismo modo actuar sobre las representaciones de la masculinidad, que se encuentran a menudo en el origen de la violencia y tienen un impacto sobre la calidad de su atención.

## 7 / SUPERAR EL ENFOQUE VICTIMISTA

Nuestras intervenciones deben saber superar el enfoque victimista para no encerrar a los usuarios de nuestros servicios

<sup>1</sup>. Los determinantes socioculturales están formados por el conjunto de elementos del entorno de un individuo en un contexto determinado.

en un papel pasivo de víctima. Se trata de considerar a las personas víctimas de la violencia de género como “sujetos” y no como “objetos” de la atención.

Elo implica que la violencia cometida no se niegue ni se banalice, sino que sea reconocida por todos y en especial por los intervinientes en el entorno de la víctima como una violación de sus derechos. La persona que toma conciencia de este reconocimiento social puede a continuación superar esta “condición de víctima” y adoptar un papel activo en sus gestiones de atención y reinserción social.

## **8 / LA PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL CENTRO DE NUESTRO ENFOQUE**

Intervenir ante poblaciones vulnerables implica garantizar su protección asegurando la satisfacción de sus necesidades inmediatas y de su seguridad física.

La protección reviste una especial importancia ya que se trata de proyectos de lucha contra la violencia de género. En efecto, las víctimas de esta violencia que deciden solicitar atención sanitaria corren el riesgo de padecer nuevos episodios de violencia (represalias o amenazas por parte del agresor contra la persona o su entorno, situación de precariedad asociada a la exclusión o al abandono del domicilio, etc.).

Así pues, la protección debe situarse en el centro de nuestro enfoque, dentro del marco de todas las acciones de prevención y de respuesta a la violencia de género.

## **9 / DAR TESTIMONIO DE LOS ATAQUES CONTRA LOS DERECHOS HUMANOS Y DENUNCIAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Más allá de la atención sanitaria, la vocación de la asociación pasa por dar testimonio de la violencia contra la que luchan sus programas y denunciar estos abusos para alcanzar una concienciación del fenómeno de la violencia de género. La selección de imágenes y testimonios resulta fundamental para dar cuenta de las realidades contextuales de cada terreno y dar importancia a nuestra palabra frente a las autoridades y a las poblaciones. Sin embargo, debe realizarse en condiciones que no refuercen la inseguridad y la estigmatización de las víctimas.

# 1C

## INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VDG EN EL CONJUNTO DE PROYECTOS DE MDM FRANCIA

► La violencia de género es un fenómeno internacional que no conoce fronteras geográficas ni fronteras sociales: todos los contextos de intervención están implicados; todos los intervinientes implicados en el marco de un programa de MdM son pues susceptibles de enfrentarse a ella en sus actividades.

→ El sector médico (en especial la atención primaria, la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA) representa una **puerta de entrada privilegiada** para la identificación y la atención (y/o derivación) de las víctimas de la violencia de género.

→ La **calidad** de la atención de los beneficiarios de nuestros programas depende, entre otros factores, de la capacidad de los intervinientes de reconocer situaciones de violencia y responder a ellas de manera adecuada.

Los dolores pélvicos pueden estar causados tanto por trastornos ginecológicos (embarazo extrauterino, reglas dolorosas...) o urinarios (cistitis, pielonefritis...) como por las consecuencias de actos de violencia física o sexual.

Frente a consultas repetidas por cefaleas o dolores abdominales, los profesionales de la salud deben incluir la violencia entre sus hipótesis de diagnóstico.

→ El respeto a los **principios de la ética médica** que defiende MdM en el conjunto de sus programas, y más en concreto “la obligación de proteger”, implica que los intervinientes deben estar sensibilizados con la problemática de la violencia de género e incluso con sus respuestas.

### LA OBLIGACIÓN DE PROTEGER

“El personal de MdM no puede permanecer impasible después de tener conocimiento de los casos de violencia.”

“El personal de MdM debe reflexionar de manera concertada (terreno-sede) sobre lo que conviene hacer en interés del paciente/víctima.”

**“No hacer nada podría considerarse como consentimiento de los malos tratos.”**

Dromer Carole, Desmarest Anne, Delorme Adrien,

*La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles*  
(Estado de salud e historia personal, MdM Francia, 2010)

## 1 / VÍNCULOS ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

La OMS define los cuidados de atención primaria como “cuidados sanitarios esenciales universalmente accesibles para los individuos y las familias en el seno de su comunidad a través de medios aceptables para ellos y a cambio de un precio que tanto las comunidades como el país puedan asumir”.

La atención primaria se sitúa en la puerta de acceso al sistema sanitario, ofreciendo cuidados generales, globales, continuos, integrados, accesibles a toda la población y coordinando e integrando los servicios necesarios para otros niveles de atención<sup>2</sup>. La violencia de género, en cualquiera de sus formas, presenta diversas consecuencias sobre la sanidad<sup>3</sup>. Es por ello que las estructuras sanitarias, con independencia de su nivel en el sistema de atención, representan con frecuencia una puerta de acceso privilegiada para el tratamiento de las diversas formas de violencia de género.

**2.** Según Macinko J, Starfield B, Shi L., “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries”, 1970-1998, 2003.

**3.** Para más información, véase página 109, la parte relativa a las causas y consecuencias de la violencia de género.

## 2 / VÍNCULOS ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LA SALUD REPRODUCTIVA

La violencia de género, y en especial la violencia sexual, tiene consecuencias desastrosas sobre la salud sexual y reproductiva, entre las que cabe citar: infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), embarazos precoces o no deseados, interrupciones de embarazos practicadas en condiciones peligrosas, fistulas, mutilaciones genitales...

Por otra parte, el embarazo representa un factor de vulnerabilidad para las mujeres, en concreto en relación con la violencia en el seno de la familia. Hasta una de cada cuatro mujeres padece violencia física o sexual durante el embarazo<sup>4</sup>. Esta violencia tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo: abortos, atrofia infantil en el momento del nacimiento, partos prematuros...

Del mismo modo, la violencia puede suponer un freno a la libertad de las mujeres a la hora de escoger su sexualidad y decidir la conveniencia de un embarazo.

Por último, los profesionales de la salud reproductiva son con frecuencia los primeros (si no los únicos) que se encargan desde un punto de vista médico de numerosas mujeres. En este sentido, tienen una posición privilegiada para identificar y tratar la violencia que hayan podido sufrir.

**4.** Heise, L, Ellsberg M. y Gottemoeller M., “Ending Violence against Women”, Population Reports. Serie L. No 11: 17. 1999.

### 3 / VÍNCULOS ENTRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL VIH/SIDA

La información disponible sobre los vínculos entre la violencia de género y el VIH/SIDA muestran que existen diversos mecanismos directos e indirectos que sustentan esta interacción.

#### → Las relaciones sexuales forzadas y violentas incrementan el riesgo de transmisión del VIH.

En efecto, en el transcurso de un acto sexual forzado son frecuentes las lesiones, laceraciones y abrasiones, que facilitan el acceso del virus a través de la mucosa bucal, vaginal o anal.

“Estudios llevados a cabo en Ruanda, en la República-Unida de Tanzania y en Sudáfrica muestran que las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen tres veces más posibilidades de infectarse del VIH que las demás mujeres<sup>5</sup>.”

#### → La violencia o el miedo a la violencia pueden tener las siguientes consecuencias<sup>6</sup>:

- Imposibilidad de negociar el uso de un preservativo;
- Reticencia a someterse a un test de detección del VIH/SIDA;
- Reticencia a divulgar su estado serológico, retraso en el acceso al tratamiento del VIH/SIDA, abandono de la atención.

→ De un modo más indirecto, **las víctimas de violencia** (abusos sexuales durante la infancia, iniciación sexual forzada y violencia ejercida por la pareja) **tienen una tendencia mayor, como consecuencia del trauma, a adoptar comportamientos de riesgo:** multiplicación

de parejas sexuales, relaciones sexuales a cambio de dinero, servicios sexuales a cambio de protección<sup>7</sup>.

#### → La condición de seropositivo es un factor de riesgo de violencia por parte de su pareja y de la comunidad.

Las representaciones y percepciones del virus pueden implicar diferentes reacciones violentas contra los portadores del VIH/SIDA. En el marco de un estudio americano, se demostró que “un 20,5% de las mujeres, un 11,5% de los hombres portadores del VIH como consecuencia de relaciones homosexuales (excluyendo la transmisión del virus por inyección de droga) y un 7,5% de los hombres restantes declararon haber padecido violencia física tras haber sido diagnosticados seropositivos. Casi la mitad indicó que su condición de seropositivos era una causa de violencia<sup>8</sup>.”

#### → La condición femenina es también un factor de riesgo relativo a la transmisión del VIH.

Desde un punto de vista meramente fisiológico y biológico, la mujer tiene mayor riesgo que el hombre de contraer sida en el transcurso de una relación heterosexual sin protección. Las mujeres son además más vulnerables al virus del sida por razones socioculturales, económicas y políticas. Entre ellas, podemos citar la sexualidad transgeneracional (el hecho de que hombres maduros busquen chicas jóvenes) o ciertas prácticas tradicionales (mutilaciones genitales femeninas, matrimonios precoces, etc.).

5. 6. 7. OMS, “La violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA: Principaux points de recoupements; Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA”, Serie de boletines informativos, n° 1, 2005.

8. Agency for Health Care Policy and Research, “HIV Cost and Services Utilization Study”, Fact sheet, Rockville, 1998.

“El riesgo de infección por VIH en mujeres y chicas jóvenes, así como su vulnerabilidad a este respecto, es consecuencia de las desigualdades sexuales tan extendidas y arraigadas y que reflejan los actos de violencia que se les infligen<sup>9</sup>.”

→ Por último, en numerosos conflictos, los combatientes **usan a veces su condición de seropositivos para incrementar la violencia contra sus enemigos**. Pueden transmitir el virus a sus víctimas de manera voluntaria, prometiéndoles de este modo “una muerte lenta y dolorosa”.

Considerando el conjunto de estas interacciones, resulta fundamental desarrollar más vínculos entre ambas temáticas.

## 4 / VÍNCULOS CON LOS CONTEXTOS DE EMERGENCIA

La violencia de género se multiplica con frecuencia en situaciones de emergencia. La destrucción social, los desplazamientos de población o la debilidad de los sistemas de protección son características situacionales propicias para la aparición de numerosos casos de violencia (violaciones colectivas, matrimonio forzado con soldado enemigo, esclavitud sexual, mutilaciones, obligación de presenciar la violación de alguien cercano...). Los intervinientes en situaciones de emergencia humanitaria deben pues ser capaces de contribuir a las acciones de prevención y respuesta al fenómeno de la violencia de género.

**9. OMS**, “La violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA : Principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA”, Serie de boletines informativos, n° 1, 2005.

## LA MAGNITUD DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LAS SITUACIONES DE CONFLICTO

- Durante el conflicto que afectó a Bosnia-Herzegovina entre 1992 y 1995, entre **20.000 y 50.000 mujeres musulmanas fueron víctimas de violaciones** (es decir, en torno a un 1,2% de la población femenina antes de la guerra)<sup>10</sup>.
- El Relator especial de las Naciones Unidas para Ruanda (1996) calculó en un informe un mínimo de **250.000 mujeres violadas** en el transcurso del genocidio<sup>11</sup>.
- En Liberia, al término de la guerra civil que asoló el país durante 5 años, el **49% de las mujeres** de entre 15 y 70 años que respondieron a una encuesta afirmaron haber padecido **al menos un acto de violencia física o sexual por parte** de un soldado o combatiente<sup>12</sup>.

## 5 / RECOMENDACIONES

En razón de los estrechos vínculos que acabamos de destacar, el tratamiento de la violencia de género debería integrarse de manera sistemática en el conjunto de programas de MdM.

La integración de la temática de la violencia de género en los programas de MdM puede llevarse a cabo en mayor

**10. Unicef**, *Women in transition*, The Monee project regional monitoring report summary n°6, Florence, 1999.

**11. HRW**, *Toujours en lutte: La justice, un parcours semé d'obstacles pour les victimes de viol au Rwanda*, New York, 2004.

**12. M.D. Swiss Shana et al.**, “Violence Against Women During the Liberian Civil Conflict”, Letter from Monrovia, JAMA, 1998.

o menor profundidad a través de la implantación de una serie de recomendaciones, entre otras:

- Integrar la temática de la violencia de género en las **sesiones de formación y/o de sensibilización organizadas para los intervinientes** (personal médico y no médico). Se trata de abordar cuestiones como: la definición de violencia de género y sus diversas formas; la identificación, acogida, atención (sobre todo la gestión clínica en el caso de violaciones) y la orientación de las víctimas.
- **Identificar a los potenciales colaboradores** presentes en la zona de intervención, a los que se podrían dirigir las víctimas de violencia de género para recibir una atención adaptada y multidisciplinar.
- Organizar, con los equipos y colaboradores de MdM, **sesiones de intercambio sobre las percepciones y representaciones de la violencia de género** (violencia “normal” o “anomal”, masculinidad/feminidad...) en el contexto de intervención.
- Asegurar la **disponibilidad de los tratamientos necesarios para la atención médica de los casos de violación** (debe ir acompañado de la formación del personal médico para su utilización).
- Integrar **indicadores relativos a la violencia de género** en las herramientas de seguimiento y evaluación de programas.
- Integrar la violencia de género entre las temáticas abordadas en el marco de **las actividades de sensibilización destinadas a la población.**

### **Es necesario evaluar la viabilidad y la pertinencia de estas recomendaciones en relación con el contexto de intervención.**

Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno de la violencia de género y los desafíos que plantea a nivel sociocultural (percepciones/representaciones de la violencia entre los intervinientes, las víctimas y las comunidades), los resultados de la integración de la problemática en los programas a menudo solo son visibles a medio plazo. Por tanto, resulta necesario que estas actividades se mantengan y se repitan en el tiempo.



# 2

**COMPRENDER LA  
PROBLEMÁTICA  
DE LA VIOLENCIA  
DE GÉNERO**

# A

## DEFINICIÓN DE LOS **CONCEPTOS** **CLAVE**

- 40 **1/La violencia**
- 41 **2/Los determinantes socioculturales**
- 42 **3/El género y los conceptos que se le asocian**
  - 42 1. La diferencia entre sexo y género
  - 44 2. La igualdad de género
  - 45 3. El enfoque integrado de la igualdad de género
- 47 **4/La noción de víctima de violencia**
  - 47 1. Víctima-“superviviente”
  - 48 2. Víctima-paciente
  - 49 3. Víctima directas o indirectas

# B

## **MARCO DE LA PROBLEMÁTICA**

- 51 **1/Violación incuestionable de los derechos humanos**
- 52 **2/Grave problema de salud pública**

# C

## **CLASIFICACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

- 62 **1/Clasificación según la naturaleza de la agresión**
  - 62 1. El maltrato físico
  - 63 2. El maltrato sexual
  - 70 3. Maltrato moral y psicológico
  - 72 4. Las prácticas tradicionales perjudiciales
  - 79 5. El maltrato económico y social
  - 92 6. La explotación y la trata de seres humanos
- 95 **2/Clasificación según la relación entre la víctima y el agresor**
  - 95 1. La violencia intrafamiliar o doméstica
  - 104 2. El maltrato civil o comunitario
  - 106 3. La violencia estatal o institucional

# D

## **CAUSAS Y CONSECUENCIAS**

- 110 **1/Las causas de la violencia de género**
- 113 **2/Las consecuencias de la violencia de género**
- 114 **Cuadro: “Consecuencias de la violencia para la salud”**
  - 116 1. Consecuencias específicas del maltrato sexual
  - 116 2. Consecuencias ligadas a la interrupción voluntaria del embarazo no medicalizado
  - 118 3. El impacto de la violencia de género en la comunidad

## COMPRENDER LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

### ¿A QUÉ SE HACE REFERENCIA CUANDO SE HABLA DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

#### **Definición de violencia contra la mujer**

“El término ‘violencia contra la mujer’ designa [todos] los actos de violencia contra el sexo femenino que provocan o pueden provocar un perjuicio a las mujeres o un maltrato físico, sexual o psicológico, incluida la amenaza de llevar a cabo dichos actos, el miedo o la privación arbitraria de libertad tanto en la vida pública como en la privada.”

“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, Nueva York, 1993, p.6, resolución 48/104 de la **Asamblea General de las Naciones Unidas** del 20 de diciembre de 1993.

Esta definición, relativa únicamente a la mujer, parece ser restrictiva para nuestro enfoque de la problemática. Por ello le hemos asignado otra formulación donde se precisa que el acto de violencia se basa en “la pertenencia al sexo femenino o masculino”.

#### **Definición de la violencia de género**

La violencia de género puede definirse como todo acto que acarrea o pretende acarrear un perjuicio o un maltrato físico,

sexual o psicológico **a una mujer por ser mujer o a un hombre por ser hombre**, incluida la amenaza de llevar a cabo dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad ya sea en la esfera pública o en la vida privada.

La expresión “violencia de género” a menudo se emplea para remarcar las especificidades socioculturales atribuidas a las personas según su papel y estatus como seres sexuados. “La violencia de género se manifiesta a través de las creencias, las tradiciones, el comportamiento o las actitudes perjudiciales para con los individuos en función de su sexo<sup>13</sup>.”

#### **Relación entre la “violencia de género” y la “violencia contra la mujer”**

Podemos decir que aunque mujeres, hombres, chicos y chicas puedan ser víctimas de violencia de género, las mujeres y las chicas son las principales víctimas. Esto es sintomático de la construcción social desigual entre hombres y mujeres en la mayoría de sociedades.

A menudo se usan indistintamente los términos “violencia contra la mujer”, “violencia de género”, “violencia sexo-específica” o incluso “violencia sexista”. Sin embargo en esta guía metodológica hemos preferido emplear la expresión “violencia de género”.

13. Josse Evelyne, *Les violences sexospécifiques à l'égard des enfants*, 2007

# 2A

## DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS CLAVE

➤ Es necesario definir algunos conceptos relacionados con la problemática de la violencia de género.

### 1 / LA VIOLENCIA

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la violencia puede definirse como la “amenaza o utilización intencionada de la fuerza física o del poder contra sí mismo, contra otra persona o contra un grupo o una comunidad que conlleva o corre el riesgo de provocar un traumatismo, una muerte, daños psicológicos, un mal desarrollo o privaciones<sup>14</sup>.”

Esta definición, retomada por numerosas estructuras nacionales e internacionales, atribuye al concepto de violencia un **amplio campo de aplicación, insistiendo en la diversidad de situaciones así como en el gran número de consecuencias.**

<sup>14</sup>. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

“La violencia es un problema complejo ligado a formas de pensamiento y comportamiento creadas por un gran número de fuerzas dentro de nuestras familias y comunidades, fuerzas que van más allá de las fronteras nacionales.”

Dr Gro Harlem Brundtland, director general de la OMS.

### 2 / LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES

El conjunto de elementos del entorno de un individuo en un contexto dado forma parte de los determinantes socioculturales. Estos elementos son de tipo geográfico, social, cultural, religioso, familiar, económico o incluso de género. Los determinantes socioculturales afectan a las acciones, comportamientos y percepciones de cada individuo. Así, la violencia perpetrada por el hombre no es un fenómeno aislado sino estrechamente vinculado a las normas socioculturales.

**La violencia de género existe en todas las sociedades del mundo pero es la percepción de la violencia y las acciones para prevenirla lo que difiere. Para poder comprender mejor el fenómeno de la violencia es necesario tener en cuenta estas variables que determinan el lugar que ocupa un individuo en una sociedad.**

“[Lori] Heise elaboró un modelo ecológico de los factores asociados al maltrato físico de la pareja, en el que distingue cuatro niveles que interactúan: el nivel individual, el relacional

(padre y amigos), el comunitario y, por último, el cultural y social. Este modelo, que estudia la relación existente entre los factores individuales y los contextuales, considera que la **violencia es el resultado de la influencia que ejercen estos factores sobre el comportamiento en diferentes niveles**<sup>15</sup>

Bouchon Magali, *Enfoque práctico – Violencia contra la mujer; género, culturas y sociedades*, MdM, 2009.

## 3 / EL GÉNERO Y LOS CONCEPTOS QUE SE LE ASOCIAN

Si tomamos el género como un determinante sociocultural, nos permitirá comprender la problemática de la violencia bajo un ángulo más específico. Al tener en cuenta el género en algunos programas de lucha contra la violencia surgirán algunos conceptos que conviene definir.

### 1. La diferencia entre sexo y género

El género se refiere a las características de los hombres y de las mujeres que están determinadas socialmente, a diferencia de aquellas que están biológicamente determinadas. Cada sociedad establece reglas específicas para sus miembros, niños, niñas o adultos, dependiendo de su sexo. “Estas reglas, implícitas y explícitas, determinan el papel, el estatus, las responsabilidades, las obligaciones, las actividades, las prácticas, los modelos relacionales entre hombres y mujeres, y las actitudes y el comportamiento aceptables para cada uno, en cada situación según el sexo. Estas reglas se adquieren y,

aunque están profundamente arraigadas en cada comunidad, evolucionan con el tiempo (generalmente de manera lenta). Al contrario, el sexo se refiere a las diferencias biológicas y físicas entre hombres y mujeres; estas diferencias están determinadas por la biología y no pueden cambiar<sup>15</sup>.”

Los seres humanos nacen con sexo femenino o masculino pero en sus familias es donde aprenden a ser niños o niñas y a convertirse en hombres o mujeres.

#### Ejemplos de características sexuales:

- las mujeres tienen la menstruación, los hombres no;
- los hombres tienen testículos, las mujeres no;
- a las mujeres les crece el pecho y normalmente pueden amamantar;
- las mujeres suelen ser de menor estatura que los hombres.

#### Ejemplos de características de “género”:

- las mujeres ganan bastante menos que los hombres en trabajos similares;
- las chicas deben ser “amables y sumisas” y los chicos no deben llorar;
- más hombres que mujeres fuman, tradicionalmente la costumbre de fumar no se considera conveniente para las mujeres.

Entender la violencia a través del concepto de género permite percibir y comprender mejor la amplitud del fenómeno y adaptar la intervención con las víctimas a los datos socioculturales relativos al sexo.

15. Josse Evelynne, “Les violences sexuelles entre détenus de sexe masculin : un révélateur de la subordination de la femme dans la société”, 2007.

“El maltrato sexual afecta particularmente a las mujeres aunque no exclusivamente. Abordar este tipo de violencia bajo el ángulo del género permite explicar el por qué puede representar la manifestación del dominio de los hombres sobre las mujeres y también analizar las intervenciones que se centrarán en la raíz del problema, todo esto trabajando sobre el sistema de valores, las representaciones y las prácticas.”

MdM Haiti, guía de sensibilización sobre las agresiones sexuales, 2008.

Las bases de la organización de una sociedad reposan en las especificidades sociales de los individuos dentro de su comunidad, según su cultura y en función de su sexo. Por lo tanto, la violencia refleja la construcción de estas relaciones donde el poder y la autoridad están históricamente determinados de manera desigual entre hombres y mujeres<sup>16</sup>. “La violencia contra la mujer [...] está profundamente arraigada en las culturas de todo el mundo hasta tal punto que millones de mujeres lo ven como una forma de vida<sup>17</sup>.”

## 2. La igualdad de género

La igualdad entre mujeres y hombres significa la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades entre hombres y mujeres y entre niños y niñas. Igualdad significa que los derechos, las responsabilidades y las oportunidades de hombres y mujeres no dependen del hecho de pertenecer al sexo masculino o al femenino<sup>18</sup>.

Al analizar los obstáculos para conseguir la igualdad de género se puede advertir la situación de los hombres y las mujeres en un contexto concreto. Este análisis nos permite también responder más eficazmente a las necesidades específicas de uno u otro género a la hora de atender a las personas víctimas de violencia.

La igualdad de género “se refiere al disfrute en pie de igualdad por varones y mujeres de cualquier edad y independientemente de su orientación sexual, de los derechos, bienes socialmente valorados, oportunidades, recursos y recompensas. Igualdad no implica que mujeres y hombres sean idénticos, sino que el disfrute de sus derechos y sus oportunidades no estarán determinados ni limitados por el hecho de haber nacido mujer o varón. La protección de los derechos humanos y la promoción de la igualdad de género tienen que ser vistas como un aspecto central de la responsabilidad de la comunidad humanitaria para proteger y brindar asistencia a las personas afectadas por situaciones de emergencia.”

Comité permanente entre organismos (IASC), *Mujeres, niñas, niños y hombres: igualdad de oportunidades para necesidades diferentes*, manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria, 2008.

## 3. El enfoque integrado de la igualdad de género

El enfoque integrado de la igualdad entre hombres y mujeres (gender mainstreaming) consiste en tener en cuenta la noción de género en cada etapa del proceso político – creación, aplicación, seguimiento y evaluación — para promover la igualdad entre mujeres y hombres. Este enfoque pretende evaluar el impacto de la política en la vida y la posición de mujeres y hombres así como hacerse responsables de reorientarlos si fuese necesario<sup>19</sup>.

16. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

17. Johnson Cate, *Violence Against Women: An Issue of Human Rights*, Office of Women in Development, Agency for International Development of United States, 1997.

18. <http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.html>

19. Abou Zeid Gihan, “Intégration de l’approche de genre dans les programmes relatifs à la violence à l’égard des femmes”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, 2009.

“El objetivo era que se reconociesen las contribuciones y responsabilidades de las mujeres en la agricultura en Perú e involucrarlas más activamente haciéndolas participantes y beneficiarias de las principales actividades alternativas de desarrollo en lugar de llevar a cabo actividades específicas para ellas. Este enfoque se aplicó en dos niveles. Primero, mejorando el acceso de las mujeres a la formación de promotores rurales en las zonas donde éstas tienen un papel tradicional en la agricultura. Segundo, permitiendo que las mujeres participasen más activamente en los niveles directivos de las asociaciones de granjeros”.

Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (OSAGI), *United Nations International Drug Control Programme: Alternative Development Work in Peru, Good Practice in Gender Mainstreaming Example*, 1999.

“Adoptar un enfoque integrado de igualdad de género desde el principio en los programas y especialmente en situaciones de crisis:

- ayuda comprender mejor la situación
- nos permite atender de manera más específicas las necesidades y prioridades de la población sobre la base de cómo la crisis ha afectado a las mujeres las niñas, los niños y los hombres;
- asegura el reconocimiento de todas las personas afectadas por una crisis y garantiza que se tengan en cuenta todas sus necesidades y vulnerabilidades; y
- facilita el diseño de medidas más apropiadas y eficaces.”

Comité permanente entre organismos (IASC),

*Mujeres, niñas, niños y hombres: igualdad de oportunidades para necesidades diferentes*, manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria, 2008.

## 4 / LA NOCIÓN DE VÍCTIMA DE VIOLENCIA

### 1. Víctima-“superviviente”

La Asamblea General de las Naciones Unidas define el término víctima<sup>20</sup>: “Se entiende por “víctimas” a las personas que, individual o colectivamente, han sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder<sup>21</sup>.”

Algunos especialistas anglófonos e hispanohablantes prefieren el término “sobreviviente<sup>22</sup>” al de “víctima” de violencia de género. Esta preferencia se basa en la concepción que se tiene de que una víctima de violencia se convierte en “superviviente” cuando deja de sufrir este perjuicio y sobre todo, cuando decide negarse a continuar soportando maltratos. Los partidarios de este término consideran que la persona ha sobrevivido al maltrato que ha sufrido. El término “superviviente” se utiliza por lo tanto para subrayar la fuerza de la persona y su negación a incluirse en el proceso de victimización.

Por el contrario, algunos defienden el uso de la palabra “víctima” de violencia de género ya que consideran que el uso de “superviviente” asocia la violencia a la “muerte” de la persona

<sup>20</sup>. Esta definición del término “víctima” tiene un sentido jurídico o infractor.

Por lo que no se refiere a las víctimas de catástrofes naturales o a víctimas de accidentes.

<sup>21</sup>. Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, **Asamblea General de las Naciones Unidas**, 1985.

<sup>22</sup>. *Survivor* en inglés y *survivant* en francés.

que sólo puede sobrevivir en lugar de vivir; estos otros consideran que las personas que han sufrido maltratos deben ser reconocidas como víctimas porque han sufrido una violación de sus derechos.

## 2. Víctima-paciente

Debido a las diversas consecuencias de la violencia en la salud física y mental, las personas que son víctimas de violencia a menudo acuden a estructuras sanitarias para recibir una atención médica. Estos pacientes presentan por lo tanto especificidades que el personal sanitario debe saber identificar y tratar:

→ A pesar de los esfuerzos realizados para sensibilizar, es muy raro que las víctimas de maltratos acudan de forma espontánea a un centro de salud y admitan las agresiones que han sufrido. Por el contrario, a menudo se enfrentan a múltiples obstáculos<sup>23</sup>, acudiendo a las consultas sin revelar la causa de sus síntomas:

El personal sanitario debe por lo tanto **prestar mucha atención y estar bien formado para reconocer los signos físicos y psicológicos que puedan dar a entender un posible maltrato** (explicaciones vagas, confusas y cambiantes, consultas repetidas con diferentes profesionales por las mismas razones...) <sup>24</sup>. El desconocimiento de las causas de los síntomas puede perjudicar el correcto diagnóstico y la calidad de la atención proporcionada.

**23.** Para más información, véase página 289, la parte relativa a los obstáculos de la atención de las víctimas de violencia de género.

**24.** Para más información, véase página 113, la parte relativa a las consecuencias de la violencia de género.

→ Las víctimas de violencia a menudo necesitan una atención pluridisciplinar.

Por lo que el personal sanitario debe **ser capaz de orientar a los pacientes y derivarlos a uno/varios profesionales de uno u otro(s) sector(es) para su atención.**

→ La atención de las víctimas de violencia debe ser especial dado el traumatismo ligado al maltrato sufrido.

El personal sanitario debe por lo tanto **tomarse tiempo para escuchar, reconfortar y acompañar a las personas.** Tener en cuenta esta consideración para cualquier paciente permitirá igualmente conocer mejor a las víctimas de maltratos.

## 3. Víctima directa o indirecta

El grado de implicación de las víctimas de violencia en un evento traumático nos lleva a **distinguir entre víctimas directas y víctimas indirectas.**

La víctima directa puede haber sido sujeto (haber sufrido) o haber sido testigo (haber visto) del evento traumático. La víctima indirecta “no ha sido testigo del evento pero está afectada por este y/o por sus consecuencias debido a su proximidad emocional con las víctimas directas. Las víctimas indirectas son todas las personas cercanas a una primera víctima que resultan perjudicadas por la experiencia de esta última. También se llama a las víctimas indirectas víctimas de rebote<sup>25</sup>.”

**Las respuestas aportadas para la lucha contra la violencia de género deben tener en cuenta tanto**

**25.** Josse Evelynne, “Victimes, une épopée conceptuelle – première partie : définitions”, 2006.

### a las víctimas directas como a las víctimas indirectas de los maltratos.

Para un niño o una niña, el hecho de ver u oír como agreden a uno de sus padres puede considerarse como una forma de violencia psicológica ejercida sobre él de manera indirecta. El hecho de crecer en un entorno así perjudica gravemente el desarrollo psicológico y social del menor: él/ella podría tomar al agresor como modelo de comportamiento o terminar por creer que la victimización es normal en toda relación.

**Harang Emmanuelle**, "Les violences faites aux femmes – état des lieux", para MdM, septiembre de 2006.

"El maltrato sexual repercute psicológicamente en los miembros de la familia así como en los amigos que han sido testigos de la agresión sin haber tenido la posibilidad de reaccionar o intervenir. Esto es especialmente cierto en el caso del hombre que no ha podido proteger a su pareja, sus hijos, sus hermanos o hermanas o sus padres".

**Josse Evelynne**, "Les violences sexospécifiques et sexuelles à l'égard des hommes", 2007.

26. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la **Asamblea General de las Naciones Unidas**, 1948.

# 213

## MARCO DE LA PROBLEMÁTICA

➤ La violencia de género representa un problema universal abarcando diferentes realidades. Hoy en día, se le presta una atención especial a este fenómeno a nivel nacional e internacional, aunque todavía se sigue banalizando o subestimando. Violación incuestionable de los derechos humanos y grave desafío para la salud pública, **el fenómeno de la violencia de género es un problema de gran envergadura que afecta a todos los países del mundo y a todas las clases sociales.**

## 1 / VIOLACIÓN INCUESTIONABLE DE LOS DERECHOS HUMANOS

Cualquier tipo de violencia impide a las personas víctimas disfrutar de sus derechos y libertades fundamentales. Ahora bien, los derechos humanos, enunciados por el derecho internacional<sup>26</sup>,

se aplican a todas las personas sin importar su género. Cualquier tipo de maltrato ligado al género viola los derechos humanos. El derecho internacional sanciona la violación de estos en diversos instrumentos jurídicos que forman parte del derecho internacional de los derechos humanos, del derecho internacional humanitario e incluso del derecho penal internacional.

Cualquier forma de violencia de género está basada en representaciones sociales y culturales relacionadas con el lugar conferido a cada género (masculino o femenino) en una sociedad. Ésta también tiene consecuencias diversas para las víctimas, especialmente dependiendo de su género. Por lo tanto la violencia de género se apoya en percepciones discriminatorias que contribuyen a su existencia. Se opone al principio de **no discriminación**, que es la base de cualquier sistema de protección de los individuos.

“La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz.”

**Annan Kofi**, antiguo Secretario general de las Naciones Unidas.

## 2 / GRAVE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Las estadísticas relativas a la violencia de género son el testimonio de un fenómeno ampliamente extendido por todo el mundo.

**Una de cada tres mujeres** ha sido maltratada, obligada a tener relaciones sexuales o ha sufrido algún otro tipo de maltrato a lo largo de su vida<sup>27</sup>.

**Una de cada cinco mujeres** en el mundo será víctima de violación o intento de violación a lo largo de su vida<sup>28</sup>.

Cada año son asesinadas alrededor de 5 000 mujeres por miembros de su familia en nombre del “honor” familiar o de la comunidad<sup>29</sup>.

Entre un **10 % y un 69 % de mujeres** afirman haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja de sexo masculino en algún momento de su vida<sup>30</sup>.

En 2008 en Francia, murieron **156 mujeres** a manos de su pareja o ex pareja, es decir, una muerte cada 2.5 días<sup>31</sup>.

**En el mundo, 38 mujeres abortan sin control médico cada minuto y cada ocho minutos muere una mujer muere tras realizársele un aborto chapucero**<sup>32</sup>.

También se reconoce ampliamente que la violencia de género puede acarrear graves repercusiones para la salud física y mental de las víctimas causando un gran número

**27.** Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer, Informe del **Secretario General de las Naciones Unidas**, n°A/61/122/Add.1, 6 julio de 2006.

**28.** **Alcalá María José**, *Estado de la Población Mundial 2005. La promesa de igualdad: equidad de género, salud reproductiva y objetivos de Desarrollo del Milenio*, FNUAP, 2005.

**29.** **OMS**, “Violencia contra las mujeres”, hoja informativa, 2003.

**30.** **OMS**, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, según 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, 2002.

**31.** Estudio nacional sobre las muertes violentas en la pareja, año 2008, **Ministerio del Interior francés**, Delegación de víctimas, octubre 2009.

**32.** Boletín médico del **IPPF**, vol. 42, n° 2, junio de 2008.

de incapacidades y muertes<sup>33</sup>. A parte de las consecuencias fatales, la violencia puede ser causa de un gran número de males médicos ligados a la salud reproductiva (infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, impotencia, esterilidad...), a la salud física en general (heridas, dolores crónicos...) y a la salud mental (depresión, anorexia, suicidios...). Por lo tanto, se estima que “la violencia contra la mujer constituye a nivel mundial una causa de muerte e incapacidad tan frecuente como el cáncer en mujeres en edad fértil y provoca más trastorno para la salud que los accidentes de tráfico y el paludismo juntos<sup>34</sup>.”

Por su amplitud y consecuencias, la violencia de género conlleva también riesgos importantes para la salud para una gran parte de la población y por lo que constituye un grave problema de salud pública.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 1996 una resolución en la que afirma que “la violencia es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo”. En 1999, el Fnuap (Fondo de Naciones Unidas para la población) declaró que “la violencia contra las mujeres es una prioridad para la salud pública”. Finalmente, la OMS publicó en 2002 el primer informe mundial sobre la violencia y la salud. Se trataba sobretodo de sensibilizar sobre el problema mundial de salud que constituye la violencia y de aumentar las acciones de intervención que lleva a cabo la comunidad de salud pública.

**33.** Para más información, véase página 113, la parte relativa a las consecuencias de la violencia de género.

**34. Banco Mundial,** World Development Report: investing in health, Oxford University Press, Nueva York, 1993.

**Según la OMS, “el enfoque de salud pública del problema de la violencia incluye cuatro etapas<sup>35</sup>:**

- actualizar la información existente sobre todos los aspectos de la violencia;
- analizar las causas;
- buscar medios para prevenirla;
- tomar medidas y sobretodo difundir información y evaluar la eficacia de los programas.”

**35. OMS,** Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.

# 2C

## CLASIFICACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- Clasificar la violencia de género es interesante para:
- comprender mejor la extensión y complejidad del problema;
  - numerar y definir todos los tipos de violencia.
- La elaboración de una clasificación de la violencia de género permite también comprender mejor los diferentes ámbitos de intervención de Médicos del Mundo Francia.

Según el enfoque hay varias clasificaciones posibles para considerar las diferentes formas de violencia; ésta puede clasificarse según la naturaleza de la violencia o según la relación que existe entre la víctima y el agresor.

Lo ideal sería **relacionar los indicadores para comprender mejor la complejidad de las diversas formas de violencia.**

**Sin embargo es difícil separar los tipos de violencia de género** ya que a menudo se dan de forma simultánea.

Este es el caso especialmente en las víctimas de violencia conyugal que a menudo sufren maltratos físicos, psicológicos, económicos y sexuales. El maltrato sufrido se clasificará por lo tanto en función de la forma de violencia más característica del conjunto de daños sufridos por una persona. A menudo es preferible emplear la tipología relativa a la relación entre el agresor y la víctima para no reducir los hechos a una única forma de violencia.

Para mostrar la complejidad del fenómeno de la violencia, la Organización Mundial de la Salud creó una tabla donde se incluyen los diferentes enfoques de la problemática<sup>36</sup> (página 58).

La clasificación de la violencia elaborada por la OMS resalta diversas formas de violencia. Cada una de ellas puede considerarse un acto de violencia de género según las personas implicadas y el contexto en el que se de.

**Inspirándonos en esta clasificación, nos quedaremos con dos clasificaciones de violencia de género clasificadas según:**

- **la naturaleza de la agresión:** hablamos de maltratos físicos, sexuales, morales y psicológicos, de prácticas tradicionales perjudiciales, de maltrato económico y social y de la trata de seres humanos;
- **la relación existente entre la víctima y el agresor:** hablamos de maltratos intrafamiliares o domésticos (incluido el maltrato conyugal), de maltrato civil o comunitario y de maltrato estatal.

<sup>36</sup> OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.





# 1 / CLASIFICACIÓN SEGÚN LA NATURALEZA DE LA AGRESIÓN

## 1. El maltrato físico

El maltrato físico se define como la utilización intencionada de la fuerza física pudiendo acarrear la muerte, heridas o daños<sup>37</sup>. El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) describe la agresión física de forma más concisa como “el hecho de pegar, propinar puñetazos o patadas, quemar, mutilar o matar con o sin armas, a menudo puesto en práctica junto con otras formas de maltrato sexual y sexista<sup>38</sup>”. La violencia física incluye también: empujar, vejar, trastornar, arrastrar por el suelo o estrangular.

Si tenemos en cuenta que a menudo el **embarazo** es una fase durante la cual la mujer debería estar más protegida, numerosas son víctimas de maltratos durante este periodo, poniéndose en peligro su vida y la del niño. La violencia durante el embarazo cuadruplica el riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido y duplica el riesgo de sufrir abortos espontáneos. Según un estudio de la OMS<sup>39</sup> realizado en varios países, **entre un 4% y un 12% de las mujeres que han estado embarazadas afirman haber sido maltratadas** durante el embarazo, **y entre un 25% y un 50% de mujeres afectadas** (dependiendo del país) **afirmaron haber sufrido patadas o puñetazos en el abdomen**. En el 90% de los casos, el autor de estos actos violentos fue el padre del niño que llevaban dentro.

37. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

## 2. El maltrato sexual

De forma general, el maltrato sexual puede definirse como “todo acto sexual o tentativa, comentario o anticipo de naturaleza sexual, o actos que pretenden un tráfico u otro, dirigidos contra la sexualidad de una persona utilizando la coerción, cometido por una persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier contexto incluido, pero no únicamente, el hogar y el trabajo<sup>40</sup>.” Entre los diferentes tipos de violencia sexual, se encuentran la violación, las agresiones sexuales, los abusos sexuales, el acoso y la explotación sexual (definida en la parte sobre la trata de seres humanos).

### La violación

Según la OMS, una de cada cinco mujeres es víctima de violación o tentativa de violación a lo largo de su vida<sup>41</sup>. Sin embargo, no existe ninguna definición de violación universalmente reconocida en derecho internacional, ésta varía según el país y en función de su calificación jurídica y elementos que la constituyen:

- hasta 2006 **en Pakistán**, la legislación exigía que la víctima de una violación presentase el testimonio de cuatro hombres considerados como “buenos musulmanes” para apoyar la denuncia;
- **en Kenia**, el derecho no reconoce la violación conyugal como una infracción;
- **en Liberia**, la nueva ley relativa a la violación, promulgada en 2005, modificó el código penal en vigor desde 1976.

38. ACNUR, *Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas retornadas y desplazadas internas – guía para la prevención y respuesta*, mayo de 2003.

39. OMS, *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica, Resumen del informe*, 2005.

40. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

41. OMS, *Informe sobre la salud mental en el mundo*, 2001.

Este último consideraba la violación como cualquier relación sexual con “una mujer que no sea su esposa”. Según la nueva ley, la violación no excluye el contacto sexual entre marido y mujer, incluso cuando se trate de un matrimonio consuetudinario;

→ en **Finlandia**, existen tres tipos de violación definidas en función del grado de violencia física empleada por el agresor: la violación, la violación con agravantes y la relación sexual obligada. Por lo que según la ley, una violación puede considerarse como una simple relación sexual obligada (o “violación con circunstancias atenuantes”) si el autor no emplea la violencia o limita las amenazas.

Las percepciones o representaciones socioculturales constituyen un freno para la existencia de una definición consensuada y consistente de la violación. Además, y dado el carácter “privado” que se confiere a la esfera familiar, la violación conyugal, especialmente corriente, es poco incriminada por las legislaciones nacionales.

La justicia penal internacional ha ayudado a definir los elementos constitutivos del crimen de violación, reconociendo a través de su jurisprudencia que la violación podría, según las circunstancias, representar un crimen de guerra contra la humanidad o un genocidio.

**Por lo tanto, la violación podría definirse como** toda “relación sexual no consentida [como] la invasión de cualquier parte del cuerpo de la víctima o del agresor con un órgano sexual o abertura genital o anal de la víctima con cualquier objeto o parte del cuerpo, a la fuerza, con amenaza de fuerza o coerción. Cualquier penetración se considera una violación. Un acto que no siempre acaba en penetración se considera un intento de violación.

La violación o intento de violación engloba los siguientes actos:

- violación de una mujer adulta;
- violación de una mujer [...] menor, incluido el incesto;
- violación colectiva, si existe más de un agresor;
- violación conyugal entre marido y mujer [...]”<sup>42</sup>.”

### El abuso sexual

El abuso sexual incluye otros actos sexuales no consentidos sin incluir la violación o el intento de violación. [...]

Ejemplos de abuso sexual:

- forzar a alguien a quitarse la ropa;
- forzar a alguien a participar en actos sexuales, por ejemplo, forzar a besar o a tocar;
- forzar a alguien a observar actos sexuales.

**“El abuso sexual incluye también cualquier acto impuesto a un menor [...] Incluso si el niño o la niña consiente, la actividad sexual con un menor puede ser considerada como un abuso sexual ya que se considera que él o ella no tiene la capacidad de dar su consentimiento con conocimiento de causa”<sup>43</sup>.”**

Según la definición adoptada por las asociaciones francesas de salvaguarda de la infancia, el abuso sexual a menores hace referencia a “cualquier uso del cuerpo de un niño o una niña para el placer de una persona de mayor edad que el/la menor, sea cual sea la relación entre ellos e incluso en ausencia de impedimento por parte del(a) menor o violencia”.

**42. 43.** Consortium “Reproductive Health Response in Conflict”, *Violences sexo-spécifiques: manuel d’outils pour l’évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l’évaluation des programmes en situations de conflit(s)*, febrero de 2004.

Para definir los diferentes tipos de abusos sexuales, nos apoyaremos en la distinción que realiza el código penal francés entre:

→ **agresiones sexuales:** estas implican el empleo de la violencia, obligación, amenaza o sorpresa (artículo 222-22 del código penal francés);

→ **ofensas sexuales:** las que se ejercen sobre el menor sin violencia, obligación, amenaza ni sorpresa. También constituyen una ofensa sexual las exhibiciones (artículo 227-25 del código penal francés).

**La explotación sexual** a menudo esta ligada a situaciones de trata de seres humanos. Definiremos esta forma de maltrato sexual en el apartado relativo a la trata.

### Maltrato sexual en tiempos de conflicto armado

El número de casos de violencia aumenta considerablemente en tiempos de conflicto. Esto afecta al maltrato sexual pero también a otras formas de violencia que pueden estar ligadas al género tales como el rapto, el secuestro o el reclutamiento forzado. Este tipo de maltratos se multiplica ya que se exacerban los estereotipos sexistas y dado el contexto caótico y desestructurado inherente a la situación.

**La mayoría de estos constituyen actos oportunistas y son consecuencias indirectas del conflicto.**

**La violencia de género, y especialmente el maltrato sexual, se utilizan a menudo de forma sistemática como arma de guerra** para desestabilizar, humillar y aterrorizar a los miembros de la comunidad enemiga y a menudo para forzarles a huir. Por ejemplo, el enemigo puede pagarla con mujeres y niñas ya que la humillación afecta también a su familia y a menudo a toda la comunidad. Se ataca a mujeres

y niñas ya que son las progenitoras y portadoras de las futuras generaciones. Su violación se convierte así en un arma de guerra y de tortura. Por resto, la jurisprudencia internacional reconoció la violación como un crimen de guerra, crimen contra la humanidad y genocidio<sup>44</sup>.

“Las mujeres son consideradas como la encarnación de la identidad cultural del enemigo y su cuerpo como el territorio a conquistar o como un medio para humillar a los hombres de dicha comunidad. En algunos casos, la violación es una estrategia deliberada para corromper los lazos de la población. Es un tipo de ataque contra el enemigo y determina la conquista y degradación de las mujeres o de los luchadores capturados”.

Josse Evelyne, “Violences sexuelles et conflits armés en Afrique”, mayo de 2007.

En algunas regiones del mundo, los conflictos han provocado un recrudecimiento de los actos de maltrato sexual utilizados como armas de guerra (antigua Yugoslavia, Dafur, República Democrática del Congo...). Incluso cuando el conflicto cesa, la violencia (y especialmente el maltrato sexual) tiene tendencia a perdurar en el tiempo.

El maltrato sexual, también en situaciones de conflicto, no afecta únicamente a mujeres y niñas; hombres y niños también resultan afectados pero no existen muchos datos al respecto ya que **si el maltrato sexual hacia la mujer sigue siendo un tabú en numerosas sociedades, el maltrato sexual hacia los hombres lo es todavía más.**

<sup>44</sup>. Desmarest Anne, *Le Cadre légal du crime de viol*, MdM, noviembre de 2008.

**“Es importante señalar que estas violaciones y maltratos sexuales se cometen de forma metódica y que cada grupo armado tiene su propio método para aterrorizar, pero por lo general:**

- las víctimas son violadas por varios hombres, pero por turnos;
- estas violaciones son públicas, se realizan antes padres, maridos, niños o vecinos;
- van acompañadas de mutilaciones u otros tipos de tortura física;
- se ha constatado que la esclavitud sexual puede durar hasta varios meses;
- también se ha señalado el empleo de todo tipo de torturas psicológicas.

Estos actos se llevan a cabo con el objetivo de humillar, castigar, controlar o incluso desplazar a la población. Por esta razón pensamos que en la clasificación de las violaciones y la violencia contra la mujer se deberían incluir, como una forma de terrorismo sexual, estas violaciones cometidas con una brutalidad extrema para aterrorizar a la víctima y a su población”.

**Dr Muckwege**, director general del hospital de Panzi (RDC),  
“Violences liées au genre, un problème de santé publique et une violation des droits de l’Homme”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

“[Existen] formas específicas de violencia de género sufridas por hombres y niños en situaciones de conflicto: masacre basada en el género, reclutamiento forzado y **maltrato sexual**. [...] Se debe luchar contra estas formas de maltrato

para proteger no sólo los derechos fundamentales de los hombres civiles, sino también para garantizar el éxito de las estrategias globales de lucha contra la violencia de género en las iniciativas de protección”.

**Carpenter R. Charli**, *Recognising gender based violence against civilian men and boys in conflicts situations*, Department of Politics and International Relations, Drake University, mars 2004.

### Acoso sexual

Se define como “Cualquier aproximación sexual no deseada, usualmente repetitiva y no correspondida, atención sexual no solicitada, demanda de acceso o favores sexuales, insinuaciones sexuales u otras conductas verbales o físicas de naturaleza sexual, despliegue de material pornográfico, cuando interfiere con el trabajo, es parte de una condición de empleo o crea un medio ambiente intimidatorio, hostil u ofensivo en el trabajo<sup>45</sup>.”

Esta definición toma como ejemplo una relación profesional pero debe entenderse de manera más amplia, incluyendo toda relación de poder, autoridad o control (como en la enseñanza formal o informal). El acoso sexual tiene graves repercusiones en el bienestar psicológico de las víctimas provocando un sentimiento de vergüenza y culpabilidad al no poder/saber defenderse. El acoso sexual, terriblemente humillante y ofensivo, generalmente sólo se frena cuando tiene lugar en un contexto laboral. Promesas, amenazas, chantaje para obtener favores sexuales, son los medios corrientes. Cuando lo que está

<sup>45</sup>. **ACNUR**, *Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas retornadas y desplazadas internas – guía para la prevención y respuesta*, 2003.

en juego es un empleo o una ventaja esencial, es difícil luchar y la víctima se siente aún más impotente.

### 3. Maltrato moral y psicológico

Cualquier forma de violencia puede acarrear graves consecuencias psicológicas. Sin embargo, es necesario analizar de forma aislada los actos de maltrato psicológico. No existe una definición formal para este tipo de maltrato. Puede infligirse por el/la pareja u otra persona cercana o por cualquier otra persona de confianza.

**Este maltrato se caracteriza especialmente por<sup>46</sup>:**

#### → **El rechazo**

Negarse a reconocer el valor de una persona, despreciarla, ignorar su presencia, hacerle creer que es inferior o inútil, despreciar sus sentimientos o ideas.

#### → **La degradación**

Comportarse de una forma que atente contra la identidad, dignidad o confianza del otro: insultar, ridiculizar, humillar, reírse de la otra persona, hacerle bromas pesadas, impedir que se exprese, negarle la palabra, criticar sus relaciones, infantilizarla.

#### → **Aterrorizar**

Inspirar un sentimiento de terror o miedo extremo, coaccionar con intimidación, poner a la víctima en un medio inapropiado o peligroso, amenazar con hacerlo, desarrollar exigencias excesivas.

#### → **La marginación**

Limitar el espacio vital de la víctima, reducir sus contactos,

restringir su libertad de movimiento en su propio entorno, excluirla de eventos significativos como fiestas familiares o de su comunidad.

#### → **Corromper o explotar**

Obligar a alguien a aceptar ideas o comportamientos prohibidos por la ley, explotar material o económicamente, hacerle dependiente.

#### → **Privar de afectión**

Mostrarse insensible e desatento con la otra persona, dar muestras de indiferencia hacia ella, sólo dirigirse a ella en caso de necesidad, ignorar sus necesidades en el plano mental.

#### → **El chantaje**

Chantajear a la otra persona con el suicidio, la pobreza o el deshonor.

El maltrato psicológico tiene tendencia a repetirse y reforzarse con el tiempo. Sin embargo, es difícil, sobretodo al principio, detectarlo, evaluarlo y probarlo ya que no deja huellas visibles. No obstante, algunos elementos pueden ayudar a descubrir el maltrato moral: la pasividad o docilidad excesiva, la marginación social, el aplazamiento o la negación a recibir un tratamiento médico necesario, el malestar o el nerviosismo al relacionarse con personas cercanas.

“Para algunas mujeres, los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional.”

**OMS, *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*, 1998.**

**46.** Inspirado en un artículo de la **Red canadiense de salud:**  
[www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion_f.html)

“En materia penal, es el legislador el encargado de pronunciarse sobre el delito de maltrato psicológico en la pareja [...] Es una gran avance: la creación de este delito permitirá tener en cuenta las situaciones que pasan más desapercibidas, las que a primera vista no dejan huella pero truncan el ser interior de las víctimas.”

Declaración del **Primer Ministro francés** durante la jornada internacional para acabar con la violencia contra la mujer, 2009.

#### 4. Las prácticas tradicionales perjudiciales

Las “prácticas tradicionales perjudiciales” deben ser consideradas como una forma de maltrato ya que son perjudiciales para la salud y la integridad física y moral y plantean verdaderos desafíos para la salud pública. Estas actúan en contra del derecho a la libertad y a la vida privada.

De manera general, es esencial respetar la diversidad y las diferencias culturales, sin embargo estas deben conciliarse con el respeto universal de los derechos humanos más fundamentales. La Convención internacional de derechos del menor invita a los Estados “a tomar todas las medidas eficaces apropiadas para abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los menores<sup>47</sup>.”

Estas prácticas están ligadas al género porque se basan en consideraciones sociales y culturales, en las costumbres de las comunidades y se basan en la plaza y papeles atribuidos a las personas según su sexo.

Pueden revestir diferentes formas de maltrato: físico (crímenes contra el honor, abortos selectivos de bebés de sexo femenino por ejemplo), sexual (mutilación genital, iniciación sexual forzada), etc.

El Alto Comisionado para los Derechos Humanos cita de manera no exhaustiva las siguientes prácticas tradicionales perjudiciales: mutilación genital femenina, cebado de chicas, matrimonio precoz, prácticas y tabúes para controlar la fertilidad de las mujeres, el planchado del pecho, tabúes alimenticios, prácticas de obstetricia tradicionales, preferencia por los niños, infanticidio femenino, embarazos precoces y la dote<sup>48</sup>. En esta guía metodológica únicamente abordaremos los tipos de prácticas tradicionales más corrientes que se llevan a cabo contra la mujer.

#### La mutilación genital femenina

“La mutilación genital femenina se refiere a cualquier procedimiento quirúrgico que consista en amputar una parte o la totalidad de los órganos genitales externos de una niña o de una mujer o herirlas de cualquier otra forma, por razones culturales u otras que no sean de naturaleza terapéutica<sup>49</sup>”.

Entre estas prácticas citamos:

- **la ablación y la infibulación**, mediante las cuales se pretende destruir la individualidad de la mujer mediante la supresión de su placer y hacer del sexo una simple acción reproductiva;
- **la introducción de sustancias corrosivas** o plantas en la vagina para provocar sangrados o para estrechar o encoger la vagina<sup>50</sup>.

**47.** Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, artículo 2420, noviembre de 1989.

**48.** Ficha técnica nº 23 sobre las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de mujeres y niños del **Alto Comisionado para los Derechos Humanos**, 2009.

**49.** Hoja informativa sobre la mutilación genital femenina, declaración común de la **OMS**, de **Fnuap** y **Unicef**, 1997.

**50.** Para una clasificación de las mutilaciones genitales femeninas véase: *Eliminar las mutilaciones genitales femeninas, declaración inter-instituciones* (**OACDH**, **Onusida**, **Pnud**, **CEA-ONU**, **Unesco**, **Fnuap**, **ACNUR**, **Unicef**, **Unifem**, **OMS**), 2008.

Las niñas o mujeres que han sufrido una de estas formas de mutilación genital están expuestas a riesgos irreversibles para su salud física y psicológica y a graves consecuencias en su vida sexual.

“Unos tres millones de niñas en el continente africano (Egipto, Sudán y el África subsahariana) sufren cada año alguna forma de mutilación genital. [...] Además, en algunos países de África y Oriente Medio, se ha constatado que la frecuencia de [estas prácticas] es mayor de lo que se pensaba anteriormente. El aumento de las migraciones también ha aumentado el número de niñas y mujeres que viven fuera de sus países de origen y que han sufrido o corren el riesgo de sufrir esta práctica, especialmente en Norteamérica, Australia y Europa”.

Plataforma de acción para la erradicación de la escisión/mutilación genital femenina, 2009.

## El matrimonio forzado y el matrimonio precoz

### → **Matrimonio forzado**

La Declaración Universal de Derechos Humanos enuncia que el matrimonio debe ser una unión voluntaria entre dos personas mayores de edad<sup>51</sup>. El matrimonio forzado puede definirse por lo tanto como “cualquier matrimonio concertado contra la voluntad de una persona<sup>52</sup>”, sin su consentimiento libre e informado. A menudo estos se imponen a mujeres y hombre por razones económicas, étnicas o de clanes. Por ejemplo, en algunas culturas el matrimonio puede celebrarse como compensación: cuando una persona mata a alguien, se da a una niña para “compensar” a la familia por su difunto. Esta deberá mantener relaciones sexuales con el padre o el hermano del difunto para proporcionarles un hijo que sustituya al difunto.

### → **Matrimonio precoz**

Los matrimonios precoces son aquellos que enlazan a una persona que todavía no ha alcanzado la edad núbil. La edad para poder contraer matrimonio varía según el Estado. En virtud de la recomendación no exigente que acompaña a la Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios de 1964, “los Estados Miembros adoptarán las medidas legislativas necesarias para determinar la edad mínima para contraer matrimonio, **la cual en ningún caso podrá ser inferior a los quince años**; no podrán contraer legalmente matrimonio las personas que no hayan cumplido esa edad, salvo que la autoridad competente, por causas justificadas y en interés de los contrayentes, dispense del requisito de la edad”.

Hasta 2006, la edad legal para contraer matrimonio en Francia era de 15 años para las chicas y 18 para los chicos. Desde entonces es la misma, 18 años, para hombres y mujeres.

Un matrimonio precoz es forzado cuando no se da opción a los menores a ejercer su derecho de elección: la familia impone el matrimonio a algunos adolescentes, otros menores simplemente son demasiado jóvenes para poder tomar una decisión así con conocimiento de causa. Aunque la costumbre y la ley consideren que estos han dado su consentimiento, en realidad este ha sido falseado (no es ni libre ni informado) o pronunciado por otros en su nombre. El matrimonio precoz no es una práctica excepcional, constituye una realidad para numerosos menores en todo el mundo.

**51.** Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la **Asamblea General de las Naciones Unidas** el 10 de diciembre de 1948.

**52.** El Alto Comisionado para los Refugiados y la protección internacional, glosario, **ACNUR**, junio de 2006.

**Un 48% de las mujeres de entre 15 y 24 años se han casado antes de los 18 años en el sur de Asia** (es decir, 9.7 millones de niñas), un 42% en África y un 29% de la zona de América Latina y el Caribe.

Unicef, *Early marriage: a harmful traditional practice*, 2005.

Los matrimonios forzados o precoces pueden tener consecuencias desastrosas. En primer lugar, el hecho de negarse a este tipo de matrimonio puede dar lugar a actos de violencia. Cuando se celebra un matrimonio, la joven pareja también corre el riesgo de sufrir maltratos en el futuro domicilio conyugal.

En el caso de los matrimonios precoces, las repercusiones negativas en el bienestar de los menores afectados son sobretodo:

- la angustia psicológica ligada a situaciones de violencia y marginación;
- interrupción total o parcial de la escolarización;
- peligros ligados a la salud reproductiva: aumento del riesgo de mortalidad materna y neonatal, aumento del riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS).

**“Las chicas de entre 10 y 14 años tienen cinco veces más posibilidades de morir durante su embarazo o parto** que las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 24 años. Las chicas de entre 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir. La mayoría de fallecimientos tienen lugar en el matrimonio.”

Fnuap, *boletín informativo*, agosto de 2009.

En Francia, también se está desarrollando la prevención de esta práctica ya que escuchar y acudir en ayuda de las jóvenes que quieren ser casadas en contra su voluntad se ha vuelto una necesidad en las regiones que tienen un gran número de familias de origen magrebí, turco o africano. Se han puesto en marcha acciones formativas para profesionales en varios departamentos franceses.

*Le développement de la pédagogie de l'égalité entre les femmes et les hommes*, informe sobre la actividad de los servicios regionales del Estado en Île-de-France, 2002.

### Los crímenes de honor

La noción de honor masculino a menudo está ligada al comportamiento de la mujer. Especialmente su sexualidad es considerada como una amenaza potencial para el honor de la familia lo que justifica ciertos crímenes. Los crímenes de honor son “actos de violencia, a menudo muertes, cometidos por los miembros masculinos de una familia contra sus miembros femeninos cuando se piensa que son causa de deshonor para la toda la familia. Una mujer puede ser el objetivo de los individuos de su propia familia por motivos diversos: negarse a participar en un matrimonio concertado, negarse a realizar favores sexuales o incluso la tentativa de divorcio, ya sea por maltrato conyugal ejercido por su marido o por un adulterio. La simple interpretación de que su comportamiento ha “deshonrado” a su familia es suficiente para que haya represalias<sup>53</sup>.”

La flexibilidad de la noción de honor también permite regular las discrepancias puramente económicas entre familias:

**53. HRW**, “Integration of the human rights of women and the gender perspective: violence against women and “honour” crimes”, 2001.

los problemas con la dote o la herencia a menudo se resuelven con crímenes. Muchos de estos asesinatos se disfrazan de accidentes domésticos o suicidios.

En 2002, se contabilizaron **315 ataques con ácido a mujeres o chicas** en Bangladesh; el resultado, las mujeres se quedaron ciegas y desfiguradas o murieron<sup>54</sup>.

Un estudio realizado sobre las muertes femeninas imputables a asesinatos en la ciudad de Alejandría (Egipto) concluyó que un **47% de estos fueron perpetrados por un familiar de la mujer** después de haber sido víctima de una violación<sup>55</sup>.

En 2008, **475 mujeres fueron asesinadas en Pakistán en nombre del honor**<sup>56</sup>.

En mayo de 1999, un tribunal inglés condenó a cadena perpetua a un pakistaní y a su hijo mayor de edad por haber asesinado a su hija y hermana, madre de dos niños y embarazada. **Habían considerado que esta joven había manchado el honor de su familia** por haber mantenido relaciones sexuales fuera del matrimonio<sup>57</sup>.

“Los crímenes de honor no sólo tienen lugar en poblaciones musulmanas (...). En Brasil, los hombres que matan a sus esposas tras confesar un adulterio pueden ser absueltos si justifican el asesinato como defensa de su honor. Uno de los casos más conocidos de defensa basada en el honor es el de João Lopes. **Este mató a palos a su mujer y a su amante** tras descubrirlos en la habitación de un hotel. El tribunal de apelación anuló la decisión de otro tribunal y absolvió a Lopes resolviendo que el doble asesinato había sido legítimo ya que se perpetuó en defensa del honor<sup>58</sup>.”

54. “Bangladesh: Death for Man who Maimed Girl”, *New York Times*, 30 de Julio de 2003.

55. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

## 5. El maltrato económico y social

El maltrato económico y social ligado al género es muy común pero se desconoce. Se trata de cualquier acto de violencia que actúe contrariamente a los derechos económicos y sociales de los individuos, tales como el derecho a la salud (acceso a la atención sanitaria), derecho a la educación o derecho al trabajo (acceso a ingresos).

Esta violación de derechos económicos y sociales, aunque a menudo la sufre una gran parte de la población, es más frecuente en uno u otro género. En efecto, este tipo de maltrato está ligado a determinantes socioculturales y a papeles impuestos a mujeres y hombres en la sociedad. Estas prácticas conllevan una desigualdad de oportunidades y de derechos entre hombres y mujeres.

**Estos maltratos pueden estar prescritos o tolerados por la ley.**

En Francia, algunos convenios colectivos contribuyen a mantener la desigualdad social y económica entre géneros. Este es el caso de los permisos remunerados por enfermedad de los hijos que sólo se otorgan a mujeres trabajadoras. Tras varias reclamaciones efectuadas por padres, la Alta Autoridad de Lucha contra las discriminaciones y para la igualdad (Halde en sus siglas en francés) concluyó que estas disposiciones eran discriminatorias y constituyen un tipo de maltrato social y económico contrario al derecho del trabajo francés y a la Convención Europea de derechos del hombre.

56. Informe anual 2008 de la Comisión de Derechos Humanos en Pakistán y la Fundación Aurat.

57. *Pakistán: Homicidios de niñas y mujeres por motivos de honor*, Amnistía Internacional, septiembre de 1999.

58. *Sra. Coomaraswamy Radhika*, Relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, “Lucha contra la violencia doméstica: las obligaciones del Estado”, 2000.

El maltrato económico y social también puede ser ejercido por un individuo, especialmente en el caso de la violencia conyugal.

“La discriminación [económica y social] está íntimamente vinculada con la violencia contra las mujeres: determina el tipo de violencia que sufren, y en algunos casos hace que estén más expuestas a convertirse en blanco de ciertas formas de violencia por disfrutar de un estatus social menos elevado que otras mujeres y porque sus maltratadores saben que es menos probable que denuncien los abusos o pidan ayuda.”

**Amnistía Internacional**, “Mujeres, violencia y pobreza: escapar de la trampa del género”, noviembre de 2009.

### Acceso a la atención sanitaria

La privación o negación de la atención sanitaria es una forma de violencia que afecta particularmente a mujeres en numerosos países. La salud depende a menudo de la voluntad de los hombres, padre o maridos, que deciden cuando acudir a un centro sanitario, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva. Esta forma de violencia ligada al género va en contra de los diferentes instrumentos internacionales que reconocen el acceso universal a la atención sanitaria.

“En Níger, el derecho a la salud es todavía muy restringido dada la limitación geográfica y económica de las estructuras sanitarias. Mujeres y niños, dependientes económica y socialmente, a menudo son las primeras víctimas de esta exclusión del sistema sanitario. Los datos sanitarios son los de un país en guerra con un niño de cada cinco

que muere antes de los cinco años, y una mujer de cada 17 que, a lo largo de su vida fértil, muere durante el parto o después de este. A través de una doble acción sobre la calidad de la atención sanitaria y la accesibilidad a esta oferta de servicios se aporta una respuesta concreta al maltrato económico que limita el acceso a la atención sanitaria.”

**MdM**, Informe intermedio de operaciones, Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

### Enfoque sobre la salud sexual y reproductiva

“Por salud sexual y reproductiva entendemos el bienestar general, tanto físico como psicológico y social, del ser humano en todo lo relativo al aparato genital, a sus funciones y funcionamiento, y no únicamente a la ausencia de enfermedades o defectos.

Por lo que esto implica que una persona debe ser capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura, debe ser capaz de procrear y libre de mantener relaciones tan a menudo o tan poco como desee. Esta última condición implica que hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y a utilizar el método de planificación familiar que quieran, así como cualquier otro método legal que escojan para regular el nacimiento; estos métodos deben ser seguros, eficaces, accesibles y aceptables. También tienen derecho a acceder a los servicios sanitarios para que las mujeres puedan llevar un control de su embarazo y parto y para que den a las parejas todas las opciones para tener un hijo sano<sup>59</sup>.”

**59.** Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD), 1994.

Por el contrario, constituyen formas de violencia:

→ no poder elegir un embarazo;

→ no poder elegir continuar con un embarazo;

→ no poder elegir un método adecuado para la propia salud en caso de decidir interrumpir el embarazo.

El derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte del derecho a la sanidad. La posibilidad de disponer libremente de su cuerpo hace referencia al derecho a la dignidad y a la integridad física y psicológica.

“El Comité de Derechos Humanos estableció que la criminalización del aborto, incluido en caso de violación, infringe la prohibición de imponer tratamientos crueles, inhumanos y degradantes según el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Algunos grupos militantes a favor de los derechos humanos han destacado que la promulgación en Nicaragua de esta prohibición constituye una tentativa por parte de este gobierno, de infligir una pena con fines discriminatorios de acuerdo con el artículo 1 que define la tortura y todo ellos a pesar de la advertencia en cuanto al carácter perjudicial de la ley sobre la salud de las mujeres”.

Amon Joseph, “Maltrato a los pacientes, complicidad de los profesionales de la salud en la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante”, Human Rights Watch, 2010.

→ La contracepción

El porcentaje de uso de anticonceptivos varía enormemente según las regiones: el 71% de las mujeres casadas en América Latina y el Caribe utilizaron anticonceptivos en 2003, en comparación con el 28% de las mujeres casadas en África. Casi una de cada cuatro mujeres casadas en África no satisficó su necesidad

anticonceptiva entre 2002 y 2007, en comparación con el 10% de las mujeres en Asia o el 13% en América Latina y el Caribe<sup>60</sup>.

“Es una prueba evidente que dar el poder y los medios a las mujeres para que decidan por ellas mismas el momento de tener un hijo y el número, reduce considerablemente el porcentaje de embarazos no deseados y por lo tanto, el número de abortos.”

Camp Sharon, presidenta del Instituto Guttmacher.

→ Interrupción voluntaria del embarazo

La interrupción voluntaria del embarazo, ya sea legal o no, continúa siendo un fenómeno frecuente en todo el mundo y suscita una gran controversia.

Así, cada año, de unos 205 millones de embarazos, 80 millones son embarazos no deseados, es decir, el 38% del total. **De entre estos embarazos no deseados, 42 millones acaban en un aborto provocado, y de estos, 20 millones se llevan a cabo en condiciones insalubres.** Al rededor de 34 millones de estos embarazos no deseados llegan a término<sup>61</sup>.

Estas cifras muestran los verdaderos obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de calidad y sin riesgos para su salud.

60. Instituto Guttmacher, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, 2009.

61. OMS, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition, 2007 y World population prospects: the 2006 revision*, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

Estos obstáculos pueden ser de orden legal. En efecto, el derecho al aborto no está reconocido por todas las legislaciones nacionales, incluso puede llegar a estar estrictamente prohibido o limitado a condiciones particulares (sobre todo en caso de violación o incesto, relaciones sexuales con un menor, malformaciones graves del feto o si el embarazo supone un riesgo físico o psicológico grave para la madre). De ahí que **el mayor obstáculo para que un aborto sea practicado en buenas condiciones sanitarias sea su ilegalidad de cara a la ley nacional.**

**En Argelia,** la ley prohíbe la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, existen excepciones legales por razones terapéuticas para salvar la vida de la mujer si está en peligro o en caso de que el feto corra el riesgo de sufrir graves malformaciones. En caso de embarazo por violación, el aborto sólo está autorizado si ha sido perpetrado en el marco de un acto terrorista.

**En Pakistán,** el código penal prohíbe el aborto, haya habido o no violación. Las únicas condiciones para que un aborto sea legal son que la vida de la madre esté en peligro o que sea necesario para la realización de “un tratamiento indispensable” y únicamente si los órganos del feto no están aún formados. Pero esto rara vez se lleva a cabo.

**En Nicaragua,** el aborto está estrictamente prohibido. Desde 2006, una nueva ley prohíbe cualquier tipo de aborto incluido el de las mujeres víctimas de violación, si el parto representa un riesgo mortal o si puede salvar la vida de la futura madre. La mujer que intente abortar, así como la persona que se lo practique, incurre en una pena de cuatro a ocho años de cárcel.

**En la República Democrática del Congo,** el derecho penal castiga severamente cualquier aborto provocado, a sí mismo o por otra persona (entre cinco y diez años de castigo penal por abortar y entre cinco y quince años por practicarlo). El único aborto autorizado por el derecho congoleño es el terapéutico. Este carácter terapéutico debe estar demostrado por tres médicos diplomados.

**En Colombia,** el marco legal teóricamente es uno de los modelos de América Latina. Un decreto de diciembre de 2006, autoriza la interrupción voluntaria del embarazo en todo el país en caso de violación, deformación del feto o riesgo para la vida de la madre; y esto es para todas las madres “independientemente de su capacidad para pagar o para formar parte del sistema sanitario”. Los organismos y centros de salud deben garantizar que se les proporcione el personal y el material necesarios. En los casos autorizados, la interrupción voluntaria del embarazo no tiene coste alguno. La objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional que no puede “constituir una discriminación para la mujer embarazada”.

Sin embargo, **incluso aunque la ley lo autorice, el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo depende de otros factores** como la disponibilidad de servicios legalmente habilitados para esta práctica, la complejidad de algunos procedimientos o incluso el coste de la intervención.

A parte del marco legal, **las representaciones socioculturales también constituyen un obstáculo** considerable. Aunque la interrupción voluntaria del embarazo esté autorizada por la ley, las representaciones que lo rodean (sobre todo por parte del personal sanitario) suponen un freno para el ejercicio de esta práctica.

**En Colombia**, a pesar de la legalidad del aborto, existen numerosos obstáculos en el plano religioso y moral, que la sociedad impone tanto a las mujeres como al personal sanitario. Es difícil encontrar un médico que practique abortos ya que muchos profesionales alegan “objeción de conciencia” y se niegan a aplicar la ley. Unas de las principales dificultades sobre el tema es la percepción del aborto por parte de los profesionales que a menudo, lo consideran como un crimen.

**Confrontadas a estos obstáculos, las mujeres a menudo se ven obligadas a recurrir a interrupciones voluntarias del embarazo que conllevan riesgos para su salud.**

Estas intervenciones son a menudo realizadas por una persona que no tiene la formación necesaria y/o no dispone de un entorno sanitario adecuado.

El número de abortos practicados, ya sea en regiones donde el aborto está legalizado o no, difiere poco entre las zonas que hemos estudiado. La verdadera diferencia la encontramos en la noción de seguridad sanitaria. El aborto ilegal, también llamado clandestino, es la causa de serios males para las mujeres, sobre todo en los países en desarrollo.

**Instituto Guttmacher**, *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual*, octubre de 2009.

**Las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en condiciones peligrosas pueden acarrear consecuencias desastrosas para la salud de las mujeres**

por lo que deben ser un imperativo de la salud pública. Las principales complicaciones que pueden surgir son: intoxicación,

hemorragias, infecciones, fistulas, perforación del útero, esterilidad y muerte.

Cada minuto, 38 mujeres abortan sin condiciones médicas apropiadas y cada ocho minutos muere una mujer. Se estima que además de las 65 000/70 000 muertes que se registran cada año por la práctica de un aborto no medicalizado, casi 5 millones de mujeres que han pasado por uno de estos abortos, sufren a continuación una invalidez temporal o permanente. Y de éstas, casi 1.7 millones no pueden volver a tener hijos y más de 3 millones sufren infecciones de las vías genitales<sup>62</sup>.

“En Haití, muchas mujeres no son conscientes del peligro de la píldora pap gadé timoun (‘para no tener al hijo’) cuando un test de embarazo es positivo. Según Maryse Alvarez, ginecóloga en un centro de planificación familiar que recibe a adolescentes de zonas muy pobres: ‘Ellas se toman el Cytotec® en grandes dosis, una sustancia utilizada en caso de muerte en el útero, que provoca el parto y puede provocar hemorragias y rupturas del útero’. Su ingesta repetida y las condiciones de intervención inciden sobre la fertilidad y la mortalidad.”

**Malengrez Maude**, “Haiti: légaliser l’avortement pour plus de justice sociale”, agencia de prensa Syfia, noviembre de 2004.

Por último, los embarazos y nacimientos por violación a menudo son problemáticos. A parte de la estigmatización social que sufre la víctima de una violación, la imposibilidad de abortar tras un acto así y por lo tanto, el nacimiento de un hijo no deseado pueden causar graves traumatismos a la madre, al niño y al entorno familiar.

<sup>62</sup>. *Boletín médico del IPPF*, vol. 42, n°2, junio de 2008.

En el marco de la **misión de Médicos del Mundo Francia en Colombia (departamento del Meta)**, la mayoría de las violaciones (numerosas debido al conflicto armado y a la percepción que se tiene de la mujer como “botín de guerra”) acaban en nacimientos con todas las consecuencias psicológicas y sociales que esto implica.

**En Guatemala**, el maltrato sexual está muy presente, a menudo dentro incluso de las familias y a niñas de 12 años o incluso menores. Éstas, víctimas de violación, se ven embarazadas, obligadas a tener al bebé y a criarlo cuando todavía no son ni adolescentes.

Testimonios de trabajadores en el terreno de Médicos del Mundo Francia.

**Médicos del Mundo Francia lucha a favor de la reducción de los riesgos para la salud, y en contra de las interrupciones voluntarias del embarazo en condiciones peligrosas. Se están desarrollando programas sobre esta cuestión.**

### → El aborto y la esterilización forzados

El derecho a la salud sexual y reproductiva implica que cualquier interrupción del embarazo provocada o esterilización, se practiquen con el consentimiento de la persona afectada. Algunas leyes y prácticas discriminatorias limitan el número de hijos por pareja. Este es el caso por ejemplo de China, donde el aborto puede llegar a ser obligatorio. Si una mujer se niega a abortar, puede practicársele una intervención médica sin su consentimiento.

“En 1988, cuando Mao Hengfeng se quedó embarazada por segunda vez, fue despedida de la fábrica de jabón de Shangai donde trabajaba. En las ciudades de China, una mujer que tiene más de un hijo infringe la legislación de planificación

familiar. Como Mao Hengfeng se negaba a abortar, se la encerró en un hospital psiquiátrico donde se le inyectaron medicamentos<sup>63</sup>.”

También se puede obligar a las mujeres a ser esterilizadas, sobre todo si existe una política nacional de control demográfico o un deseo por parte del gobierno de controlar la natalidad de minorías o de mujeres con algún tipo de minusvalía mental. Entre 1990 y 2000 en Perú, habrían sido esterilizadas a la fuerza 300 000 mujeres. Durante los últimos años también se han constatado numerosos casos de esterilización forzada de mujeres romaníes en República Checa y Eslovaquia<sup>64</sup>.

Los abortos y esterilizaciones forzados también pueden ser el resultado de obligaciones y presiones familiares. En agosto de 2005, el tribunal correccional de Bobigny, en Francia, condenó a un cantante a cinco años de cárcel por haber organizado el aborto forzado a su expareja<sup>65</sup>.

### El acceso a la educación

Existen numerosas disparidades basadas en el género en materia de educación. Dos terceras partes del millón de analfabetos que hay en el mundo son mujeres<sup>66</sup>.

El analfabetismo incrementa la pobreza y la dependencia

- 63. **Amnistía Internacional**, “Chine : Une opposante à l'avortement forcé est envoyée dans un camp de travail”, 8 de octubre de 2004.
- 64. **Romani Rose**, “La Mémoire et au-delà; Les Roms et les Sintis pendant l'holocauste et dans la société contemporaine”, *Crónica de las Naciones Unidas*, edición en línea.
- 65. Ver sentencia del tribunal correccional de Bobigny (Seine-Saint-Denis – Francia) del 3 de julio de 2009.
- 66. **Fayner Elsa**, *Violences, féminin pluriel – Les violences envers les femmes dans le monde contemporain*, Libro, collection Document, 2006.

de los individuos, limitando el papel de las mujeres a la gestión del hogar y restringiendo sus posibilidades de acceder a un empleo y a una independencia económica. Por lo tanto, el acceso limitado al saber representa un maltrato económico y social, ya que actúa contrariamente al derecho a la educación y afecta al disfrute de otros derechos fundamentales.

“La discriminación de los hijos es efectiva en un país, especialmente cuando los padres prefieren los niños a las niñas. **Esto se traduce en el hecho de que en caso de no tener recursos suficientes para escolarizar a todos los hijos, se de preferencia a un niño antes que a una niña.** El anuario estadístico de la enseñanza primaria, secundaria y profesional del año escolar 2006-2007 lo trata ya que demostrando que, por lo general, hay más niños escolarizados que niñas en todas las provincias de la República Democrática del Congo”.

*Les droits de l'enfant toujours mis à rude épreuve en RDC*, informe alternativo presentado al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, septiembre de 2008.

### El acceso a un sueldo

Muchas mujeres en el mundo dependen de los hombres en el plano económico: en la esfera privada, son ellos los que deciden dar o no los medios para alimentarse o satisfacer otras necesidades (sobre todo en materia de salud) y a veces incluso aprovecharse de sus propios ingresos. Esta discriminación existe también en la esfera profesional, las mujeres siempre, o casi siempre, perciben un sueldo inferior que el de los hombres en un puesto similar y reciben un trato diferente (sobre todo en cuanto a oportunidades de ascenso, participación en la toma de decisiones,...).

Los hombres tienen una influencia directa en el bienestar de las mujeres y en sus derechos económicos.

Además, las discriminaciones en materia de propiedad y sucesión se inscriben en numerosas legislaciones nacionales. Algunas no reconocen la capacidad jurídica de la mujer de poseer o heredar tierras o bienes: muchas mujeres viudas se encuentran en una situación de miseria total, las dificultades socioeconómicas aumentan aún más su vulnerabilidad de cara a la explotación con fines sexuales y al maltrato.

### EJEMPLOS DE DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO POR RAZONES DE DERECHO A LA PROPIEDAD Y A LA SUCESIÓN EN PAKISTÁN:

Una encuesta realizada en 1995 en 1 000 hogares rurales en la provincia de Punjab permitió constatar que sólo 36 mujeres de estos 1 000 hogares poseían su tierra a su nombre, y tan sólo 9 de ellas tenían el control de ellas<sup>67</sup>.

#### Las prácticas tradicionales ligadas a la privación del derecho a la propiedad representan un grave problema para las mujeres en Pakistán.

“La charia rige normalmente los derechos de sucesión y a menudo priva a las mujeres de su derecho a la propiedad. Algunas prácticas que lo demuestran:

- *haq bakhshawana*: renuncia de las mujeres a su derecho a la propiedad en favor de los hombres de su familia;
- *benami transfers*: transacción anónima por la que una mujer compra una propiedad con sus propios recursos económicos pero ésta se registra a nombre de cualquier

67. Banco Asiático de desarrollo, Country briefing paper, Women in Pakistan, julio de 2000.

otra persona de sexo masculino;  
→ Denegación de la sucesión a la mujer: confiscación de la propiedad de una mujer o transferencia por un matrimonio concertado.

En la práctica, los bancos de comercio ignoran a menudo a las clientas ya que estas dependen de los hombres y por lo tanto son insolventes”.

Testimonio de **Imran Ali**, consejero jurídico, MdM Pakistán, enero de 2010.

## 6. La explotación y la trata de seres humanos

El desarrollo de los intercambios mundiales ha favorecido de forma global al comercio sexual en una dimensión internacional: no sólo el turismo sexual esta en constante argumento, por desgracia el tráfico de personas también está en auge. La trata de seres humanos cuenta con una cifra anual de negocios de alrededor de 32 millones de dólares<sup>68</sup>, lo que hace de este fenómeno la actividad más lucrativa del crimen organizado en la Unión Europea<sup>69</sup>.

La definición de trata de los textos más recientes incluye el hecho de facilitar la explotación de otro mediante, por ejemplo, su contratación, transporte o alojamiento. La trata no es explotación. Sin embargo para facilitar el lenguaje, la expresión

**68.** OIT, *Alianza global contra el trabajo forzoso. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*, Informe del director general, 2005.

**69.** Europol, Informe, 2006.

“trata de seres humanos” a menudo se emplea para designar también los hechos de la trata, en sentido estricto, y los actos calificados de explotación. Esto puede dar lugar a confusión.

La adopción de una definición clara de la trata y de la explotación constituye la condición previa necesaria para implementar una política coherente en la materia y, si se admite comúnmente, el medio de garantizar el refuerzo de la cooperación internacional.

Para precisar el ámbito de aplicación de los textos internacionales vinculantes relativos a la trata de seres humanos, la CNCDH (comisión francesa de consulta sobre los Derechos Humanos) recomienda en Francia invitar a sus socios europeos a definir juntos la noción de explotación.

“Avis sur la traite et l’exploitation des êtres humains en France”,  
**Commission nationale consultative des droits de l’homme**,  
Asamblea plenaria del 18 de diciembre de 2009.

## La trata de seres humanos

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la trata de seres humanos ocurre cuando:

- “se contrata, secuestra, vende, etc. a un migrante y/o se le desplaza dentro de su país o a otro país...;
- sus intermediarios (traficantes) obtienen a cambio un beneficio económico u otro por su acto de engaño, coerción y/o otras formas de explotación en condiciones que violan los derechos fundamentales de los migrantes<sup>70</sup>.”

**70.** Consortium “Reproductive Health Response in Conflict”, *Violences sexo-spécifiques: manuel d’outils pour l’évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l’évaluation des programmes en situations de conflit(s)*, février 2004.

### EL EJEMPLO DE MOLDAVIA

“La OIM estima que de una población de unos 4 millones de habitantes, alrededor de un 35% se han convertido en emigrantes económicos (según un estudio realizado en 2006). Por tanto, la trata de seres humanos en Moldavia se ve favorecida por un éxodo masivo de la población activa que huye de la pobreza; las mujeres son mayoría (81%). A menudo obtienen su consentimiento a través de engaños. Las mujeres con más riesgo son las que provienen de un medio pobre, rural y violento”.

Extracto del *Journal des donateurs* de MdM n°92, proyecto en Moldavia, septiembre de 2008.

**La explotación** “incluye, como mínimo, la explotación de la prostitución de otras personas así como otras formas de explotación sexual, el trabajo o los servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos<sup>71</sup>.”

### EL EJEMPLO DE LOS NIÑOS QUE VIVEN EN LAS CALLES DE KINSHASA

“Muchas personas sacan provecho de la prostitución de los niños que viven en las calles. Estas personas aparecen directa o indirectamente relacionados con la explotación sexual de estos niños. [...] La red está tejida de tal forma que los niños no siempre reciben los beneficios de sus actos; estos se distribuyen

<sup>71</sup>. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, artículo 3, diciembre de 2000.

directamente entre varios individuos que intervienen de una manera u otra en la cadena. Más allá del acto sexual, los niños son aparatos que permiten que otros desvalijen a los clientes”.

Enquête sur l'exploitation sexuelle des filles de Kinshasa en RDC, MdM, con la participación del Ministerio de Género, la Familia y la Infancia (RDC), y la financiación de Unicef, diciembre de 2008.

La explotación sexual se exagera durante los conflictos armados. Así, algunas personas pueden ser “reclutadas” para cocinar, limpiar o combatir, y a menudo servir de pareja sexual a la fuerza o de “esposas” de los combatientes. A veces se les llama “bush wives” (en el caso de Sierra Leona durante la guerra civil), o “mujeres de consuelo” (en el caso de las mujeres obligadas a prostituirse para la armada o la marina imperial japonesa durante la Segunda Guerra Mundial).

## 2 / CLASIFICACIÓN SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE LA VÍCTIMA Y EL AGRESOR

La violencia de género puede perpetrarse por diferentes personas, grupos o instituciones pertenecientes a la esfera pública o privada. Por tanto, se puede realizar la clasificación según la relación existente entre la víctima y el agresor.

### 1. La violencia intrafamiliar o doméstica

La violencia intrafamiliar o doméstica se refiere al conjunto de actos violentos perpetrados contra una persona por un miembro de su propia familia. “El término ‘violencia doméstica’

expresa el maltrato ejercido [...], dentro o fuera de los límites del hogar, por una pareja íntima, incluido un compañero sentimental, u otros miembros de la familia<sup>72</sup>”.

La violencia doméstica se sufre generalmente en la esfera privada lo que a menudo la hace invisible: ya sea porque numerosos actos violentos suceden tras las puertas cerradas, o porque las normas legislativas o culturales no tratan esta violencia como un delito sino como un asunto familiar o un fenómeno “normal”.

**“La violencia doméstica, en particular, continúa siendo terriblemente común y es aceptada como “normal” en demasiadas sociedades del mundo”.**

**Yakin Ertürk**, relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, prólogo del *Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica, resumen del informe*, OMS, 2005.

“Actualmente, muchos Estados reconocen la importancia de proteger a las mujeres contra la violencia y de castigar a aquellos que, cometiéndola, se han hecho culpables de un delito. Una de las preguntas fundamentales que deben enfrentar los reformadores de la ley es si se debe o no “criminalizar” el hecho de que un hombre golpee a su propia mujer. Se suele tener la impresión de que la violencia doméstica es un delito que se produce entre personas unidas por estrechos vínculos de intimidad. La cuestión de la intimidad, es decir si los golpes infligidos a la esposa deben tratarse como

**72. Unicef**, *La violencia doméstica contra mujeres y niñas*, Digest Innocenti n°6, junio de 2000.

un delito común o si, más bien, se debe insistir en la utilización de mediadores y de asistentes sociopsicológicos, representa un serio dilema para los responsables políticos”.

**Coomaraswamy Radhika**, relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, *La lucha contra la violencia doméstica: las obligaciones del Estado*, 2000.

### Enfoque sobre la violencia conyugal

Entre los tipos de violencia intrafamiliar, la violencia conyugal se considera la forma más frecuente de violencia de género que sufren las mujeres.

La violencia conyugal se refiere a “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación<sup>73</sup>”. La pareja íntima debe ser considerada como la pareja sentimental, actual o anterior, esté o no casada con la víctima del maltrato. El maltrato o sus consecuencias pueden aparecer después de que la pareja se haya separado.

**“La violencia en la pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural.** Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres”.

**OMS**, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

**73. OMS**, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

Existen diferentes formas de violencia ejercida por una pareja íntima: maltrato físico (golpes y heridas), maltrato psicológico (amenazas verbales, acoso), maltrato sexual (violación conyugal, ser “prestada a amigos”), maltrato económico y social (recursos económicos confiscados por la pareja, ruptura de relaciones con amigos y/o familia).

“La violencia ejercida contra la mujer por parte de un esposo o pareja íntima de sexo masculino es una de las formas más comunes de maltrato. Sorprende el contraste con los hombres que, en general, corren más riesgo de ser atacados por un extranjero o un conocido que por alguien que pertenece a su círculo social cercano. [...]”

El resultado de 48 encuestas de población realizadas en el mundo es que entre un **10% y un 69% de las mujeres declaran haber sido agredidas físicamente por una pareja íntima de sexo masculino** en algún momento de su vida. [...]

Estudios realizados en Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos de América, señalan que entre un **40% y un 70% de las mujeres víctimas de asesinato han sido matadas por su marido o novio**, a menudo cuando la relación que mantenían era violenta.

Esto contrasta fuertemente con la situación de los hombres víctimas de asesinato. En Estados Unidos, por ejemplo, sólo un 4% de los hombres asesinados entre 1976 y 1996 fueron asesinados por su esposa, ex esposa o novia<sup>74</sup>.

Según un estudio francés realizado por la delegación para las víctimas del ministerio del interior en 2008 sobre las muertes violentas en la pareja, una mujer muere de media cada dos días y medio a

74. OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.

manos de su pareja. Un hombre muere cada trece días víctima de su pareja a la que este maltrataba en la mitad de los casos.

La violencia en la pareja tiene tendencia a ser minimizada o considerada como una simple riña. La dinámica e implicaciones de la violencia conyugal son tan características que permiten reconocer una relación fundada en el maltrato.

La particularidad de la violencia conyugal es que a menudo las víctimas se hunden cada vez más en un ciclo de relación de influencia. “Lo que diferencia a la violencia conyugal de un conflicto o una riña de pareja (que también puede ser violenta) reside en su carácter cíclico, mientras que un conflicto se traduce en eventos puntuales. En efecto se habla del ciclo de la violencia conyugal<sup>75</sup>”.

#### → El ciclo de la violencia conyugal

El hecho de que las mujeres tengan lazos afectivos con los autores de los maltratos, y dependan económicamente de ellos, tiene importantes repercusiones en la dinámica de la violencia. Algunas investigaciones<sup>76</sup> han querido describir el **proceso de la violencia en el seno de la pareja**, poniendo en evidencia la existencia de un ciclo con cuatro fases: el **desarrollo de un clima de tensión**, su intensidad va aumentando progresivamente hasta llegar a una **situación de crisis**, seguido de un episodio de **relajación de la tensión**, en el que el hombre intenta que le perdonen y justificar sus actos. Durante algún tiempo, la pareja tiene la sensación de haber recuperado la felicidad. Hablamos entonces a menudo de **una fase de “luna de miel”**, que permite olvidar la

75. <http://www.violencesconjugales5962.fr/violences-conjugales/cycle-violences.html>.

76. Walker Lenore E., *The Battered Woman*, New York: Harper and Row, 1979 y “Battered Women and Learned Helplessness”, *Victimology: An International Journal*, Vol.2, N°3-4, 1977-1978.



escena de violencia. Esta fase permite al/a los cónyuge(s) creer que la violencia no volverá a ocurrir pero las tensiones se acumulan de nuevo con el paso de los días y el ciclo vuelve a comenzar intensificándose y aumentando la frecuencia con cada nuevo episodio.

**El círculo de la violencia en la pareja se puede esquematizar de la siguiente forma<sup>77</sup>:** página siguiente.

En algunos casos de violencia conyugal, especialmente cuando ésta se caracteriza por incidentes repetidos y cada vez de mayor gravedad, el autor de los hechos **domina** a la víctima. Ella “ya no dueña de sus pensamientos, está literalmente invadida por la psique de su pareja y no tiene un espacio mental para ella. Está paralizada, no se puede hacer ningún cambio espontáneo en su interior; es necesaria una ayuda exterior para poner fin al dominio<sup>78</sup>”. La dinámica de la violencia conyugal, así como el fenómeno del dominio que se desarrolla en este tipo de relaciones, puede justificar que se compare con algunos tipos de torturas.

“Cuando no actúa la amenaza o la violencia directa, un tipo de ceremonia lo anuncia. Esto puede consistir en un simple cambio de opinión sobre unas palabras, actitudes o incluso actos. La víctima conoce estos mensajes, son los previos que utiliza el agresor como si de un ritual se tratase. Tienen como función dar fuerza al agresor en su toma de poder y debilitar la capacidad de resistencia de la víctima”.

**Perrone Reynaldo y Nannini Martine,**  
*Violencia y abusos sexuales en la familia*, Paidós, 2000.

<sup>77</sup>. <http://www.violenciasconjugales5962.fr/violencias-conjugales/cycle-violences.html>.

<sup>78</sup>. **Hirigoyen Marie-France,** *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*, Paidós Ibérica, 2006.

#### **Fase 1: Clima de tensión**

**Tensión del cónyuge:** este crea un clima tenso en la casa a través de sus palabras y actitudes. Pone como pretexto la supuesta incompetencia de la mujer.

**Miedo de la cónyuge:** duda de sí misma. Tiene miedo de no gustar y de cometer errores. Tiene ansiedad y está paralizada.

#### **Fase 4: Luna de miel**

**Remisión del cónyuge:** expresa su arrepentimiento y promete no volver a hacerlo. Se vuelve afectuoso y atento.

**Esperanza de la cónyuge:** ella cree que el hombre puede cambiar, ahora es tan agradable...

#### **Fase 2: Crisis**

**Agresión del cónyuge:** al no haber obtenido los resultados esperados, emplea un acto de violencia psicológica, verbal, física, etc. Este “explosión”.

**Cólera y tristeza de la cónyuge:** está humillada, desesperada, ultrajada, demolida, etc.

#### **Fase 3: Justificación**

**Invalidación del cónyuge:** invalida y minimiza su comportamiento. Se deshace de su responsabilidad y acusa a su cónyuge: “¡estaba estresado!, “¡si me hubieras escuchado!”.

**Responsabilización de la cónyuge:** ella se siente responsable de los hechos. Se dice que si cambia, la violencia cesará: “puede que tenga razón. Soy yo la que no entiendo nada”, “exagero, soy demasiado sensible”. Mientras más se repite el círculo, más incompetente se siente la mujer y más se responsabiliza de la violencia del cónyuge.

### → La relación entre la violencia conyugal y la tortura<sup>79</sup>

Una diferencia fundamental entre la violencia conyugal y la tortura es la relación entre la víctima y el autor de la violencia (pareja íntima en el caso de la violencia conyugal y el Estado en el caso de la tortura).

Más allá de esta constatación, se han identificado algunas similitudes, sobretodo en las consecuencias: ambas conllevan a menudo la **destrucción de la identidad de las personas que la sufren y la aparición de una situación de dominio** entre el autor y la víctima del maltrato. Este doble efecto de destrucción de la identidad y del dominio está ligado al hecho de que la víctima permanece “cautiva” durante un largo periodo y bajo el control del agresor. Ella es incapaz de salir de esta situación ya que supuestamente el autor del maltrato la está protegiendo.

Estas similitudes entre la violencia conyugal y la tortura permitirán comprender mejor la complejidad de estos fenómenos y señalar los indicios psicológicos y psicosociales de un posible maltrato.

## 2. El maltrato civil o comunitario

El maltrato civil hace referencia a los actos de violencia cometidos por los miembros de una comunidad (de forma individual o en grupo) “que no tengan una relación familiar o conyugal y no se deriven del ejercicio de las funciones públicas (el agresor puede ser un conocido o no de la víctima, puede tratarse

79. Para más detalles, véase **Josse Evelyne**, “Torture et violence conjugale: une conséquence commune – la destruction identitaire des victimes”, taller regional de atención a las mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

de un vecino o un amigo o de un desconocido)<sup>80</sup>”.

Una vez más, los actos de violencia pueden estar ligados al género cuando son perpetrados más específicamente contra una persona según sea hombre o mujer.

**En Nepal**, en el pueblo de Mekanpur (132 Km. al norte de Katmandú), un grupo de doce habitantes golpeó hasta causar la muerte a una mujer de la comunidad dalit tras haberla acusado de practicar brujería.

“Las mujeres dalit sufren una triple opresión y se encuentran en lo más bajo de la escala social”, cuenta Durga Sob, fundadora de Fedo (organización feminista dalit que lucha contra el sistema de castas y la discriminación de género en todas las regiones nepalíes.

“Son ciudadanas de segunda clase por ser mujeres, están sujetas a la exclusión social por ser dalit, y al ser el grupo [social] más pobre de Nepal, sus miembros viven en una situación de pobreza crónica”, continúa Durga.

“A menudo se nos niega un alojamiento decente, el acceso a la atención sanitaria y a otros servicios públicos como el uso de las fuentes o los templos”.

“Nepal locals lynch Dalit woman accused of witchcraft”, Women News Network, 19 de mayo de 2010.

Los hombres homosexuales también son objeto de diversos maltratos, no por ser hombres si no porque no responden a los criterios del género masculino esperados en la sociedad. Los hombres que traicionan el supuesto carácter “masculino” (los homosexuales, bisexuales, travestidos y transexuales)

80. MdM, *manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences*, Haïti, 2008.

son transgresores, razón por la que resultan especialmente afectados por distintos tipos de violencia, individual o comunitaria. “En todo el mundo los homosexuales corren el riesgo de ser agredidos por individuos o grupos homófobos que actúan a título individual<sup>81</sup>”.

### 3. La violencia estatal o institucional

Entendemos por violencia estatal el conjunto de actos de violencia perpetrados o tolerados por el Estado. Estas formas de violencia también pueden estar ligadas al género. Constituyen violencia de género diversas acciones de los poderes públicos, tales como la creación o aplicación de medidas reglamentarias a favor de uno u otro sexo. Estas medidas a menudo discriminan a la mujer. Entre estas medidas se pueden mencionar la esterilización, los embarazos o los abortos forzados. Los Estados también pueden tolerar la violencia de género aplicando ineficazmente la legislación; la consecuencia real sería la impunidad de los autores. Además de la atención de las personas víctimas, las posibles intervenciones para prevenir estas formas de violencia estatal residen en acciones de incidencia política contra los poderes públicos.

“La homosexualidad está prohibida y severamente castigada por numerosos Estados con condenas a prisión (desde unos meses hasta cadena perpetua), maltrato físico, deportación o trabajos forzados en más de 60 países”.

Josse Evelynne, “Les violences sexo-spécifiques et sexuelles à l’égard des hommes”, 2007.

81. Josse Evelynne, “Les violences sexospécifiques et sexuelles à l’égard des hommes”, 2007.

Los agentes estatales (profesores, educadores, policías, jueces, personal sanitario o penitenciario...) también pueden ser autores de actos de violencia estatal. Entre los actos que han sido objeto de detención encontramos las relaciones sexuales impuestas a los detenidos por parte del personal penitenciario a cambio de privilegios, de bienes o de artículos de primera necesidad, observarlos inoportunamente mientras se duchan o se desnudan, o cacheos realizados por una gente de sexo diferente o en su presencia.

“De manera general, la violencia institucional incluye todo lo acto que contradiga o contravenga la felicidad (en sus dimensiones psicoafectiva, cognitiva física o social) y todo lo que anteponga los intereses de la institución a los de la persona que acogida<sup>82</sup>”.

El gobierno pakistaní creó en 1973, una institución específica para las mujeres e hijos en situación de miseria aguda llamada *Dar-Ul-Aman* (DUA). Hasta hace muy poco (y todavía en la actualidad aunque en menor medida), la mayoría de estos refugios temporales ofrecían condiciones de alojamiento y atención sanitaria precarias; estos no respetaban los derechos fundamentales de las residentes (sobre todo por la falta de alimentos y el acceso limitado a la atención médica).

Además de las actitudes estigmatizantes a las que las mujeres acogidas debían hacer frente, se constataron casos de violencia cometidos en su contra, especialmente por el personal de estos centros (palizas, “visitas” forzadas,

82. “Maltraitance, bientraitance: prévenir les violences institutionnelles”, módulo interprofesional de salud pública, Escuela nacional de salud pública de Rennes, 2005.

obligación de volver con sus familias, darles dinero...). La gestión de estas instituciones refleja y reproduce la percepción sociocultural de la mujer en la sociedad pakistani, por lo que el gobierno está trabajando en la actualidad para mejorar la calidad de la acogida y atención en los DUA.

Ya sea comunitaria o estatal, la violencia de género se lleva a cabo también en contextos de conflicto armado, cuando se tiende a reforzar y exacerbar el comportamiento discriminatorio y violento ya existente en las sociedades en tiempo de paz.

"En caso de conflicto armado entre comunidades o entre etnias o religiones, las mujeres de una comunidad o de un grupo social corren el riesgo de ser agredidas ya que se las considerada la encarnación del honor y la integridad del grupo. [...]

Durante la guerra en la antigua Yugoslavia, se obligó a los detenidos a maltratar sexualmente a algunos de sus compañeros de celda mientras los carceleros se burlaban de ellos [...] En la República Democrática del Congo se viola a chicos jóvenes y a hombres como represalia contra individuos, familias o todo un grupo para dañar los valores fundamentales y el tejido social de una u otra comunidad".

**Amnistía Internacional**, "Les crimes commis contre les femmes lors des conflits armés", informe público, 8 de diciembre de 2004.

# 20

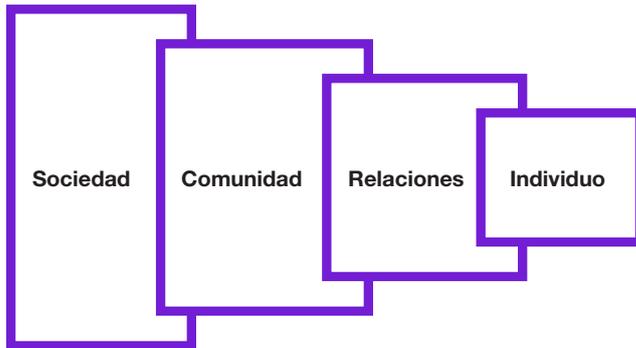
## CAUSAS Y CONSECUENCIAS

➤ Ningún factor explica por sí solo por qué algunas personas se comportan de forma violenta con otras o por qué la violencia es más común en unas comunidades que en otras. Sin embargo, se pueden sacar un conjunto de causas comunes de las diversas formas de violencia. Estas causas son factores de riesgo que pueden presagiar actos de violencia y son el resultado de una compleja interacción entre factores individuales, relacionales, sociales, culturales y del entorno.

Por otro lado, parece reduccionista comparar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales aplicables a cualquier víctima de maltrato. En cambio, algunos signos pueden llamar la atención del personal para que estén atentos ante un posible acto de violencia contra una persona.

# 1 / LAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El sistema llamado “modelo ecológico” permite analizar la influencia que puede ejercer el entorno, en diferentes niveles, sobre el desarrollo y el comportamiento de los individuos. Estos niveles son los siguientes:



Algunos autores han utilizado este modelo para comprender mejor los factores asociados a las diferentes formas de violencia de género<sup>83</sup> demostrándose así que algunas características individuales (factores biológicos, historia personal, etc.) y colectivas (relacionales, comunitarias o de la sociedad) aumentan el riesgo de que la persona sea autor o víctima de violencia de género. Estas características influyen en el tipo y la amplitud del maltrato de cada contexto. Los niveles de autoridad y poder, diferentes según el género, reafirman dichas características que mantienen los privilegios y la subordinación entre los miembros de una sociedad.

La siguiente tabla<sup>84</sup> ilustra algunos factores que favorecen el maltrato perpetrado por la pareja íntima. Este maltrato también puede ser el producto de la influencia ejercida en el comportamiento en múltiples niveles.

<u>Individual</u>
→ nivel de educación bajo
→ marginación, falta de entorno
→ ingresos bajos
→ haber sido testigo de actos violentos conyugales durante la infancia
→ ausencia de la figura paterna para el hombre
→ negación de la paternidad
→ haber sido víctima de maltratos físicos durante la infancia
→ alcoholismo y/o drogodependencia
→ edad <sup>85</sup>
→ pertenencia a una comunidad minoritaria, marginada o excluida
→ ...
<u>Relacional</u>
→ matrimonio de conveniencia (por razones económicas, étnicas, políticas...)
→ conflicto conyugal
→ el hombre es el dueño de la riqueza y de las decisiones en la familia

**83.** Heise Lenore L., “Violence against women: an integrated ecological framework”, *Violence against Women*, 1998.

**84.** Bouchon Magali, *Approche pratique – Violences faites aux femmes; genre, culture et société*, Unidad de Análisis, Apoyo e Incidencia Política, MdM, 2009.

**85.** Como ejemplo: “la inmadurez ligada a la edad joven es uno de los determinantes de la violencia sexo-específica y sexual ejercida por los adultos contra los niños”; de Josse Evelyne, “Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants”, 2007.

- diferencias importantes (económicas o de educación) entre los dos miembros de la pareja
- la mujer vive en casa de la familia del marido
- ...

### Comunitario

- pobreza, condiciones económicas precarias o desempleo
- fuerte densidad demográfica
- marginación de la mujer y de la familia
- actitudes en la comunidad que legitimen y toleren la violencia masculina
- falta de apoyo institucional y de ayudas sociales para la mujer
- legislaciones inadecuadas
- falta de concienciación del poder legislativo, de los tribunales
- ...

### Cultural y social

- normas que ejercen mayor control sobre el comportamiento de las mujeres
- aceptación de la violencia como método de resolución de conflictos
- noción de masculinidad ligada a la dominación, al honor o a la agresión
- papeles que se atribuyen a cada sexo
- ...

Es importante comprender y tener en cuenta estos factores de riesgo para concebir estrategias eficaces y duraderas de prevención e intervención contra la violencia de género.

## 2 / LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

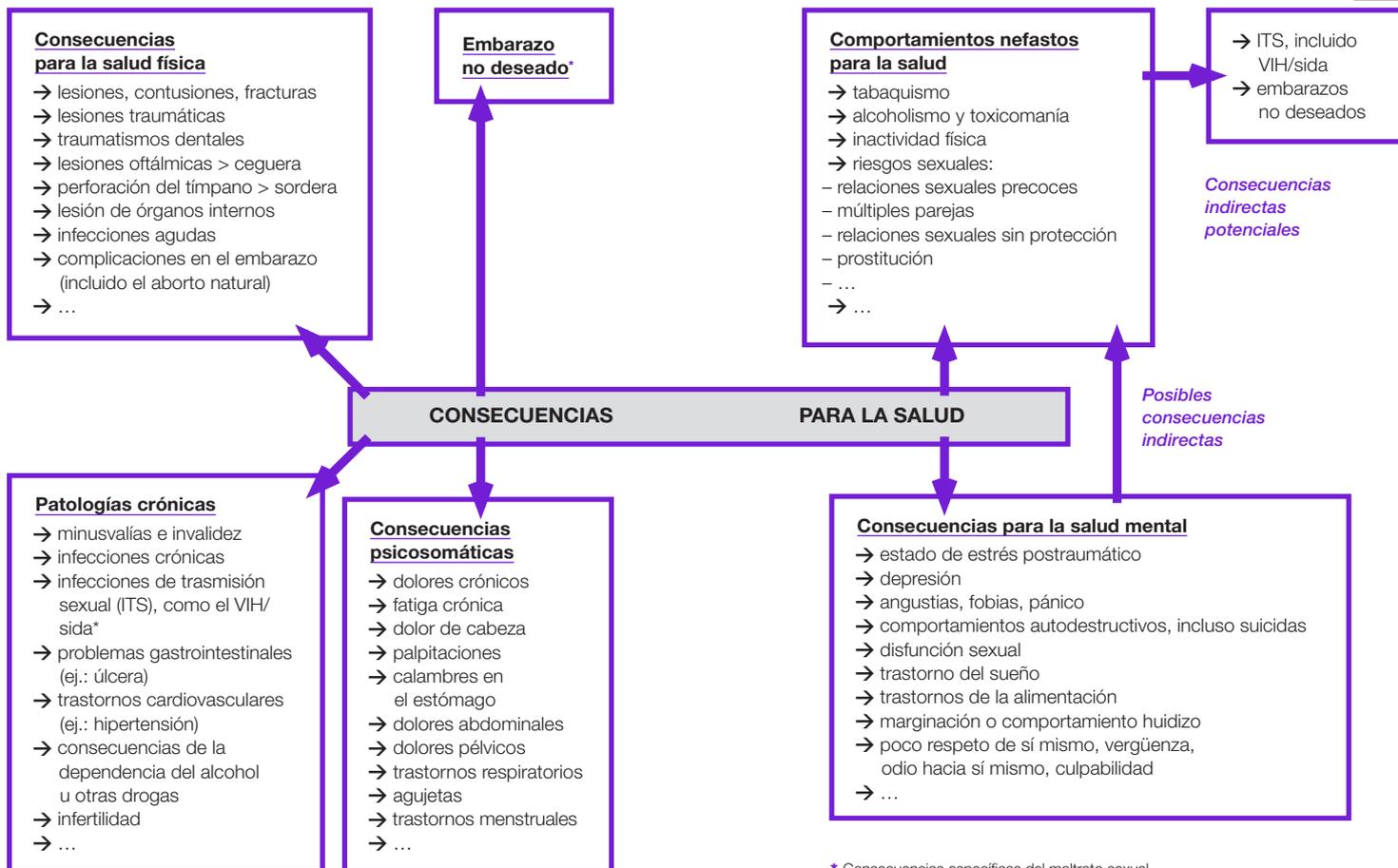
Comprender mejor las consecuencias de la violencia de género dentro del contexto sociocultural permite elaborar estrategias apropiadas para reaccionar y prevenir otros perjuicios. Además, conocer las principales repercusiones de la violencia de género permite descubrir mejor los signos que puedan hacer sospechar de la existencia de estos actos y por lo tanto estar mejor preparados para reconocer a las víctimas.

Las consecuencias del maltrato, cuando se clasifican según su naturaleza, a menudo unas dependen de las otras y de la propia persona, del tipo y de las circunstancias del maltrato.

Generalmente, las clasificaciones distinguen entre las consecuencias fatales de la violencia de género y las consecuencias no fatales. El homicidio (casos de crímenes de honor, feminicidios o desapariciones...) es una consecuencia fatal directa del acto de violencia. Las otras consecuencias fatales son indirectas (suicidio o mortalidad materna, infantil o ligada al VIH/sida).

**Los esquemas que veremos a continuación organizan y enumeran, de manera no exhaustiva, las principales consecuencias no fatales de la violencia de género:**

- las consecuencias para la salud física y mental (lesiones traumáticas, infecciones, patologías crónicas, consecuencias psicosomáticas, trastornos del comportamiento...);
- las consecuencias en las relaciones económicas y sociales de las personas que han sufrido maltratos.



\* Consecuencias específicas del maltrato sexual

## 1. Consecuencias específicas del maltrato sexual

Dada la estrecha relación que el maltrato sexual tiene con la salud reproductiva, **existen consecuencias directas e indirectas específicas.**

Entre las **consecuencias directas**, podemos citar las heridas físicas que repercuten en la salud reproductiva (especialmente la destrucción del tejido reproductivo y genital).

Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (entre ellas el VIH/sida) también pueden ser **consecuencias directas** de una violación. Sin embargo estas también pueden ser consecuencia de perturbaciones emocionales provocadas por la violación y favorecer comportamientos sexuales de riesgo. En este caso, se trata de **consecuencias indirectas** del maltrato sexual (véase esquema página 114).

## 2. Consecuencias ligadas a la interrupción voluntaria del embarazo no medicalizado

En el caso de embarazos por violación, y más generalmente en el caso de cualquier embarazo no deseado, a menudo se recurre a la interrupción voluntaria del embarazo aunque su práctica no sea legal en el país. Las mujeres afectadas están dispuestas a recurrir a una **interrupción del embarazo clandestina y no medicalizada, lo que representa un riesgo importante en términos de mortalidad y morbilidad.** Entre las consecuencias de estos abortos no medicalizado podemos citar: hemorragias, infecciones, intoxicación por el uso de sustancias para provocar el aborto

y lesiones traumáticas internas. También pueden acarrear graves complicaciones que necesitan una intervención quirúrgica (sobre todo en caso de fístula), provocar una esterilidad irreversible o ser fatales para la persona.

Se ha demostrado que 38 mujeres abortan sin control médico cada minuto y una mujer muere tras realizarse un aborto chapucero cada ocho minutos. Se estima que además de las 65 000/70 000 muertes que se registran cada año por la práctica de un aborto no medicalizado, casi 5 millones de mujeres que han pasado por uno de estos abortos, sufren a continuación una invalidez temporal o permanente. Y de éstas, casi 1.7 millones no pueden volver a tener hijos y más de 3 millones sufren infecciones de las vías genitales<sup>86</sup>.

### Consecuencias sociales y económicas

- distanciamiento de la pareja, incluso separación;
- estigmatización, rechazo familiar y comunitario de la persona, marginación;
- pérdida de papeles / funciones en la sociedad;
- reducción de las capacidades de los padres: negligencia, abandono, rechazo, malos tratos, especialmente con los hijos nacidos de una violación;
- interrupción de las actividades profesionales o del colegio;
- violencia de la persona, especialmente con sus propios hijos;
- ...

86. Boletín médico del IPPF, vol. 42, n°2, junio de 2008.

### **3. El impacto de la violencia de género en la comunidad**

El fenómeno de la violencia de género, dada su amplitud y consecuencias, puede transformar el equilibrio de una comunidad/sociedad destruyendo su propia esencia y principios básicos lo que puede acarrear una desestructuración de comunidades, una desocialización. La solidaridad tradicional existente puede destruirse y provocar una huida y desertización de los pueblos. La pérdida de las referencias morales puede provocar también la banalización de la violencia así como un sentimiento de inseguridad generalizado, a veces reforzado por la cultura de la impunidad.





# 3

**ELEMENTOS  
CLAVE PARA  
LA ATENCIÓN  
DE LAS VÍCTIMAS  
DE VDG**

# A

## **ACOGIDA**

- 127 **1/La acogida, un momento determinante**
  
- 127 **2/Los principios de la acogida**
- 128 1. El personal, herramienta de comunicación
- 130 2. Las reglas básicas
- 132 *Ficha técnica:* “Escuchar a las víctimas de violencia”
- 133 *Ficha técnica:* “Consejos para el personal”
- 137 3. Las medidas de protección provisionales
- 140 *Ficha técnica:* “Elementos que se deben considerar en la creación o apoyo a los centros de acogida temporal para las mujeres víctimas de violencia”

# B

## **IDENTIFICACIÓN/ RECONOCIMIENTO**

- 144 **1/El papel clave de la identificación**
  
- 145 **2/La identificación de los signos físicos, psicológicos y comportamentales**
- 145 1. En las víctimas del maltrato
- 145 *Ficha técnica:* “Reconocer los signos de sospecha de violencia”
- 149 2. En los autores de violencia
  
- 150 **3/Pistas que facilitan la identificación de las víctimas de violencia**
- 151 1. La prueba de detección sistemática
- 153 2. Los recursos comunitarios

# C

## **ATENCIÓN MÉDICA**

- 155 **1/La atención médica: una puerta de entrada privilegiada**
  
- 157 **2/Los principios de ética médica**
- 158 1. El respeto de la dignidad
- 158 2. La obligación de no discriminar
- 159 3. La obligación de no perjudicar
- 159 4. El consentimiento libre e informado
- 161 5. La confidencialidad
- 162 6. La obligación de proteger
- 163 7. La obligación de testificar por petición del paciente
  
- 163 **3/Los componentes de la atención médica**
- 164 1. Entrevista/anamnesis
- 167 2. Examen clínico
- 169 3. Exámenes paraclínicos
- 170 4. Datos médicos
- 170 5. Atención terapéutica
- 179 6. Redacción del certificado médico
- 180 7. Seguimiento médico
- 180 *Ficha de terreno:* “La atención médica de las víctimas de maltrato sexual: los “buffets” de emergencia en Haití”
- 184 *Ficha técnica:* “Seguimiento médico tras una violación”

# D

## **ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

- 197 **1/Nociones relacionadas con las consecuencias psicológicas de la violencia**
- 197 1. La salud mental
- 205 2. El trauma psíquico
  
- 208 **2/Los dispositivos de apoyo psicológico**
- 209 1. Complementariedad entre cuidados psicológicos y apoyo psicosocial
- 211 2. Los procedimientos/técnicas para la atención psicosocial a víctimas de violencia de género
- 219 *Ficha de terreno:* “El teatro como actividad terapéutica: los Dar-UI-Aman de Pakistán”

PÁGINA 222

E

## ACCESO A LA JUSTICIA Y LUCHA CONTRA LA IMPUNIDAD

- 224 **1/El marco legal de la violencia de género**
- 225 1. El marco legal internacional
- 225 **Ficha técnica:** “Principales instrumentos jurídicos internacionales de protección de derechos humanos”
- 233 2. Los marcos legales regionales
- 235 3. Los marcos legales nacionales
- 237 **2/El acceso al derecho**
- 240 1. Informar las víctimas de violencia sobre sus derechos
- 242 2. El acompañamiento judicial
- 245 **Ficha de terreno:** “Riesgos y medidas de protección – el acompañamiento jurídico de las víctimas de maltrato sexual en Nord-Kivu (RDC)”
- 247 **Ficha técnica:** “Protección de las víctimas de maltratos contra cualquier posible peligro en el marco de las acciones de comunicación”

PÁGINA 249

F

## EL CERTIFICADO MÉDICO POR VIOLENCIA

- 250 **1/Importancia del certificado médico**
- 250 1. Relación entre certificado médico y ética médica
- 251 2. Relación entre atención médica y justicia
- 251 3. Utilidad del certificado médico
- 253 **2/Características del certificado médico**
- 253 1. Valor jurídico
- 254 2. Carácter potencialmente peligroso
- 257 **3/Por un acceso eficaz al certificado médico**
- 260 1. Circuito ideal de obtención de un certificado médico por violencia
- 261 2. ¿Quién puede expedir un certificado médico?
- 264 3. Para un acceso directo: ¿a quién entregar un certificado médico?
- 265 4. ¿Cuándo puede expedirse un certificado médico?
- 265 5. Por un acceso gratuito al certificado médico

- 266 **4/La redacción del certificado médico**
- 267 **Ficha técnica:** “La redacción del certificado médico”

PÁGINA 289

H

## OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN

- 290 **1/Obstáculos por parte de las víctimas**
- 291 1. Miedo a la estigmatización
- 291 2. Miedo a las represalias
- 293 3. Vergüenza y culpabilización
- 294 4. Banalización del problema
- 295 5. Falta de accesibilidad económica y geográfica
- 298 **2/Obstáculos por parte del personal**
- 298 1. Prejuicios
- 299 2. Exceso de trabajo
- 299 3. Falta de formación/sensibilización
- 300 4. Sufrimiento del personal
- 302 **Ficha técnica:** “Soluciones para prevenir y gestionar el sufrimiento del personal”

PÁGINA 273

G

## REINSERCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

- 274 **1/Recordatorio de la relación entre la VDG y las implicaciones socio-económicas**
- 276 **2/Acciones para la reinserción social y económica**
- 276 1. Definiciones
- 277 2. Las acciones para la reinserción social y económica
- 287 **Ficha técnica:** “Implicaciones de la reinserción social y económica en el marco del alojamiento temporal”

## ELEMENTOS CLAVE PARA LA **ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS** DE VIOLENCIA DE GÉNERO

➤ Toda persona que colabore con Médicos del Mundo Francia puede encontrarse con personas que sufran o hayan sufrido algún tipo de violencia de género. Por tanto, en cualquier contexto y sea cual sea el proyecto, el personal de MdM debe estar formado para ser capaz de identificar y acoger a estas personas.

La identificación y la acogida son etapas previas esenciales para una atención pluridisciplinar (médica, psicológica, judicial, y social) de calidad. Éstas permiten intervenir directamente con las víctimas o derivarlas a otros servicios de atención, de ahí que el personal deba estar informado de los diferentes servicios que existen para atender a las víctimas de violencia de género.

# 3A

## ACOGIDA

### 1 / LA ACOGIDA, UN MOMENTO DETERMINANTE

La calidad de la acogida forma parte de la relación personal-paciente durante todo el seguimiento. La primera entrevista es primordial, en particular en los casos de maltrato: **se debe establecer un vínculo de confianza que garantice que la persona se adhiera a la atención que se le practique.**

**La disposición que tenga el paciente para revelar el maltrato que ha sufrido y la capacidad del personal para identificarlo** depende, en parte, de la calidad de la acogida.

El primer contacto también debe permitir la prevención de otros actos de violencia mediante la **implantación de medidas de protección adaptadas a la urgencia y a la gravedad de la situación.**

Finalmente, desde la primera entrevista, se debe **derivar a la persona a otros servicios** que pudiera necesitar siempre y cuando estén disponibles, sean accesibles y de buena calidad.

Los principios de la acogida conciernen a todas las personas que trabajan con una víctima a lo largo de todo su seguimiento, tanto en las estructuras de medicina general que incluyen la atención de las víctimas de violencia de género, como en los establecimientos especializados. Todo el personal sanitario debe por tanto estar sensibilizado/formado en los principios de acogida que **se aplican desde el primer contacto y durante todas las entrevistas sucesivas.**

## 2 / LOS PRINCIPIOS DE LA ACOGIDA

La acogida responde a reglas básicas que deben aplicar todas las personas que trabajen en una estructura de atención (intervengan directamente o no) y en todo momento (desde la primera hasta la última entrevista). Los principios de acogida se basan en principios éticos, pero responden igualmente a otros preceptos ligados a ciertas técnicas de comunicación.

### 1. El personal, herramienta de comunicación

En un primer momento, y si el contexto lo permite, es importante **manifestar que estamos prepa-rados para acoger a víctimas de maltratos.** Si las personas que acuden a la consulta por motivos distintos al maltrato son conscientes de la presencia/competencia del personal, podrán confiar más fácilmente en ellos y pedirles ayuda.

**Al principio de la entrevista, es importante presentarse prestando atención a la elección de las palabras que se utilizan.**



Llevar chapas puestas o mostrar mensajes en las salas de espera o en otros lugares específicos pueden ser medidas eficaces para incitar a las víctimas a dirigirse a un miembro del personal.

La introducción y la manera de presentarse son etapas primordiales de la acogida. “Así, es importante en el marco de las relaciones humanas y según las normas de cortesía de la sociedad, saludar a la persona que recibe y presentarse y explicarle el trabajo que realiza: decir su nombre y explicar su papel en la estructura.”

**MdM**, *manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences*, Haiti, 2008.

El lenguaje utilizado durante toda la entrevista debe ser claro, comprensible (evitar los términos técnicos) y reconfortante con el fin de garantizar una **comunicación verbal** que dé confianza al interlocutor. Es también primordial pensar en lo **no verbal** como una forma de comunicación sobre la cual apoyarse para construir una relación con la víctima. Entendemos como comunicación no verbal el hecho de atribuir un significado a diversos elementos gestuales y comportamentales tales como la apariencia física, la indumentaria, los movimientos, la postura, la mirada, etc.

Las actitudes y los comportamientos verbales y no verbales deben permitir al personal comunicar su **aceptación y su disponibilidad.** Estos indican a la persona que alguien está intentando comprenderla y aceptarla por completo. Esta posición debe dar confianza a la víctima de maltrato, condición necesaria para que llegue a sincerarse.

## 2. Las reglas básicas

Una víctima de maltratos tiene que tener mucho valor para poder superar sus sentimientos de miedo, de culpabilidad, de marginación y atreverse a emprender los trámites de atención. La acogida que reciba no debe desalentar su iniciativa.

### Escuchar

En primer lugar, es necesario **escuchar** a la persona. Escuchar de manera **activa y atenta** significa respetar sus momentos de silencio y no interrumpirla. Es necesario esperar a que la persona termine su testimonio antes de buscar información más precisa y dar prioridad a las preguntas abiertas. Se debe escuchar de manera activa y a la vez **respetuosa**: no se debe poner en duda o corregir sus palabras, puesto que escuchar de manera dubitativa constituye una nueva agresión. La persona debe comprender que el personal no la está juzgando, no inculpa sus declaraciones y respeta sus decisiones.

### La empatía

La empatía es la clave para escuchar de manera atenta y respetuosa. “Es una forma de comprensión que se define como la capacidad de percibir y comprender los sentimientos de otra persona. A diferencia de la simpatía o la antipatía, la empatía es un proceso en el cual el que la practica intenta abstraerse de su propio universo de referencia [...] para centrarse en la manera en que la otra persona percibe la realidad<sup>87</sup>.” La empatía desarrolla una proximidad con la otra persona aunque no se sienta identificado con ella. El personal se mantiene en su lugar sin confundirse nunca con la persona a la que atiende. Esta actitud permite comprender las ideas de esta aunque no las comparta, captar el sentido de su comportamiento y sus prácticas sin justificarlas.

### La confidencialidad

Es necesario crear un ambiente que permita a la persona sentirse bastante cómoda y en confianza para atreverse a hablar. Con el fin de satisfacer esta exigencia, cualquier entrevista debería comenzar con un encuentro a solas con la persona para poder determinar si ella desea realmente que la ayuden y por quién. Si la estructura de atención adopta este trámite, es preferible que se anuncie este protocolo para que todos comprendan que se trata de un procedimiento estándar y nadie se sienta personalmente aludido, durante esta primera etapa, por rechazar acoger a una víctima. En ciertos contextos, a veces es imposible que una persona (y a menudo una mujer) pueda acudir a una consulta sin ir acompañada de un miembro de su familia, lo que atenta contra la confidencialidad de las entrevistas. Se deben tener en cuenta esas obligaciones sociales y culturales.

En general, y durante toda la entrevista, es necesario evitar que entren y salgan personas sin cesar. Algunos pacientes prefieren cerrar la puerta de la sala para mayor discreción. Otros, por el contrario, desean dejar la puerta abierta, sobretodo si el miembro del personal es de diferente sexo. Debemos saber escuchar a la persona y respetarla en la medida de lo posible.

Por último, el principio de confidencialidad se ve limitado por la presencia de un intérprete cuando el paciente y el personal no hablan el mismo idioma. Un documento firmado por el intérprete junto con su contrato de trabajo deberá garantizar su confidencialidad.

87. Tourette-Turgis Catherine, “Las bases de la consejería”, <http://www.counselingvih.org/es/definition/empathie.php>

## ESCUCHAR

### Lo que es alentador

- ponerse de pie para recibir a la persona
- presentarse de manera profesional
- mirar de manera apropiada (mirada condescendiente, cantidad de miradas...)
- mantener una distancia física apropiada
- ser paciente, tolerante
- mostrar interés, escuchar atentamente
- alentar asintiendo con la cabeza, sonriendo o con otros gestos
- fomentar el relato (“¿Y luego?”, “¿Y entonces?”, “Hmm... hmm”, etc.)
- no interrumpir
- hacer preguntas para aclarar un asunto, pedir detalles
- repetir las palabras de la persona
- dar buenos consejos (concretos y específicos)
- no juzgar o criticar
- dar pruebas de que se puede confiar en nosotros

### Lo que es desalentador

- mirar fijamente con una mirada “dura”, insistente, investigadora
- ser antipático, agresivo
- escuchar distraídamente o no hacer preguntas
- mostrar indiferencia
- interrumpir
- criticar y juzgar
- culpabilizar a la víctima de maltratos
- dudar de las intenciones de la víctima de maltratos
- utilizar palabras demasiado familiares
- utilizar un lenguaje demasiado técnico
- adoptar una postura de superioridad
- argumentar, intentar convencer

- llevarse los problemas consigo
- seguir la mirada o los gestos del interlocutor en vez de estar atento a sus declaraciones
- bromear o reír de manera inoportuna
- mantener demasiada o muy poca distancia
- olvidar lo que la persona ha dicho anteriormente
- estar demasiado “estimulado” por lo que dice la persona (estar demasiado entusiasmado o afectado)

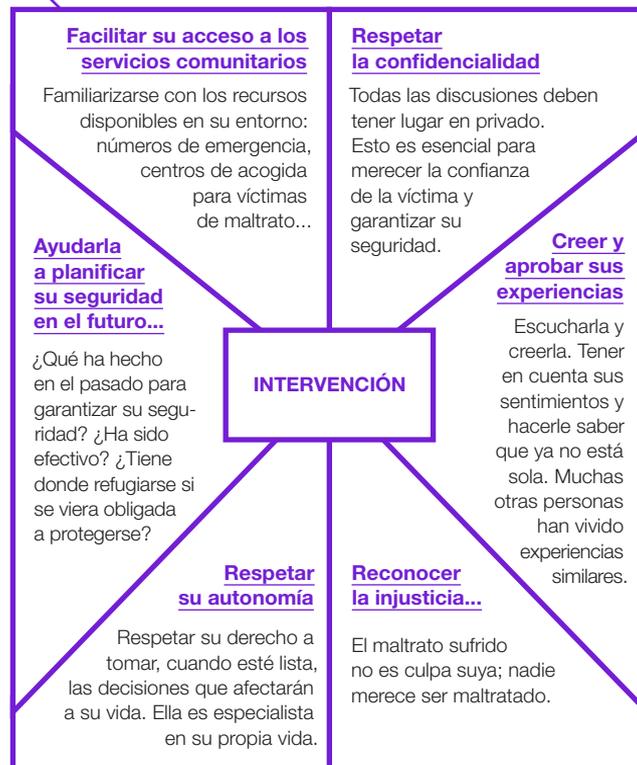
## EL PRIMER CONTACTO: CONSEJOS PARA EL PERSONAL

- instalarse en un lugar tranquilo, que garantice la confidencialidad
- evitar las distracciones
- personal y víctima a solas
- en la medida de lo posible, un miembro del personal del mismo sexo
- presentarse (cargo, institución), explicar el objetivo de la entrevista
- pedir a la víctima que se presente
- sentarse en frente, mirarle, mostrar toda su atención (escuchar)
- asegurar su discreción (confidencialidad)
- preguntar a la persona lo que podría hacer para que se sienta cómoda (abrir o cerrar la puerta del local, contactar con alguien del entorno, etc.)
- reconocer que los maltratos son comunes (no poner en duda la palabra de las víctimas)
- ayudarle a expresarse, respetar sus silencios
- mostrarse paciente. Puede que sea la primera vez que cuente los hechos. Tener en cuenta su angustia y la confusión que esto puede acarrear
- asegurarle la legitimidad de su conducta (pedir ayuda)

- en caso de necesidad/peligro es un paso crucial)
- escuchar con consideración y respeto
- aceptar lo que dice la persona (no siempre es fácil)
- tener en cuenta su evaluación de los hechos y no la suya (ej: no considerar como menores ciertas formas de agresión sexual)
- permitirle que exprese sus emociones pero ayudándole a controlarlas
- ayudarle a definir y formular sus prioridades
- recordar la ley (defensa, protección, condena) y nombrar de manera explícita los tipos de maltratos ejercidos
- devolver al agresor la responsabilidad de sus actos: la víctima no es responsable del maltrato ejercido en su contra
- informar sobre las ayudas y los recursos existentes (estructuras de escucha, acogida, alojamiento, servicios hospitalarios de urgencia, servicios médicos, judiciales, sociales, policiales, etc.), sobre los trámites que se deben seguir y sobre el papel de cada miembro del personal (psicólogo, asistente social, médico, policía, juez, etc.)
- proporcionar la información no es suficiente (considerar el interés, la posibilidad, el momento oportuno)
- ayudar a la víctima a emprender los trámites y derivarla a otras estructuras de atención. Si fuera necesario, asegurarse de que vaya acompañada a estos lugares para que no se la estigmatice (ej.: presentación de una demanda)
- en las situaciones de violencia conyugal, ayudar a señalar el ciclo del maltrato
- respetar los escenarios de protección utilizados por la persona agredida
- terminar la entrevista con una perspectiva de futuro
- alentar a la víctima a retomar el contacto con usted

**MdM** – taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia. América Latina-Caribe, 18-21 de noviembre de 2008. Documento realizado por Josse Evelyne, psicóloga clínica.

**LO QUE SE DEBE HACER**



Adaptado y traducido de "Ending Violence Against Women", *Population Report, Population Information Program* and The "Medical Power & Control Wheel", desarrollado por el **Wisconsin Domestic Violence Project**.

LO QUE NO SE DEBE HACER



3. Las medidas de protección provisionales

Durante la primera entrevista, se debe abordar la cuestión de la protección. La eficacia de la atención global así como la calidad de la relación entre el personal y la persona víctima de maltratos dependen de que esta última esté y se sienta segura. Esta protección debe hacerse efectiva durante la acogida, especialmente mediante el respeto del principio de confidencialidad. El personal tiene también un deber de protección más general, actuando según la gravedad de los maltratos sufridos y de su posible repetición.

Respetar el principio de confidencialidad durante la acogida contribuye a proteger a las víctimas de posibles nuevos maltratos que pudieran suceder una vez que se informe a otras personas (el agresor, la familia, etc.) sobre el seguimiento que se está llevando a cabo. La difusión de la información puede provenir particularmente de una indiscreción por parte del personal. El respeto del secreto profesional es fundamental y sólo se podrá compartir con otras personas implicadas directamente en el seguimiento, la información necesaria y pertinente<sup>88</sup>.

Dependiendo de las circunstancias, el riesgo de que los maltratos se repitan puede ser mayor o menor. **En lo que respecta a la violencia intrafamiliar, se deben tener en cuenta ciertos factores de gravedad<sup>89</sup>, con frecuencia evocadores de crisis, como signos de una posible repetición del maltrato:**

→ elevada frecuencia de actos violentos, aumento de su frecuencia y/o intensidad;

<sup>88</sup>. Para obtener más información, véase página 157 la parte relativa a los principios de ética médica.

<sup>89</sup>. **Josse Evelynne**, "Violences conjugales, quelques repères", documento de formación para profesionales argelinos a cargo de mujeres víctimas de violencia conyugal, octubre de 2007.

- situación conocida por las fuerzas del orden/la justicia/ los servicios de ayuda;
- arma en el domicilio;
- abuso de alcohol/de drogas;
- amenazas de muerte, amenazas con un arma (de fuego, blanca) o un objeto;
- deterioro material importante (muebles, paredes, incendio, etc.);
- indiferencia frente al sufrimiento de otro;
- violencia contra otros miembros de la familia (por ejemplo, niños);
- violencia fuera del contexto conyugal (en la calle, con los vecinos, en el trabajo, etc.);
- escenario o rituales preparatorios de la agresión;
- antecedentes psiquiátricos;
- riesgo de suicidio de la víctima;
- automutilaciones de la víctima (agresividad contra sí mismo);
- agresividad, incluso agresión, por parte de la pareja delante de sus hijos.

Es necesario evaluar el nivel de gravedad de la situación de violencia para determinar si es necesario aumentar las medidas de protección urgentes o si debemos comunicarlo a las autoridades públicas. Frente a un riesgo elevado, se pueden elaborar diferentes estrategias **en colaboración con la víctima**.

### **La elaboración de un plan de seguridad**

Hablar de los maltratos que se han sufrido no es fácil. Abandonar un ambiente violento lo es aún menos. **En los contextos de violencia recurrente y de intensidad a menudo creciente, como en el caso de la violencia intrafamiliar<sup>90</sup>, se pueden anticipar ciertas medidas de protección dentro de un plan de seguridad:**

**90.** Para obtener más información, véase página 102 la parte relativa al ciclo de la violencia.

- hacer un “bolso de emergencia” (una pequeña suma de dinero, documentación de identidad, ropa, etc.);
- hacer una lista de contactos de allegados o personas de confianza;
- hacer una lista de los datos de asociaciones de ayuda a las víctimas de maltratos;
- hacer una lista de estructuras de alojamiento provisional disponibles.

Los niños con la edad suficiente como para comprender la situación deben estar informados de estas medidas para que sepan la conducta a seguir si fuera necesario.

Ciertas estrategias nacionales de lucha contra la violencia de género permiten la implementación de dispositivos que facilitan la aplicación de planes individuales de seguridad para las víctimas de maltrato.

“En Francia, **el Ministro de Justicia anunció en 2009 la puesta en marcha de varias medidas destinadas a proteger a las cónyuges víctimas de maltrato:**

- teléfonos móviles de emergencia para alertar a la policía
- ofrecer también a las parejas de hecho y a las personas que viven juntas la posibilidad de alejar a los agresores del domicilio
- creación de una orden de alejamiento temporal para prohibir al agresor ponerse en contacto con su víctima o estar cerca de ella y, finalmente
- estudio de la posibilidad conceder ayudas financieras de emergencia para ayudar a las víctimas a satisfacer sus necesidades.”

**AFP** (Agencia Francesa de Prensa), 28 de octubre de 2009.

## El alojamiento temporal para las víctimas de violencia

Entre las medidas provisionales de protección, la del alojamiento temporal se suele aplicar en los casos extremos, cuando es imperativo alejar a la víctima del agresor. Cabe señalar que actualmente se están desarrollando iniciativas para proponer alojamiento temporal a los agresores en lugar de a las víctimas. Esta medida alternativa subraya que la responsabilidad de la situación recae en el agresor, en él y sólo en él; por ello, la víctima no debería verse obligada a abandonar su domicilio e irse a un lugar desconocido y ver sus costumbres trastornadas, al igual que las de sus hijos, en caso de violencia conyugal.

En Alemania, desde la adopción de la ley federal de diciembre de 2001 sobre la mejora de la protección ofrecida por los tribunales civiles a las víctimas de maltrato, las fuerzas del orden pueden, en caso de peligro constatado o inminente, obligar a los autores de violencia conyugal a abandonar el domicilio familiar y prohibirle volver durante varios días.

## ELEMENTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN LA CREACIÓN O APOYO A LOS CENTROS DE ACOGIDA TEMPORAL PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

### 1. La percepción de las víctimas de maltrato y de la sociedad en general sobre los centros de acogida temporal

Los centros de acogida temporal se perciben como lugares de protección. No obstante, también pueden estar considerados

por la población y por las víctimas de maltrato como lugares de encarcelamiento, estigmatización o violentos. Algunas mujeres temen por tanto que su estancia en tales centros de como resultado su exclusión de la comunidad. Con frecuencia se teme el momento de salida del centro. Además, muchas mujeres temen pasar demasiado tiempo allí ya que se verían obligadas a interrumpir sus actividades (pérdida de empleo/fuente de ingresos).

### 2. Los criterios de selección de las mujeres víctimas de maltrato que pueden ser acogidas en los centros de acogida temporal – ejemplos

- la existencia de un peligro inmediato que amenace la vida de la persona o de sus hijos. Este peligro puede estar representado por el agresor, la familia, el entorno social o la propia mujer (intentos de suicidio);
- la imposibilidad de que la persona se aloje con sus familiares (o entorno social);
- la ausencia de recursos económicos propios;
- el alejamiento geográfico de la víctima de maltrato del lugar de la atención (poblaciones aisladas).

### 3. La preparación para la salida del centro de acogida temporal

- crear medidas que permitan garantizar la seguridad de la persona;
- realizar, en los centros de acogida, cursos de formación profesional que ayuden a las mujeres víctimas de maltrato a encontrar un empleo y una independencia económica cuando salgan;
- ayudar en la reinserción de la víctima en su hogar/su vida familiar;
- coordinarse con diferentes instituciones para facilitar el transporte de la víctima (viaje de regreso a su hogar);

- asegurarse de que el centro de acogida está integrado/ vinculado a una red de trabajadores pluridisciplinar que permita asegurar el seguimiento de la residente una vez que abandone el centro.

Se debe pensar de antemano en la desconexión que existe entre la vida de la residente en el interior del centro de acogida (asistencia sanitaria, apoyo psicológico, alimentación equilibrada, etc.) y su vida al regresar a su comunidad. El riesgo de volver a vivir las mismas experiencias de maltrato a la salida del centro es en efecto un problema frecuente.

#### **4. La acogida de los hijos en los centros de acogida temporal destinados a las mujeres víctimas de maltrato**

Las mujeres acogidas en estos centros a menudo suelen estar acompañadas de sus hijos.

##### **Esto implica:**

- tener en cuenta esta realidad en la concepción inicial del proyecto;
- crear un espacio específico para los niños;
- proporcionar alimentos y material adaptado;
- formar al personal de los centros para atender a los niños;
- llevar a cabo un apoyo psicológico especializado;
- trabajar en colaboración con el ministerio de educación para garantizar su escolarización.

##### **Esto genera las siguientes cuestiones:**

- la definición de la categoría “niños pequeños” (¿7/12 años máx.);
- la responsabilidad jurídica de los menores no acompañados;
- el acceso a la educación: ¿Cómo evitar una ruptura de la escolarización?

#### **5. La violencia en los centros de acogida temporal**

##### **Malos tratos por parte del personal:**

- Negligencia
  - alimentación insuficiente;
  - superpoblación/espacio vital insuficiente.
- Violencia psicológica y verbal
  - intimidación, insultos, infantilización, deshumanización;
  - quebranto de la intimidad.
- Falta de preparación y apoyo a la salida

##### **Violencia entre residentes:**

- maltrato físico;
- maltrato psicológico y verbal;
- violencia interétnica.

##### **Análisis y soluciones propuestas:**

- Muchos problemas están relacionados con la capacidad de acogida del centro (espacio físico y competencias del personal). Se trata entonces de crear:
- sesiones de sensibilización para el personal del centro;
  - sesiones de formación del personal, acompañadas regularmente de sesiones de apoyo;
  - lugares adaptados;
  - suficientes medios económicos;
  - un reglamento interno para el personal;
  - un seguimiento por parte de los organismos públicos (inspecciones);
  - un reglamento interno para las residentes (normas de convivencia);
  - un apoyo psicológico y social para los residentes;
  - actividades psicosociales y lúdicas;
  - espacios destinados a los hijos.

**MdM** – Taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia. América Latina-Caribe, 18-21 de noviembre de 2008.

# 3B

## IDENTIFICACIÓN/ RECONOCIMIENTO

### 1 / EL PAPEL CLAVE DE LA IDENTIFICACIÓN

Tanto en Francia como en el extranjero, la gran mayoría de los profesionales sanitarios no informa de los maltratos sufridos por sus pacientes y raramente los integra en su diagnóstico<sup>91</sup>.

La identificación de las víctimas de violencia a menudo resulta problemática puesto que sigue siendo un tema tabú, en particular si tienen lugar en el círculo familiar o si son de naturaleza sexual. Las víctimas no tienen por qué expresar sus necesidades verbalmente: a menudo el sufrimiento se manifiesta indirectamente por signos físicos, psicológicos y/o comportamentales. **El personal sanitario debe saber detectar los signos que hacen sospechar de la existencia de actos de violencia y mantener una actitud proactiva.**

<sup>91</sup>. Esta observación concierne al conjunto de personas que puedan intervenir en la atención de una víctima de maltrato.

La creación de mecanismos para mejorar la identificación de las víctimas de maltrato debe ir acompañada de dispositivos para atenderlas (ya sea directamente o a través de colaboradores).

Los términos “identificación” y “reconocimiento” a veces pueden utilizarse indistintamente. En el marco de la violencia de género, la identificación significa **reconocer** a la persona, no solamente como paciente o usuario de los servicios, sino también como **víctima de un acto que vulnera sus derechos fundamentales**.

### 2 / LA IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES

Los signos de violencia advertidos, tanto si son **físicos, psicológicos o comportamentales**, deben constituir para los profesionales señales de alerta perceptibles tanto en las víctimas como en los autores del maltrato.

#### 1. En las víctimas del maltrato

##### RECONOCER LOS SIGNOS DE SOSPECHA DE VIOLENCIA

#### 1. Los indicios en la salud/signos físicos

Indicios tremendamente sospechosos

→ localización y naturaleza de las heridas: heridas (contusiones,

quemaduras, hematomas, arañazos, laceraciones, alopecia, fracturas, luxaciones, lesiones internas (viscerales y torácicas), sordera (tortura blanca);

- diversas lesiones antiguas;
- heridas que no corresponden a la explicación proporcionada;
- negarse a revelar la causa de las lesiones / infecciones de transmisión sexual (ITS);
- lesiones traumáticas no mencionadas (descubrimiento inesperado);
- explicaciones vagas, confusas y cambiantes de la etiología de los síntomas;
- repetidas consultas por los mismos motivos;
- lesiones supuestamente accidentales o intencionadas (automutilación);
- consulta tardía a pesar de la gravedad de las lesiones u hospitalización urgente (complicación infecciosa, quirúrgica y hemorrágica por lesiones que se podrían haber tratado con anterioridad);
- menores con ITS.

#### **Indicios no específicos**

- trastornos, quejas o lesiones genitourinarias recurrentes: dolores pélvicos, disuria, infecciones, dispareunia, problemas de libido, etc.;
- petición de la prueba del VIH (es particularmente sospechoso si la persona está casada o reside en una región con un índice bajo de contagios);
- problemas somáticos crónicos sin origen físico: cefaleas, dolores crónicos (anales, abdominales, dorsales), dificultades respiratorias, fiebre, fatiga, etc.;
- consultas repetidas con varios miembros del personal por traumatismos físicos/problemas ginecológicos;
- embarazo no aceptado, negado, anunciado de manera tardía; padre ausente o de identidad secreta; petición

de interrupción voluntaria del embarazo (sobretudo en presencia de un miembro de la familia); complicaciones tras una IVE, interrupción voluntaria del embarazo, (hemorragias, infecciones); hemorragia antes del parto; ruptura uterina; desprendimiento placentario; aborto espontáneo;

→ impotencia sexual.

#### **2. Los indicios psicosociales**

##### **Humor y comportamiento**

Estado de shock, desorientación, confusión, funcionamiento ralentizado, problemas de ansiedad (fobia, ataques de pánico, evasión, etc.) y depresivos (tristeza, automutilaciones, tendencia suicida), sobresaltos, trastornos del sueño, pérdida de apetito, trastornos de memoria y concentración, mutismo, abuso de sustancias psicotrópicas, particular preocupación por la higiene, aislamiento, etc.

##### **Discurso**

Declaraciones en las que se autodesvaloriza o autocondena (autoestima deteriorada) y/o aislamiento, ideas expiatorias, rituales suplicantes, deseo de abandonar todo.

##### **Actitud con el personal sanitario**

- molestia, vergüenza, reparo, inquietud, movimientos de protección;
- cónyuge demasiado presente, demasiado atento, respondiendo en lugar de su esposa.

**MdM** – Taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia. América Latina-Caribe, 18-21 de noviembre de 2008. Documento realizado por **Josse Evelyne**, psicóloga clínica.

El personal debe saber percatarse de estos signos diversos, interpretarlos en su conjunto y tener en cuenta su acumulación:

cuanto más numerosos son, más probable es el diagnóstico de maltrato y potencialmente más grave y crónico.

La sensibilización/formación del personal es crucial para que tengan las competencias necesarias para detectar estos signos e identificar así a las víctimas de maltrato.

### **Le falta de formación del personal para poder identificar puede desembocar en situaciones graves.**

Este fue el caso de una mujer que acudió a consulta siete veces en un centro de acogida, sanitario y de orientación de Médicos del Mundo Francia. La trataron cinco médicos diferentes por múltiples quejas: hipertensión arterial detectándose también una hepatitis C, palpitaciones, dorsalgia y amenorrea, posteriormente vértigo, náuseas, cefaleas y problemas urinarios en varias ocasiones. Un año y medio después de la primera consulta, la paciente fue hospitalizada en la unidad de reanimación por ruptura del bazo, causada por los golpes de su pareja. Ninguno de los médicos que la trató consideró el maltrato como una posible causa de estas quejas psicósomáticas, se centraron únicamente en el tratamiento de su hepatitis e hipertensión.

Testimonio recogido en el marco de la misión Banlieue – Mdm Francia.

### **Frente a un signo sospechoso de violencia, se pueden formular algunas preguntas para abordar el tema de posibles maltratos sufridos por la paciente:**

"Las mujeres que presentan heridas como la suya me dicen con frecuencia que les han pegado. ¿Le ha ocurrido a usted también?"

"Lo que veo me hace pensar que alguien se ha comportado mal con usted, que alguien le ha hecho sufrir. "

Josse Evelynne, "Déceler les violences sexuelles faites aux femmes", 2007.

## **2. En los autores de violencia**

Existen ciertos comportamientos que pueden hacer sospechar que una persona ha podido o puede cometer actos de violencia. El personal debe estar atento al comportamiento de las personas que acompañan a los usuarios de los servicios. Si se comparan estos signos con los que acabamos de ver en el punto anterior, se podrá identificar una situación de maltrato.

### **Entre los signos que hacen presagiar actos de violencia conyugal, podemos citar<sup>92</sup>:**

- él/ella responde en lugar de su acompañante;
- él/ella insiste en estar siempre presente;
- si él/ella no puede estar presente, llama varias veces durante la entrevista;
- él/ella critica los actos de su acompañante y utiliza frases que la desacreditan;
- él/ella muestra gestos de desprecio;
- él/ella le dicta su conducta o sugiere la del médico;
- él/ella le controla mediante expresiones con la cara o actitudes intimidatorias;
- él/ella muestra celos irracionales;
- él/ella minimiza o niega los problemas de salud de su acompañante, así como la gravedad de sus heridas;
- él/ella expresa ideas muy convencionales sobre el papel del hombre y la mujer;
- él/ella puede ser enormemente atento/a y excesivamente considerado/a en público, muy amable con el personal sanitario.

La identificación sigue siendo una etapa difícil en la atención de las víctimas de maltrato porque afecta a aspectos personales,

**92. Dr D'Hauwe Philippe**, "Le médecin généraliste face à la violence conjugale", *La Revue de la médecine générale*, n°237, noviembre de 2006.

tanto para el personal sanitario<sup>93</sup> como para las víctimas/ autores. La estigmatización, que a menudo viven las víctimas de maltrato (y especialmente de maltrato sexual) en la comunidad, explica igualmente su reticencia a revelar las agresiones sufridas. No obstante, se pueden buscar algunas pistas que faciliten el reconocimiento de situaciones de violencia.

### 3 / PISTAS QUE FACILITAN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Se pueden proyectar algunas iniciativas para mejorar la identificación de las víctimas de maltratos:

- **Mostrar que estamos dispuestos a acoger a las víctimas de maltrato** puede ser un medio eficaz para animarlas a dirigirse al personal. Llevar distintivos y poner carteles en las salas de espera o en lugares específicos son ejemplos de iniciativas que ya se han realizado.
- Se pueden realizar igualmente **pruebas de detección sistemática** para ayudar al personal a detectar los casos de maltrato.
- Por último, **utilizar los recursos comunitarios** permite mejorar la identificación de las personas víctimas de maltrato y facilitar su acceso a los servicios de atención.

**Se debe tener en cuenta el contexto de intervención para comprobar la viabilidad y la pertinencia de estas iniciativas y adaptar su implementación.**

93. Para obtener más información, véase página 289 la parte relativa a "Los obstáculos de la atención".

### 1. La prueba de detección sistemática

Las pruebas de detección constituyen un método de identificación de las víctimas de maltrato con frecuencia aplicado en el sector sanitario. Consiste en hacer preguntas sobre maltratos **de forma sistemática y a todos los pacientes**, sea cual sea el motivo de su consulta con el fin de saber si ha enfrentado a este tipo de actos.

El personal sanitario debe tomarse un tiempo para explicar las razones por las que va a hacer estas delicadas preguntas y la manera en la que va a proceder: "Voy a plantearle algunas preguntas que le hacemos a todos los pacientes". Esta prueba se diferencia del simple hecho de preguntar a una persona en que el personal ha detectado anteriormente signos sospechosos de violencia; las preguntas no serán las mismas<sup>94</sup>.

Este método puede ser beneficioso tanto para las víctimas de maltrato como para el personal sanitario. Estos últimos se sienten tranquilos al utilizar preguntas predefinidas en un "protocolo", por lo que se sentirán más cómodos al abordar este delicado tema. Además, algunas preguntas sencillas pueden ser suficientes para ayudar a que una persona que ha sufrido maltratos se sienta en confianza.

Se recomienda establecer un protocolo para realizar la prueba de detección teniendo en cuenta los matices lingüísticos y los determinantes socioculturales del contexto de intervención. Antes de fijar el interrogatorio para todos los usuarios de los servicios, el personal puede probarlo con algunos para comprobar su eficacia. Para emplear esta técnica de identificación el personal debe estar formado y sensibilizado con toda la estructura de atención.

94. Para obtener ejemplos de preguntas que se pueden hacer en caso de detectar signos de maltrato, véase el recuadro de la página 148;

**Un estudio ha demostrado que son suficientes veinte segundos para hacer tres preguntas que permitan identificar de forma más eficaz a las víctimas de violencia conyugal:**

- “¿Le han golpeado/a, le han pegado patadas o puñetazos o ha sufrido algún otro tipo de heridas durante el año pasado?”
- “¿Se siente usted seguro/a en su relación actual?”
- “¿Se siente usted en peligro ahora por una pareja de una antigua relación?”

Feldhaus K. et al., “Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department”, *Journal of the American Association*, 1997.

**También se pueden hacer otras preguntas:**

- “Antes de hablar de los métodos anticonceptivos sería bueno que me hablara un poco más de los encuentros sexuales con su pareja.”
- “Dado que el maltrato sexual es un fenómeno muy extendido, estoy interrogando a todas las mujeres que veo. ¿Ha sufrido usted también este tipo de violencia?”
- “Dado que el maltrato es un fenómeno que a menudo sufren las mujeres, hemos empezado a hacer preguntas relacionadas con este asunto a todas las clientas.”
- “Muchas de mis clientas sufren tensiones en su hogar. Algunas tienen demasiado miedo o se sienten demasiado incómodas para abordar espontáneamente este problema por lo que ahora pregunto de manera rutinaria. ¿Es un problema que le afecte?”

Josse Evelynne, “Violences conjugales, quelques repères”, documento de formación para profesionales argelinos a cargo de mujeres víctimas de violencia conyugal, octubre de 2007.

El interrogatorio puede contribuir a una **identificación precoz y más eficaz** del maltrato y favorecer que las víctimas tomen conciencia de su situación más rápidamente.

La utilización de un método como éste podría evitar el aumento o la repetición de los incidentes, así como reducir la morbilidad y la mortalidad ligadas con la violencia de género.

## **2. Los recursos comunitarios**

El enfoque comunitario es “una estrategia de intervención que hace uso del potencial de los individuos, de las redes sociales, de los grupos comunitarios y de los recursos de las propias víctimas para hacer frente a sus problemas sociales y sanitarios; se trata de una estrategia de intervención que intenta proporcional el poder, los medios y el apoyo para que este potencial se vea realizado<sup>95</sup>.”

**Desarrollar un enfoque comunitario de las acciones de prevención y respuesta a la violencia de género favorece:**

- la inmersión de los programas en la población;
- la proximidad con el personal de la comunidad;
- la participación social (formación e información de la población);
- la implicación de los ayudantes naturales (integrados en la comunidad, que han sido nombrados siguiendo los programas: trabajadores con experiencia, mediadores sanitarios, ayudantes que también han sido objeto de violencia de género, o consejeros psicosociales);
- la comunicación en el(los) idioma(s) de la comunidad<sup>96</sup>.

Este enfoque facilita especialmente la identificación de las personas víctimas de maltrato y su acceso a los servicios de

95. Bourque Denis, *L'approche communautaire – recueil de textes*, Valleyfield, 1987.

96. Laval Christian, sociólogo, “Approche communautaire dans le cadre d'un programme de lutte contre les violences liées au genre: définition, avantages, risques”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

atención mediante la utilización de **recursos comunitarios**. Por su posición privilegiada, estas personas son **más accesibles y conocen mejor la comunidad**. Estas deben por lo tanto estar sensibilizadas con la problemática de la violencia de género y estar informadas de los servicios de atención existentes para poder derivar a las víctimas y a los agresores que identifiquen.

No obstante es necesario preguntarse siempre por la pertinencia de recurrir a esto y sobre la elección de dichas personas; algunas pueden ser víctimas o agresores, otras pueden haber perdido su posición social privilegiada.

**En todo caso, conviene asegurarse de que el programa y los recursos comunitarios comparten las mismas definiciones y representaciones de la violencia de género** (considerando la “normalidad”/banalización de algunas formas de maltrato).

**En Liberia**, el programa de Médicos del Mundo Francia se apoya en algunas mujeres que ocupan un lugar tradicional privilegiado en las comunidades.

Hoy en día, algunas reconocen que su posición social está en declive y que su papel como consejeras de las nuevas generaciones no es tan eficaz como antes.

Además, algunas de estas “mujeres tradicionales” han vivido de cerca actos de violencia de género perpetrados en sus comunidades. Ellas dan fácilmente la espalda a la violencia conyugal ya que representan el papel de mujer en sus hogares. Muchas también se ven implicadas en prácticas tradicionales perjudiciales para las chicas (mutilación genital).

Informe de evaluación de la Unidad de Análisis,  
Apoyo e Incidencia Política – proyecto Liberia, marzo de 2010.

# 3 C

## ATENCIÓN MÉDICA

➤ La atención médica es una de las principales vías de identificación y de atención de las víctimas de violencia de género. Esta atención se basa en principios éticos y en la sucesión de etapas esenciales (entrevista, análisis clínicos y paraclínicos, tratamiento...) que guían a los profesionales y garantizan la calidad de la atención sanitaria.

### 1 / LA ATENCIÓN MÉDICA: UNA PUERTA DE ENTRADA PRIVILEGIADA

Los maltratos físicos y sexuales son las formas de violencia de género más frecuentes por lo que el ámbito sanitario suele ser la puerta de entrada privilegiada de las personas víctimas de este tipo de maltratos.

**El 80% acude en primer lugar a una estructura sanitaria<sup>97</sup> antes** que a cualquier otro servicio de atención. Por lo que el personal sanitario suele ser el primer contacto profesional para las víctimas.

**La capacidad de identificar a las víctimas de maltratos así como la calidad de la acogida y la asistencia sanitaria prestada son pues primordiales para garantizar que reciban una atención global.**

“La institución sanitaria debería ser la puerta de entrada desde la que se pueda acceder a una red diversificada de ayuda y donde todo el personal se centre en la rehabilitación de la víctima [...] por ello es importante que todo el personal sanitario [sea consciente] de su papel para poner en práctica el enfoque pluridisciplinar, no sólo como proveedor de atención sanitaria, sino también para derivar a las víctimas a los otros sectores implicados”.

“Prise en charge et accompagnement des victimes de violences sexuelles”,  
Guía de formación, Concertation nationale contre les violences  
faites aux femmes, Haïti, marzo de 2005.

Sin embargo, la atención sanitaria es sólo una de las puertas de entrada. Su importancia en el proceso de atención pluridisciplinar varía según la naturaleza de los maltratos, el contexto y la situación de la persona.

**Cuando una víctima de violencia se dirige a una estructura sanitaria, lo puede hacer por tres motivos<sup>98</sup>:**

→ para solicitar asistencia sanitaria por diversas dolencias, sin declarar la causa exacta. El personal sanitario debería ser capaz de determinar si los síntomas han sido ocasionados

**97. Human Rights Watch** citado en “Sexual and gender-based violence”, taller Médicos sin Fronteras, 2005.

**98. Dr Beauséjour Phénide** (MdM Haïti), “Una respuesta para mejorar el acompañamiento a las víctimas de maltrato”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Managua (Nicaragua), MdM, noviembre de 2008.

por actos de violencia e identificar así a las personas que necesiten una atención específica;

→ para probar actos de maltrato y recibir asistencia sanitaria, la víctima se presenta de forma espontánea, sin trámite judicial previo;

→ después de presentar una denuncia. En este caso, se “recluta” al personal sanitario para prestar asistencia sanitaria adecuada.

## 2 / LOS PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA<sup>99</sup>

“La ética no es un juicio de valor (como la moral que prescribe), ni un código de buenas prácticas (como la deontología), sino un código de conducta a seguir. Procede de una reflexión activa, colectiva, interactiva, sobre los valores humanos que se deben preservar y sobre las tensiones entre la noción de persona (y su protección) y otras lógicas. Estudia la jerarquía de valores y los criterios de elección, particularmente en el ámbito sanitario<sup>100</sup>.”

Los grandes principios de ética médica son principios internacionales válidos en todo momento (conflictos/paz) y en todo lugar. **Sirven de referencia para los profesionales de la salud.** No respetarlos constituye una falta profesional. Este tipo de faltas puede comprometer la responsabilidad civil y/o penal del profesional, pero sólo cuando el principio de ética que no se ha respetado está recogido por ley. **Son las legislaciones nacionales las que fijan las obligaciones jurídicas de**

**99. Dromer Carole, Desmarest Anne, Delorme Adrien,**  
*La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles*  
(Estado de salud e historia personal), MdM Francia, 2010.

**100. Pr Bernard Jean,** primer presidente del Comité consultatif national français d'Éthique, 1985.

las personas. De manera general, los principios éticos constituyen por sí mismos una garantía de respeto de los derechos humanos.

#### IMPORTANTE

Los principios de ética médica se aplican en primer lugar a los médicos. Sin embargo son extrapolables a todo el personal que trabaja para proporcionar el bienestar y/o la rehabilitación de personas, incluidas las víctimas de maltratos.

Se pueden enumerar siete principios fundamentales de ética médica:

### 1. El respeto de la dignidad

El respeto a la persona, a su integridad física y moral y a su dignidad representa un valor esencial de los derechos humanos y un deber primordial para los profesionales sanitarios.

“Sean cuales sean las condiciones de trabajo y con total independencia técnica y moral, el médico deberá prestar una asistencia sanitaria de calidad con compasión y respeto por la dignidad humana<sup>101</sup>.”

### 2. La obligación de no discriminar

Se trata del deber de proporcionar asistencia sanitaria sin hacer distinción de raza, etnia, nación, sexo, religión o creencia, grupo social, opinión política, costumbres, situación familiar, reputación, minusvalía, riqueza ni estado de salud. El único criterio para establecer prioridades reside en la urgencia del caso.

<sup>101</sup>. Código Internacional de Ética Médica, Asociación Médica Mundial, octubre de 2006.

### 3. La obligación de no perjudicar

Se trata de no infligir sufrimientos inútiles tanto por acción como por omisión. “Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror” (juramento hipocrático).

### 4. El consentimiento libre e informado

Los usuarios deben comprender las etapas de la atención (entrevista, reconocimiento, tratamiento, examen médico-legal, etc.) y deben dar su consentimiento de manera libre e informada. Se considera que un consentimiento<sup>102</sup> es **libre** cuando se obtiene sin amenazas, coacción o incitación ilícita. Debe ser **informado**, es decir, debe ir precedido de una información fidedigna, comprensible y completa sobre lo que implica la atención que se va a llevar a cabo. No es suficiente con proporcionar la información: es sumamente importante asegurarse de que el paciente la ha comprendido correctamente.

El consentimiento libre e informado no significa que siempre deba formularse de manera explícita: para la atención médica y las pruebas corrientes sin riesgos importantes para el paciente, un consentimiento tácito o implícito, siempre que este último esté claro, puede ser suficiente.

**Ejemplo:** un paciente que se remanga la camisa y extiende el brazo para sacarse una muestra de sangre, este consiente de forma tácita, la única interpretación posible es que está aceptando.

<sup>102</sup>. “El ‘consentimiento’ es la autorización entregada voluntariamente por el paciente para tomar medidas, basadas en un completo entendimiento de lo que éstas implican y de sus probables consecuencias.” Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud, 2002.

No obstante, para algunas actuaciones médicas, las leyes nacionales pueden requerir un consentimiento **escrito**.

**Ejemplo:** En derecho francés, todo paciente que deba someterse a una colonoscopia debe dar su consentimiento previo por escrito (formulario de consentimiento).

El paciente debe saber también que puede **retirar su consentimiento** en todo momento.

### Casos particulares

En los contextos en los que la **libre elección del paciente se ve obstaculizada** por una relación de poder que le es desfavorable, o cuando éste tenga un bajo nivel de conocimiento, puede resultar delicado obtener un consentimiento libre e informado.

En el caso de que la familia o su entorno consideren que debería aceptar o rechazar la actuación médica, el personal sanitario debe asegurarse de que la elección de la persona refleje su consentimiento.

Los **menores** disponen también del derecho a recibir una información clara y fidedigna. Por esta razón, siempre se les debe pedir y escuchar su opinión teniendo en cuenta el grado de madurez y comprensión que tiene<sup>103</sup>. Pero sólo su consentimiento no es suficiente y se debe consultar a sus padres u otro representante legal (tutor) que tenga la patria potestad.

En algunas circunstancias (maltrato intrafamiliar, prostitución, maltrato sexual...) y cuando la violencia es cometida contra un menor, informar a sus padres/representantes legales podría ponerle en peligro.  
Es conveniente en este caso buscar una solución alternativa

y dirigirse a un adulto de confianza designado por el menor para acompañarle. **El personal sanitario debe guiarse siempre por el principal interés del niño.**

## 5. La confidencialidad

La confidencialidad está garantizada por el secreto médico. Este último no sólo incluye el estado de salud del paciente sino también todos los datos nominativos o los que permitan su identificación por cotejo. El carácter confidencial de esta información es esencial para mantener un vínculo de confianza entre el profesional sanitario y el paciente y para proteger sus derechos. Lo es aún más en los casos de maltratos.

El secreto médico se aplica en la recogida, circulación y archivo de datos. Únicamente se debe difundir información personal en el caso de que el secreto médico esté compartido entre los profesionales que intervienen en una misma red de atención. En este caso, no se puede compartir la información sin el consentimiento del paciente que “libera” al profesional sanitario de su obligación de confidencialidad.

### RECOMENDACIÓN

**Una atención pluridisciplinar implica la colaboración de diferentes profesionales que trabajan en red. En este caso es admisible compartir la información si se hace en el interés del paciente (secreto profesional compartido). Dado el principio ético de confidencialidad, el personal sólo debe compartir la información necesaria y pertinente.**

**103. Declaración de Ottawa**, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ottawa (Canadá), octubre de 1988, y modificada en Nueva Delhi (India), octubre de 2009.

Para garantizar el secreto médico, las instalaciones deben estar acondicionadas de forma que se asegure un mínimo de intimidad durante las consultas.

La cuestión de la confidencialidad surge igualmente cuando es necesario un/a intérprete. Un documento firmado por el intérprete junto con su contrato de trabajo deberá garantizar su adhesión al principio de confidencialidad<sup>104</sup>.

## 6. La obligación de proteger

Antes de que una persona abandone una estructura sanitaria, es importante, teniendo en cuenta las circunstancias del maltrato del que ha sido víctima, asegurarse de que ya no se encuentre en peligro inmediato.

Para el personal, proteger no significa denunciar sistemáticamente los actos de violencia que les han contado sino que deben contemplar distintas soluciones dependiendo de la situación específica de cada víctima con el fin de evitar la repetición de los actos (medidas temporales de protección física). Estas medidas sólo se adoptarán si la persona ha consentido plenamente.

La obligación de obtener el consentimiento del paciente puede no respetarse si es por su protección: en el caso de los **niños que sufren maltratos**, se suele recomendar que se de parte sistemáticamente. Al igual que en los casos de tortura u otros tratos inhumanos o degradantes contra las personas encarceladas.

<sup>104</sup>. Disponible un ejemplo de respeto de la confidencialidad en la "caja de herramientas" de la guía de **Dromer Carole, Desmarest Anne y Delorme Adrien**, *La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles (Estado de salud e historia personal)*, MdM Francia, 2010.

En el caso de **personas especialmente vulnerables** (personas con minusvalías, personas mayores dependientes, personas dominadas...), la obtención de un consentimiento plenamente libre e informado a veces puede resultar problemática: el personal debe evaluar a conciencia lo que será más beneficioso para la persona a la que atiende. La singularidad de cada situación debe primar sobre la sistematización de la denuncia.

## 7. La obligación de testificar por petición del paciente<sup>105</sup>

Si una persona desea que demos fe de sus heridas o su estado de salud, el médico debe redactarle un certificado médico. Este documento debe basarse en elementos objetivos constatados por el médico y no sólo sobre las afirmaciones del paciente.

El certificado médico es un derecho del paciente y una obligación para el médico. Si la persona no pide un certificado, el médico tiene el deber de ofrecérselo, insistiendo sus ventajas e importancia.

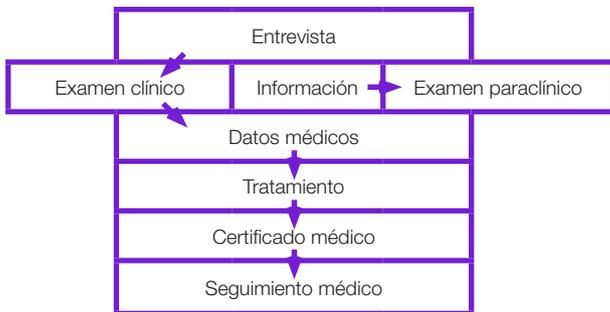
## 3 / LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La atención médica comprende diferentes etapas. Con el fin de garantizar la calidad de los servicios prestados, existen prerrogativas para cada una de ellas. Además de estas etapas médicas, el personal sanitario debe estar formado para identificar, acoger y orientar a los pacientes<sup>106</sup>.

<sup>105</sup>. Para más información, véase página 249, la parte relativa al certificado médico.

<sup>106</sup>. Para más información, véase páginas 127 y 144, la parte relativa a la acogida y la identificación.

El esquema ideal de atención médica se puede resumir de la siguiente manera:



## 1. Entrevista/anamnesis

La entrevista se debe llevar a cabo respetando los principios de escucha y empatía para con los pacientes<sup>107</sup>. Debe por tanto ser diferente de un interrogatorio para que la víctima de maltrato no tenga la sensación de estar siendo agredida nuevamente.

**Recordemos algunos de estos principios:**

- presentarse (función, cargo que ocupa) y presentar a todas las personas que se encuentren en la habitación (personal de enfermería, intérprete...);
- evitar que se les interrumpa durante la entrevista;
- estar sereno, facilitar un clima de confianza;
- si la entrevista tiene lugar en la sala de reconocimiento, cubrir los instrumentos médicos antes de ser utilizados.

**107.** Para más información, véase páginas 127 y 144 la parte relativa a la acogida y la identificación.

En el caso de la atención médica de un menor, puede resultar beneficioso utilizar un muñeco para ilustrar las pruebas que el personal sanitario realizará, pero también para permitir que el menor verbalice mejor lo que ha vivido y sentido.

**L'anamnesis incluye:**

- información general: datos personales y médicos.
- la descripción de los hechos.

**Descripción de los hechos**

El médico transmite la descripción de los hechos pero únicamente transcribe las declaraciones de la persona. En ningún caso revela su propia opinión.

**Datos médicos**

- antecedentes médicos, psiquiátricos, ginecológicos/obstétricos y quirúrgicos;
- tratamiento(s) en curso (incluyendo los anticonceptivos), enfermedades crónicas (especialmente estado de VIH y hepatitis B y C);
- signos funcionales (de qué se queja el paciente);
- estado de vacunación;
- alergia(s) ;
- consumo de drogas, alcohol, tabaco (se trata de información sensible que a veces es preferible abordar durante el control en vez de durante la primera consulta);
- en caso de violación: fecha de la última regla, posible retraso.

**108.** Ficha de anamnesis y examen médico (utilizada en los centros sanitarios apoyados por Médicos del Mundo Francia), creado por el Fnuap, Goma (RDC).

## Información general<sup>108</sup>

### Datos personales

Apellido(s) y nombre(s):	Nivel de estudios:
Sexo:                      Edad:	Ocupación actual:
Fecha de nacimiento:	Ocupación anterior:
Lugar de nacimiento:	
Dirección completa:	Nombre(s) y apellidos de los padres si es menor:
Si ha cambiado de domicilio, dirección actual:	
Estado civil:	Número de hijos:
Nombre(s) y apellido(s) del cónyuge:	

### INFORMATION QUE SE DEBE RECOPILAR

- fecha y hora de la agresión;
- lugar y circunstancias de la agresión<sup>109</sup>;
- naturaleza y descripción de los maltratos<sup>110</sup>;
- posible(s) arma(s) utilizada(s), uso de drogas<sup>111</sup>;
- información sobre el/los agresor(es): número, conocido(s) o desconocido(s) de la víctima;
- maltratos anteriores, trámite(s) judicial(es) anterior(es).

**109.** Ejemplos: agresión sexual en las letrinas a oscuras de un campo de refugiados/desplazados o durante la recogida de madera en el campo; maltrato en los centros de alojamiento.

**110.** En los casos de violación, precisar si ha habido penetración, felación, uso de objeto(s), uso de preservativo, etc.

**111.** ¿La persona ha consumido o ha sido forzada a consumir alcohol u otras drogas?

Si el contexto permite los trámites médico-legales, se puede obtener alguna información complementaria en caso de violación (aseo después del acto, relaciones sexuales después de la agresión, etc)<sup>112</sup>.

## 2. Examen clínico<sup>113</sup>

**Para que este responda a los principios de ética médica se han realizado algunas recomendaciones para el desarrollo del examen clínico:**

- toda persona tiene derecho a decidir si desea estar acompañada durante el reconocimiento y por quien. Algunas prefieren ser examinadas por una persona del mismo sexo. En la medida de lo posible, el personal sanitario debe respetar estas decisiones;
- comenzar siempre por observar al paciente antes de reconocerle; anotar el aspecto general así como su comportamiento;
- explicar todos sus gestos;
- no pedir nunca al paciente que se desnude o destape por completo: examinar primero la parte superior del cuerpo y después la parte inferior; proporcionarle una bata para que se pueda cubrir;
- proceder a un reconocimiento minucioso y sistemático: “de la cabeza a los pies” (terminando por la región génito-anal en los casos de violencia sexual) y aparato por aparato;
- buscar signos coherentes con el relato de la persona (mordeduras, puñetazos, signos de inmovilización...).

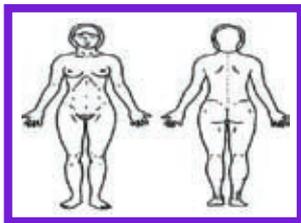
**112.** Para más información, dirijase a *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, OMS, 2003.

**113.** Dr. Miloudi Farida, “Componentes de la prise en charge médicale”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, MdM, El Cairo (Egipto), septiembre de 2009.

El proceso de reconocimiento clínico de las víctimas de maltratos está compuesto por tres fases.

En caso de violencia sexual se deben tener en cuenta algunas especificidades:

- **Tomar nota de las constantes vitales:** temperatura, pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- **Tomar nota del estado mental y emocional:** calma, irritabilidad, llanto, muecas, temor, ansiedad, angustia, si no quiere hablar (retrovertido), etc.
- **Anotar las lesiones:** el examen debe insistir en la descripción de las lesiones físicas (tipo, tamaño, color, forma y otras particularidades). Se trata de describir sistemáticamente el lugar exacto de todas las heridas y lesiones. Se recomienda utilizar un esquema pictográfico del cuerpo y anotar allí los detalles relativos a cada lesión física.



Se recomienda usar un dibujo corporal para describir en él de las lesiones físicas.

#### IMPORTANTE

Los hematomas tardan un mínimo de cuarenta y ocho horas en aparecer, especialmente sobre una piel negra. La ausencia de marcas físicas no implica la ausencia de maltratos. En el 50 % de los casos, la violencia sexual no provocan lesiones genitales<sup>114</sup>.

114. OMS, ACNUR, *Gestión clínica des victimes de viol*, 2005.

En ciertas culturas, la virginidad de las mujeres (y sobre todo de las chicas jóvenes) es garantía de su castidad y su dignidad, así como el honor de su familia.

La virginidad de las mujeres y chicas jóvenes a veces puede implicar no someterse a un reconocimiento ginecológico o no utilizar tampones para no dañar el himen. En este caso, es necesario tomar precauciones: el médico debe evitar ciertas acciones (limitar el reconocimiento genital a la inspección de los órganos externos, no utilizar el espéculo...).

En los casos en las chicas jóvenes no hayan tenido relaciones sexuales, se desaconseja el uso de instrumentos para el reconocimiento genital.

### 3. Exámenes paraclínicos

Las pruebas complementarias que se realicen dependerán de los **resultados del reconocimiento clínico y de los medios disponibles**. Se puede tratar de pruebas biológicas<sup>115</sup> en caso de violencia sexual (análisis de sangre, pruebas de diagnóstico rápido y serologías VIH, infecciones de transmisión sexual, análisis de orina...), u otras pruebas como radiografías y ecografías.

Todas estas pruebas pueden tener un **uso médico-legal** cuando se utilizan en un proceso judicial, con el fin de recoger datos relativos al autor o a las circunstancias del maltrato<sup>116</sup>.

115. Para una lista de los exámenes biológicos paraclínicos estándares, véase anexo "Control médico tras una violación" página 184.

116. Cuando el contexto permita que se realicen y analicen extracciones a título médico-legal, dirijase a *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, OMS, 2003.

## RECOMENDACIONES

No reunir pruebas que no se puedan tratar o que no serán utilizadas. En el caso de las pruebas paraclínicas, respetar los protocolos (método de extracción, etiquetado, almacenaje...) en vigor en el contexto de intervención para no perjudicar el valor jurídico de las extracciones y análisis realizados.

No facilitar los resultados a las autoridades si la persona no desea presentar denuncia.

## 4. Datos médicos

Como para cualquier otro paciente, el personal de sanidad que recibe a víctimas de maltratos debe proporcionarles información clara sobre los tipos de tratamiento y sobre los posibles efectos secundarios. Además, deben informarles sobre los otros servicios de atención existentes que pudieran necesitar.

## 5. Atención terapéutica<sup>117</sup>

La atención terapéutica se refiere al tratamiento de las lesiones físicas, de las consecuencias específicas del maltrato sexual y/o de los trastornos psicológicos.

### Tratamiento de las lesiones físicas

En caso de heridas abiertas y sucias en la piel o mucosas, se debe administrar un tratamiento profiláctico para prevenir el tétanos si la víctima no está vacunada correctamente.

El tratamiento se denomina curativo cuando se trata de curas locales (limpieza), sutura de heridas (cuando están limpias y en las veinticuatro horas siguientes al maltrato) o la prescripción de antibióticos (cuando las heridas están sucias y no se pueden suturar).

Las lesiones físicas de algunas víctimas de violencia sexual pueden ser fistulosas. Dado que las fistulas son complicaciones médicas graves, un médico con conocimientos especializados deberá realizar la exploración física. Si se constata o se considera que una superviviente de una agresión sexual tiene una fistula, es necesario trasladarla a un centro quirúrgico para que se le realice una intervención de reparación de fistulas. La cirugía es el único medio de reparar una fistula, a menos que la herida sea muy reciente.

*Module de formation des prestataires: volet médico-sanitaire, Initiative conjunta de prevención del maltrato sexual y de respuesta a los derechos/necesidades de las víctimas/supervivientes, Goma (RDC), junio de 2005.*

### Tratamiento de las consecuencias específicas del maltrato sexual<sup>118</sup>

Los actos de violencia sexual pueden ocasionar embarazos no deseados y el contagio de infecciones de transmisión sexual (como el VIH/sida). Se deberán tener en cuenta estas consecuencias en la atención médica de este tipo de maltratos.

### Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

**Si la agresión es reciente (< 3 días):**  
→ tratamiento **profiláctico sistemático**.

**Si la agresión es antigua:**  
→ tratamiento **profiláctico sistemático** si el contexto no permite el control de los pacientes o la realización

**117. 118.** Para mayor información, véase el anexo "Control médico tras una violación", página 184.

de pruebas biológicas<sup>119</sup>;

→ **tratamiento** si las pruebas biológicas han revelado una infección de transmisión sexual y/o si la víctima presenta los síntomas correspondientes.

“Hemos tratado más de 300 casos de maltrato sexual desde principios de año y le puedo asegurar que todas las víctimas de una penetración tenían también una infección de transmisión sexual”.

Testimonio de Elise Mbusa, enfermera, asociación Fepsi, colaboradora de MdM en Nord-Kivu (RDC).

## RECOMENDACIONES

Seguir los protocolos nacionales cuando existan.

Si no existen tales documentos, los equipos médicos pueden guiarse de los protocolos de Médicos del Mundo Francia (que pueden igualmente compararse con los de otras ONGs que intervengan en la misma zona). Siempre dar prioridad a los tratamientos más cortos y más fáciles de tomar.

### Hepatitis B

La vacuna debe administrarse como muy tarde a los catorce días de la agresión, se necesitan dos refuerzos a los 7 y a los 28 días. La vacuna no presenta ninguna contraindicación para la mujer embarazada o las personas con infecciones crónicas como el VIH. Se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna contra el tétanos.

<sup>119</sup>. Contextos de crisis (conflictos armados, poblaciones desplazadas, numerosos episodios de violencia interna) que ocasionan una fuerte movilidad de personas; contextos de desestructuración de los sistemas sanitarios...

### Tratamiento del VIH/sida

La detección del VIH no es fiable hasta tres meses después de la relación sexual de riesgo. No obstante la prueba de detección debe ofrecerse a toda persona víctima de una violación sin tener en cuenta el tiempo transcurrido. Esto permitirá conocer su estado serológico anterior. Si la prueba es negativa o la persona se niega a hacérsela, se le debe ofrecer la profilaxis post exposición (PPE) pero únicamente si la violación ha ocurrido recientemente.

## IMPORTANTE

**La profilaxis post exposición (PPE) sólo es eficaz y pertinente durante los 3 días posteriores al maltrato sexual.**

### Existen diferentes supuestos:

- la persona acepta realizarse la prueba de detección y el resultado es positivo: una profilaxis post exposición sería inútil, ya que significaría que la transmisión del VIH fue anterior a la violación. Se deberá derivar a la persona a las estructuras de atención adecuadas;
- la persona acepta realizarse la prueba de detección y el resultado es negativo: se le debe proponer un tratamiento profiláctico post exposición;
- la persona se niega a hacerse la prueba: se le debe proponer un tratamiento profiláctico post exposición.

La profilaxis post exposición consiste en dos o tres antirretrovirales (ARV) que se deben tomar durante 28 días. El tratamiento recomendado es la triterapia, pero si no está disponible se deberá utilizar la biterapia.



**RECOMENDACIONES**

El tratamiento profiláctico sólo es eficaz los tres días posteriores a la violación, por lo que es primordial desarrollar acciones para sensibilizar e informar a la población sobre los periodos prescritos para la atención médica en el caso de maltrato sexual.

También se debe informar a la población de que, incluso transcurrido el plazo de setenta y dos horas, la atención médica de la violencia sexual sigue siendo fundamental.



Folleto de sensibilización creado en Haití, MdM, 2008

- 72 horas para reaccionar, su futuro depende de ello.**
- CONSULTE enseguida a un médico.
  - SALGA del silencio.
  - CONTACTE a las autoridades judiciales, la ley está de su lado.

**Tratamiento ante los riesgos de embarazo y embarazos tras una violación**

**Anticonceptivos de emergencia**

La atención médica de las víctimas de violación implica la prevención de un posible embarazo no deseado. Se debe ofrecer la píldora anticonceptiva de emergencia. En este caso, la mujer afectada es la única que debe decidir si quiere el tratamiento o no. El médico tiene el deber de informar sobre los efectos del anticonceptivo de emergencia, teniendo en cuenta los prejuicios ligados a la anticoncepción y al aborto en el contexto de intervención en el que se encuentre. También debe explicar que las píldoras anticonceptivas de emergencia se deben recetar durante un período máximo de tres días después de la violación y que su eficacia disminuye con el tiempo.

**IMPORTANTE**

Las píldoras anticonceptivas de emergencia actúan interrumpiendo el ciclo reproductivo. No interrumpen ni perjudican un embarazo ya existente. La Organización Mundial de la Salud no las considera como un método abortivo<sup>120</sup>.

<sup>120</sup>. OMS, *Contracepción de urgencia - guía para la prestación de atención*, 1998.

El médico también debe explicar lo que implica tener relaciones sexuales antes y después del incidente.

Una prueba de embarazo positiva revela la presencia de una hormona que sólo se segrega diez días después de la relación sexual. Por lo que un **embarazo detectado antes de los diez días posteriores a la violación únicamente puede ser de una relación sexual anterior**. La víctima ya estaba embarazada en el momento del incidente.

Por otro lado, la píldora anticonceptiva de emergencia no impide un embarazo debido a relaciones sexuales que hayan tenido lugar después del tratamiento. Por tanto el médico debe recomendar a la mujer el uso de anticonceptivos lo antes posible si no desea tener hijos.

#### **La cuestión de la interrupción voluntaria del embarazo**

Si la paciente se queda embarazada como consecuencia de una violación, se plantea la cuestión de la interrupción del embarazo no deseado. Aquí también es primordial conocer el contexto legal por un lado (prohibición de abortar en caso de violación, prohibición de abortar para los menores sin el consentimiento de sus representantes legales...), y por otro, los prejuicios de la población (concepciones socioculturales y/o religiosas que condenan la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté legalizada).

**Si existen impedimentos de este tipo, se pueden plantear soluciones que respondan a las peticiones de las víctimas siempre y cuando le sean beneficiosas:**

→ Cuando legalmente existe una prohibición o restricciones al derecho al aborto, el personal sanitario debe plantearse las brechas legislativas que pudieran permitir una intervención legal.

Para los proyectos, se pueden llevar a cabo acciones de incidencia política con el fin de hacer evolucionar las disposiciones legales sobre el tema.

**“En Argelia**, la ley prohíbe el aborto. Sin embargo, existen excepciones legales por razones terapéuticas para salvar la vida de la mujer si está en peligro o en caso de que el feto corra el riesgo de sufrir graves malformaciones. En caso de embarazo por violación, el aborto sólo está autorizado si ha sido perpetrado en el marco de un acto terrorista. A pesar de este marco normativo y considerando que un embarazo por violación puede dar lugar a graves repercusiones en la salud mental de la víctima, algunos médicos alegan un aborto terapéutico”.

Testimonio de un miembro del personal en un taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), **MdM**, septiembre de 2009.

→ Cuando existen reticencias para práctica del aborto por prejuicios socioculturales y/o creencias religiosas, ya sea por parte del facultativo o de la población en general, se pueden llevar a cabo campañas de sensibilización e información para que las víctimas de maltratos tengan un mayor reducir acceso al aborto.

“La sociedad colombiana impone numerosos obstáculos religiosos y morales [en la práctica del aborto] tanto a las mujeres como a los profesionales. Es difícil encontrar un médico que practique el aborto ya que muchos profesionales alegan ‘la objeción de conciencia’ y se niegan así a aplicar la ley”.

Testimonio de un miembro de la misión Colombia, **MdM**, diciembre de 2009.

Si la paciente lo pide, y si la ley lo permite, el médico deberá organizar el acto de interrupción del embarazo y garantizar que

se derive a la persona una estructura de orientación adecuada. En la medida de lo posible, esto constituye poner en contacto a la mujer con los servicios de salud reproductiva (tratamiento de emergencia de posibles complicaciones, consejos en materia de planificación familiar...), así como servicios de atención psicológica. Si la práctica del aborto está en contra de las convicciones personales del médico, este tiene derecho a negarse pero debe derivar a la paciente a servicios adaptados.

En el caso de que la interrupción voluntaria del embarazo esté estrictamente prohibida, algunas mujeres podrían querer recurrir a medios ilegales para abortar. **Se arriesgan así a abortar en condiciones precarias que no garantizan su seguridad médica (realizados por personas sin formación, en condiciones de higiene insatisfactorias...).**

“Cada año, de unos 205 millones de embarazos no deseados, 42 millones acaban en un aborto provocado, y de estos, 20 millones se llevan a cabo en **condiciones insalubres**. [...] Se estima que además de las 65 000 a 70 000 muertes que se registran cada año por la práctica de un aborto no medicalizado, casi 5 millones de mujeres que han pasado por uno de estos abortos, sufren a continuación una invalidez temporal o permanente”.

Boletín médico del IPPF, vol. 42, n°2, junio de 2008.

Las acciones de incidencia política para hacer que el derecho evolucione, o acciones de sensibilización e información sobre los riesgos que conllevan las interrupciones de embarazo clandestinas/ no medicalizadas, pueden ser un medio adecuado para reducir los riesgos asociados a prácticas ejercidas en condiciones peligrosas.

## Tratamiento de los síntomas psicológicos

Ya se ha señalado que cualquier tipo de maltrato tienen consecuencias diversas sobre la salud física, pero también tiene consecuencias sobre la mental de las personas. El personal sanitario, así como el conjunto de la población, debe ser consciente de que los síntomas psicológicos son muy frecuentes tras sufrir un traumatismo tal como un acto de violencia<sup>121</sup>. Estos síntomas se deben tener en cuenta. En muchos casos, las víctimas de maltratos consiguen superar sus dificultades emocionales pero si por el contrario desarrollan trastornos psicológicos, debe existir un apoyo mayor, y el médico debe poder derivar a la persona hacia un profesional competente (psicólogo, psiquiatra, personal de enfermería psiquiátrica...). No se debe derivar a las víctimas de maltratos de forma sistemática. Si el apoyo psicológico no es suficiente se puede considerar añadir la prescripción de ansiolíticos o antidepresivos. Este tratamiento médico debe utilizarse con prudencia y siempre recetado por personal médico competente. No debe usarse para compensar una atención humana y psicológica deficiente.

## 6. Redacción del certificado médico

El certificado médico es ante todo un **acto médico** y forma parte de las prerrogativas de cualquier médico. Forma parte de uno de los principios éticos que obliga a proporcionar un certificado si la paciente lo solicita. Se trata de un **documento médico confidencial**, ya que este se extrae del historial médico<sup>122</sup>. La forma del certificado médico es primordial y está

**121.** Para más información, véase página 196, la parte relativa a la atención psicológica de las víctimas de maltratos.

**122.** Dromer Carole, Desmarest Anne, Delorme Adrien, *La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles (Estado de salud e historia personal)*, MdM Francia, 2010.

sometida a reglas estrictas con el fin de que se pueda utilizar con fines judiciales<sup>123</sup>.

## 7. Seguimiento médico

El personal sanitario debe concienciar a los pacientes sobre la importancia de este seguimiento, es decir, la necesidad de volver a la consulta. El seguimiento médico consiste en:

- evaluar el estado de salud general;
- garantizar la curación de las lesiones iniciales;
- garantizar el seguimiento de los tratamientos prescritos;
- proponer una prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y VIH tras el plazo apropiado desde la agresión sexual;
- hacer el seguimiento del embarazo;
- proponer una ayuda psicológica/psicosocial.

En cualquier caso, el personal sanitario debe aprovechar estas consultas de seguimiento para repetir los consejos e información dados durante las primeras visitas; ya que, es probable que los pacientes entrevistados justo después de la agresión no hayan retenido toda la información proporcionada debido al traumatismo.

### LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO SEXUAL

#### **Los “buffets” de emergencia en Haití – 2009**

En mayo de 2007 se realizó una evaluación de las cinco estructuras hospitalarias con las que Médicos del Mundo Francia trabaja en Haití. Se señaló que la complejidad del proceso de atención médica era una de las causas que desalentaban a un gran número de pacientes para emprender los trámites y por lo que muchas de estas pacientes acudían pasado el plazo máximo tres días.

Se han creado “buffets” de emergencia en los hospitales para garantizar una **atención médica rápida, gratuita y lo más completa posible**.

Estos **ponen a disposición los medios materiales y financieros gratuitos** necesarios para una atención médica eficaz tales como:

- material de extracción;
- material de reconocimiento;
- medicamentos;
- material administrativo...

Estos forman parte de los **protocolos médicos** implementados a nivel nacional.

Cada “buffet” se materializa por un armario con todo el material localizado en un lugar clave para garantizar la **seguridad y la disponibilidad de su contenido las 24 horas del día todos los días de la semana**.

Como complemento, Médicos del Mundo Francia ha creado **herramientas** para facilitar el funcionamiento de los “buffets”:

- fichas de utilización;
- fichas de inventario;
- órdenes de pedido...

Por último, el personal de las estructuras hospitalarias recibe durante todo el año **sesiones formativas** sobre la atención de las víctimas de violencia sexual.

<sup>123</sup>. Para más información, véase página 249, la parte relativa al certificado médico.



## SEGUIMIENTO MÉDICO TRAS UNA VIOLACIÓN

➤ Este protocolo ha sido redactado para complementar la información y las recomendaciones que aparecen en esta guía y, en especial, en la parte dedicada a la “atención médica”, en la página 155, que habrá que consultar para toda información adicional.

### Primera consulta y seguimiento

La profilaxis postexposición (PPE) al VIH solamente es eficaz cuando se empieza a utilizar, preferentemente, durante las cuatro horas posteriores a la exposición y hasta un máximo de tres días (72 horas) después y siempre que la persona sea seronegativa. Sea cual sea la situación, las distintas pruebas que se realicen no deben retrasar, en ningún caso, el inicio del tratamiento.

El siguiente cuadro presenta el conjunto de pruebas que habría que realizar, idealmente, a un/a paciente víctima de una violación e indica los casos en los que el tratamiento PPE está disponible y aquellos en los que no lo está. Evidentemente, habrá que adaptarlo a las posibilidades reales en el terreno.

**Observación:** en caso de aparición de síntomas que puedan evocar una primoinfección por VIH, se recomienda realizar una serología de VIH y realizar una carga viral de VIH, independientemente de la fecha.

	<u>Exposición sexual tratada</u>	<u>Exposición sexual no tratada</u>
<b>D0</b>	– NFS, ALAT, amilasa y/o lipasa y creatinina <sup>124</sup> , según se recete – Serología de VIH, VHC* y VHB: AgHbs, Ac anti-HBs y Ac anti-HBc, TPHA-VDRL** – Test de embarazo***	– Serología de VIH, VHC* y VHB: AgHbs, Ac anti-HBs y Ac anti-HB, TPHA-VDRL** – Test de embarazo
<b>D15</b>	– NFS, ALAT, creatinina y/o lipasa, amilasa, según se recete – Test de embarazo***	– Ninguna analítica
<b>D30</b>	– NFS, ALAT, TPHA/VDRL**, búsqueda de chlamydia – Serología de VHC*	– Serología de VIH, TPHA/VDRL**, búsqueda de chlamydia, serología de VHC*
<b>M2</b>	– Serología de VIH	– Ninguna analítica
<b>M3</b>	– Ninguna analítica	– Serología de VIH, VHC* ALAT
<b>M4</b>	– Serología de VIH, VHC*	– Ninguna analítica
<b>M6</b>	– Ac anti-HBs o ALAT y Ac anti-HBc si no responde (<10 mui/ml) o no está vacunado – Serología de VHC*	– Ac anti-HBs o ALAT y Ac anti-HBc si no responde (<10 mui/ml), serología de VHC* ALAT

\* Seguimiento del VHC recomendado en caso de contacto traumático o sangriento.

\*\* TPHA-VDRL u otro análisis para detectar la sífilis disponible, en función del lugar.

\*\*\* En el caso de las mujeres en edad de procrear.

**124.** La creatinina permite, principalmente, asegurarse de que el paciente no sufre insuficiencia renal, contraindicación de determinados tratamientos (consultar la página 189).

## Profilaxis postexposición al VIH (PPE)

La profilaxis postexposición al VIH no se realiza de forma sistemática, sino que es necesario evaluar previamente el riesgo de transmisión del VIH/sida.

El virus del VIH/sida está presente en todos los líquidos biológicos del organismo de las personas afectadas: esperma y líquido preseminal (que aparece al principio de la erección), en el caso del hombre; secreciones vaginales y leche materna, en el caso de la mujer; y sangre. Existe riesgo de transmisión del virus cuando entran en contacto un líquido contaminante y una mucosa o una herida abierta.

Por tanto, en caso de violación, existe riesgo de transmisión del VIH/sida si se han producido:

- Penetración vaginal.
- Penetración anal.
- Penetración oral (si se eyacula en la boca).

En caso de que la víctima muerda al agresor, existe un riesgo de transmisión si la mordedura es muy profunda y, por tanto, la víctima tiene sangre del agresor en la boca (contacto sangre-mucosa).

La penetración digital o con un objeto no implica un riesgo de transmisión del VIH/sida. Por tanto, en estos casos, la PPE no es necesaria.

En todo programa de Médicos del Mundo Francia en el que exista la posibilidad de tener que atender a una persona

que haya sido víctima de una violación habrá que saber siempre, previamente, si existe **un protocolo nacional de PPE de calidad y, si es así, ponerlo en marcha en el servicio. En caso de que no exista tal protocolo nacional podrá utilizarse el siguiente protocolo tal cual o adaptándolo a los medios disponibles sobre el terreno.**

## Tratamiento

### Triterapia recomendada:

2 INTR = Inhibidor Nucleósido de la Transcriptasa Reversa  
+ 1 IP = Inhibidor de la Proteasa potenciado.

**Truvada® (tenofovir TDF + emtricitabine FTC)  
+ Kaletra® (lopinavir/ritonavir LPVr)**

### O

**Combivir® (zidovudina AZT + lamivudina 3TC)  
+ Kaletra® (lopinavir/ritonavir LPVr)**

**Posologías:** (véase el cuadro en la página siguiente)

**Nota:** si la primera toma del tratamiento se realiza en mitad de la noche, se continuará con una toma por la mañana (la toma de la noche, aunque esté más cerca de la siguiente, servirá de dosis de carga).

Lo ideal es que el tratamiento profiláctico postexposición solo se prescriba inicialmente para varios días, durante los cuales el médico de referencia para el VIH realiza el seguimiento del paciente, para reevaluar el tratamiento. Si decide continuar

	<b>Truvada®</b>	<b>Convivir®</b>	<b>Kaletra®</b>
<b>Adultos</b>	1 cp/día durante las comidas	1 cp, 2 veces/día	2 cp de 200mg/50mg, 2 veces/día
<b>Niños</b>	Cl (< 30 kg)	21-30 kg	>15 kg
		14-21 kg	<15 kg
		½ cp por la mañana y 1 cp por la noche 1/2 cp, 2 veces/día Cl	10 mg/kg, 2 veces/día; cp de 200 o 100 mg. 12 mg/kg 2 veces/día; disponible en jarabe de 80 mg/ml

El Combivir® está contraindicado para niños de menos de 14 kg. La lamivudina 3TC y la zidovudina AZT deberán administrarse por separado:

<b>Niños &lt;14 kg</b>	<b>3TC</b>	<b>AZT</b>
<b>De 1 mes a 12 años</b>	4 mg/kg 2 veces/día; disponible en jarabe de 10 mg/ml	8 mg/kg 2 veces/día; disponible en jarabe de 10 mg/ml
<b>&gt; 12 años</b>	150 mg 2 veces/día; cp de 150 mg disponibles	300 mg 2 veces/día; cp de 300 mg cápsulas de 250 mg disponibles

Cp = comprimido  
Cl = contraindicado

el tratamiento, ampliará la receta a una duración total de 28 días. Asimismo, el médico podrá decidir hacer recetas fraccionadas (para una o dos semanas), para mejorar el seguimiento, comprobar la tolerancia al tratamiento y renovar los consejos de prevención.

En caso de duda sobre la posibilidad de seguimiento, será necesario prescribir el tratamiento directamente para 28 días, para maximizar la probabilidad de finalizar el tratamiento.

### Contraindicaciones

- **Truvada®**: tratamiento contraindicado en los siguientes casos:
- Niños (>30 kg).
  - Pacientes con insuficiencia renal con depuración de <30 ml/min<sup>125</sup>.
- **Combivir®**: tratamiento contraindicado cuando la Hb<7,4g/dl.

### Efectos secundarios frecuentes

(véase el cuadro en la página siguiente)

### Interacciones con otros medicamentos

Antes de prescribir un tratamiento profiláctico postexposición al VIH, comprobar las posibles interacciones con otros medicamentos si el paciente toma otros tratamientos.

**125.** Por ello, es interesante hacer, si es posible, una creatinina (véase el primer apartado de este protocolo).  
 Depuración =  $1,23 \times \text{peso} \times (140 - \text{edad}/\text{creat})$ , en el caso de los hombres.  
 =  $1,04 \times \text{peso} \times (140 - \text{edad}/\text{creat})$ , en el caso de las mujeres.  
 Peso en kg, creatinina en  $\mu\text{mol/l}$  y resultado en ml/min.

<b>Truvada®</b>	<b>FTC</b>	<b>Combivir®</b>	<b>3TC</b>	<b>Kaletra®</b>
Insuficiencia renal (véase el seguimiento analítico)	Cefalea, astenia, vértigos	Náuseas, vómitos, dolores abdominales.	Trastornos digestivos: dolores abdominales, diarreas	Erupción cutánea
Hipofosfatemia	Insomnio	Anemia, leucopenia	Cefaleas, insomnio, astenia, mareos	Trastornos digestivos: náuseas, vómitos, diarreas
Náuseas y diarreas	Trastornos digestivos: náuseas, diarreas, vómitos	Cefaleas, vértigos, astenia, migrañas	Tos	Fiebre, infecciones víricas, hepatomegalia y pancreatitis en el caso de niños
Migrañas (dolores musculares), vértigos y fatiga	Erupciones cutáneas, dolores musculares Anemia en los niños, neutropenia		Migrañas, artralgias, erupciones cutáneas Fiebre	Cefaleas, parestesias, astenia, mareos

## Prevención de un embarazo no deseado en casos de mujeres en edad de procrear

### Antes de tres días

#### Test de embarazo para diagnosticar un embarazo previo a la violación:

- Si el test da positivo, habrá que explicar bien a la persona que el embarazo no puede estar relacionado con la violación.
- Si el test da negativo, recetar un anticonceptivo de emergencia para prevenir un embarazo, en caso de ausencia de otro anticonceptivo. Según el lugar, podemos encontrar:

– Levonorgestrel: existen dos posologías, pero se trata de la misma molécula:

**Postinor 2® 0,75 mg:** 1 cp y un segundo cp 12 horas después (en caso de dificultad, se admite una toma única de dos comprimidos es eficaz).

o

**Norlevo® 1,5 mg:** 1 cp.

– Ethynyl Estradiol + Levonorgestrel: existen dos posologías:

**Ethynyl Estradiol® 0,5 mg + Levonorgestrel® 0,25 mg:** 2 cp y otros 2, 12 horas después.

o

**Ethynyl Estradiol® 0,3 mg + Levonorgestrel® 0,15 mg:** 4 cp y otros 4, 12 horas después.

En caso de vómitos durante las tres horas siguientes, volver a tomar otra dosis.

**Atención:** los anticonceptivos de emergencias no protegen de un futuro embarazo. Por tanto, si la mujer tiene relaciones sexuales y no desea quedarse embarazada, es conveniente recomendarle un anticonceptivo.

## Tratamiento antibiótico profiláctico de las ITS

Los protocolos deben estar adaptados a los protocolos nacionales existentes.

**Cefixima** (Oroken®):

- Adolescentes y adultos: 2 cp de 200 mg en una toma.
- Niños < de 12 años: 8mg/kg en dos tomas, con 12 horas de intervalo; disponible en polvo en solución bebible:
  - 40mg/5ml en niños de 6 a 30 meses.
  - 100 mg/5ml en niños de 30 meses a 12 años.

**Azitromicina** (Zithromax®, una dosis):

- Adolescentes y adultos: 1 cp de 1g.
- Niños < 25 kg: 10mg/kg en una toma.

**Observación:** si la persona consulta más allá de 20 días después de la agresión, se recomienda la benzatina penicilina (Extencilline®) 2,4M en dosis única IM para tratar una posible sífilis.

La administración se realizará en dos inyecciones de 1,2M, una en cada nalga. Este tratamiento es muy doloroso, por lo que es conveniente advertir al paciente y recetarle un analgésico. Basta con la azitromicina para tratar una sífilis en fase de incubación.

En caso de que se sospeche una infección de trichomonas, añadir un tratamiento preventivo de metronidazol:

- Adolescentes y adultos: 2 g en una toma única.
- Niños: 5 mg/kg, 3 veces al día durante 7 días.

## Prevención de las hepatitis B y C

### Hepatitis B

En casos de personas expuestas no vacunadas, o con una vacunación incompleta, se propone una serovacunación por inmunoglobulinas anti-HBs + 1 dosis de vacuna, que se debe realizar en dos lugares distintos.

Existen dos vacunas: Engerix® y Genhevac®.

	<u>Genhevac®</u>	<u>Engerix®</u>
<u>Adultos</u>	20 µg por inyección	20 µg por inyección
<u>Niños</u>		10 µg por inyección

A continuación, deberá completarse la vacuna.

En este caso, existen dos calendarios de vacunación posibles:  
D0, D30 y D180

O

D0, D7 y D21, pero este protocolo solamente es utilizable con la vacuna Engerix®.

### Hepatitis C

No se recomienda el tratamiento post-exposición.

Lo importante, si el tratamiento anti-VHC está disponible, es detectar rápidamente una eventual seroconversión, de forma que podamos aplicar un tratamiento adaptado.

## Prevención del riesgo de contagio de las ITS a la pareja:

Es importante informar a los pacientes de la necesidad de utilizar preservativo cuando tengan relaciones sexuales durante los tres meses posteriores a la agresión sexual, cuatro meses si se han sometido al tratamiento profiláctico post-exposición al VIH. En efecto, solo al cabo de tres meses (4 en el caso de la PPE) una prueba de detección del VIH/sida negativo puede decir con certeza que la persona no se contaminó con el VIH durante la agresión sexual. En estos casos, es posible descartar el riesgo de contaminación de la o las parejas.

## Tratamiento de heridas

- Limpiar todos los desgarros, cortes y abrasiones.
- Las heridas limpias pueden suturarse en 24 horas.
- No suturar las heridas sucias.
- Proceder a una vacunación antitetánica, si es necesario.  
Si la persona nunca se ha vacunado contra el tétano, será necesario seguir el siguiente calendario de vacunación: D0, D30 y M6.

### Fuentes:

- Circular interministerial francesa del 13 de marzo de 2008.
- Informe Yeni 2006 (última conferencia de consenso francesa sobre la infección del VIH).

- HAS: Commission de la transparence, dictamen del 15 de febrero de 2006: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032519.pdf> (información en francés).
- OMS, Gestion clinique des victimes de viols – Développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays, edición revisada, 2005 (disponible en francés, inglés y árabe).

## Solicitud de interrupción del embarazo debido a una violación

Para entender mejor los objetivos relacionados con la interrupción del embarazo producido por una violación, así como los riesgos de dichas intervenciones (cuando no son medicalizadas), véase:

- página 81, parte relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, en “salud sexual y reproductiva”;
- página 175, parte relativa a los riesgos del embarazo y del embarazo producido tras una violación, en el apartado “atención médica”.

## Existen directivas y protocolos para las interrupciones voluntarias del embarazo:

- OMS, Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Ginebra, 2004 (información en francés).
- Médicos Sin Fronteras Bélgica, Protocole d'interruption de grossesse, ficha 23, memento VSX, enero de 2006.
- Médicos Sin Fronteras, Médicaments essentiels – guide pratique d'utilisation à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmiers et auxiliaires de santé, edición 2010 (información en francés).

# 3D

## ATENCIÓN PSICOLÓGICA

➤ La atención psicológica a las víctimas de violencia de género representa el conjunto de acciones para acompañar a la persona en su proceso de reconstrucción psíquica y mental tras un suceso que ha afectado a su bienestar psicológico.

El impacto de la violencia de género sobre la salud mental y sus posibles repercusiones en forma de trastornos mentales ponen de manifiesto la importancia del aspecto psicológico de la atención pluridisciplinar de las víctimas de violencia.

**Si bien las consecuencias psicológicas de la violencia son especialmente visibles en las personas que han padecido estos actos de manera directa, también deben considerarse desde una perspectiva comunitaria y social.**

Las respuestas terapéuticas a la violencia de género son diversas y dependen del sufrimiento psicológico que haya padecido la persona en cuestión, pero también de los recursos disponibles en cada contexto. Idealmente, dos enfoques complementarios (enfoque psicosocial y enfoque de cuidados) deben ser accesibles para permitir la rehabilitación psicológica del conjunto de las víctimas de la violencia de género.

## 1 / NOCIONES RELACIONADAS CON LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA

### 1. La salud mental

Según la OMS, la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades<sup>126</sup>.”

En cuanto a la salud mental, corresponde a “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>127</sup>.”

La salud mental “permite a los individuos, al grupo y al entorno interactuar unos con otros con visos a promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y utilización óptimos de las capacidades mentales [...], la realización de los objetivos individuales y colectivos compatibles con la justicia, así como el establecimiento y la preservación de condiciones de igualdad fundamental<sup>128</sup>.”

En cuanto al vínculo entre salud mental y violencia, se trata igualmente de resaltar la importancia que ha adquirido en los últimos años a través de las nociones de sufrimiento psíquico y “empoderamiento”.

<sup>126</sup>. Constitución de la OMS, con fecha de entrada en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>127</sup>. OMS, “Salud mental: un estado de bienestar”, octubre de 2009.

<sup>128</sup>. OMS, *Aspectos psicosociales y psiquiátricos de la salud de la mujer*, División de salud de la familia y División de salud mental, WHO/FHE/MNH/93.1,1993.

Cuando se trata del sufrimiento psíquico resulta importante insistir en el hecho de que no es un sinónimo de enfermedad mental. De este modo, en Francia Jean Furtos habla de una “salud mental suficientemente buena”, definida como “la capacidad de vivir y sufrir en un entorno dado y transformable, es decir, la capacidad de vivir con el prójimo manteniendo la conexión con uno mismo, sin destructividad pero no sin rebeldía<sup>129</sup>.” Sin embargo es fundamental subrayar que el sufrimiento psíquico puede ser motor de cambio o bien resultar paralizante y encontrarse en el origen o venir a reforzar una patología, ya sea psiquiátrica o psicosomática.

En cuanto a la noción de empoderamiento<sup>130</sup>, debe tenerse en cuenta en el caso de la violencia de género. En efecto, en este tipo de violencia **las relaciones de poder se encuentran en el centro del vínculo entre la persona agredida y la persona agresora**. El autor de la violencia pretende demostrar su fuerza y su superioridad humillando y rebajando al otro e inculcando esta idea de poder en la intimidad y en la propia identidad de la víctima.

A este nivel, resulta primordial la noción de “empoderamiento psicológico”. Se define como “un sentimiento de control sobre su vida [...]. La dimensión comunitaria del empoderamiento implica individuos para que actúen de manera colectiva con vistas a obtener una mayor influencia y un mayor control sobre los elementos determinantes de la salud y la calidad de vida en su medio de vida<sup>131</sup>.”

**129.** Furtos Jean, *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologies et dispositifs*, ONSMP – ORSPERE, Lyon, 2004.

**130.** Para más información, véase la sección relativa a la reinserción social y económica de las víctimas de violencia de género en la página 273.

**131.** Longpré C., Forté D., O’Doherty C., Vissandjée B., *Projet d’empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l’empowerment (phase 1)*, Centre d’excellence pour la santé des femmes (Cesaf), Consortium Université de Montréal, Montreal, 1998.

En el caso de las víctimas de la violencia de género estamos en parte ante un **proceso de “desempoderamiento” en el que dichas víctimas no controlan su destino**: sufren, pierden confianza en sí mismas y experimentan vergüenza y una gran culpabilidad, creyendo con frecuencia que merecen lo que les pasa. Esta culpabilidad unida a una interiorización de la violencia que puede afectar a su propia identidad puede explicar la situación de que con demasiada frecuencia no se pida ayuda, algo a lo que tienen que enfrentarse los profesionales de la salud. En este tipo de situación, el riesgo suplementario es que los profesionales interpreten esta sumisión a la violencia como una elección –reforzando así la idea adquirida según la cual la víctima es la culpable de lo que le sucede– o como síntoma de una patología. Calificar de patologías los problemas de estas personas acentúa los sentimientos de vergüenza, impotencia y desesperación que experimentan.

**Las repercusiones que la violencia de género puede tener en la salud mental son múltiples y pueden diferenciarse según se trate de víctimas directas o indirectas.**<sup>132</sup>

### **Consecuencias para la persona víctima de la violencia**

Todo acto de violencia tiene repercusiones sobre el bienestar psíquico de la víctima y, por tanto, sobre su salud mental. Es un acto que viene a perturbar su estado psicológico. En la mayoría de casos de violencia asistimos a un estado de conmoción que corresponde a un período de crisis normal como consecuencia de un suceso que ha puesto o creemos que ha podido poner en peligro la vida. El sufrimiento psíquico en las víctimas de violencia puede adoptar diversas formas:

**132.** Para más información véase la sección relativa a las consecuencias de la violencia de género en la página 109.

## EJEMPLOS DE REACCIONES PSICOLÓGICAS POSTERIORES A UN ACTO DE VIOLENCIA

**Miedo:** “No me atrevo a salir solo/a de casa, tengo miedo a la oscuridad”.

**Angustia:** “Estoy completamente en tensión, tengo los nervios destrozados, me falta el aliento”.

**Ira/Hostilidad:** “Quiero matarlo/a; lo/la odio, odio todo y a todos”.

**Aislamiento/Distanciamiento:** “No puedo decírselo a nadie. Mi marido pedirá el divorcio si se entera y mi familia me quitará mis hijos”.

**Culpabilidad:** “Tengo la impresión de haber hecho algo que ha provocado lo que ha sucedido. Ojalá no lo hubiera hecho...”.

**Vergüenza:** “Me siento tan sucia, como manchada, como si algo no fuera bien en mí. ¿Se nota que me han violado? ¿Qué va a pensar la gente?”.

**Pérdida de confianza:** “Me da la impresión de que ya no puedo hacer nada... ni siquiera las cosas más simples”.

**Cambios de humor:** “¡Me da la impresión de que estoy perdiendo la cabeza!”

**Pérdida de autoestima:** “Me doy asco a mí misma de pensar en lo que ha sucedido. Ya no valgo nada”.

Módulo de formación de prestatarios: Aspectos médico-sanitarios, iniciativa conjunta de prevención de la violencia sexual y de respuesta a los derechos/a las necesidades de las víctimas/supervivientes, Goma (RDC), **MdM**, junio de 2005.

**Las reacciones psicológicas frente a un acto de violencia son distintas en cada persona.** Frente a esto, la ausencia de reacciones manifiestas tras el suceso no presagia un impacto traumático futuro. “Lo que equivale a decir que todas las situaciones violentas no implican necesariamente un trauma y, a la inversa, que no todos los traumas son necesariamente provocados por situaciones violentas<sup>133</sup>.” Si los síntomas

de sufrimiento psíquico se hacen críticos, persistiendo más allá de los tres primeros meses después del suceso potencialmente traumático, y se convierten en una limitación para la víctima, entonces hablamos de trauma o de estado de estrés postraumático (ver la siguiente sección).

Las reacciones psicológicas varían en función de la naturaleza y del contexto del suceso (grado de violencia; inmediatez, duración y repetición del acto; amenazas ejercidas por el agresor; agresor conocido o desconocido...), pero también de la resistencia propia de cada individuo (que varía en función de la edad, de la personalidad y de la vulnerabilidad de la persona en el momento de la agresión).

**La capacidad de resiliencia constituye también un aspecto primordial de la rehabilitación psicológica de las víctimas de la violencia de género.** En psicología, la resiliencia corresponde a la “capacidad del individuo de hacer frente a una dificultad o un estrés importantes de manera no sólo eficaz sino susceptible de generar una mejor capacidad de reaccionar en el futuro a una dificultad. La resiliencia consta de un equilibrio entre el estrés y las dificultades de una parte, y entre la capacidad de afrontar la situación y la disponibilidad de un punto de apoyo por otra<sup>134</sup>.”

“Las reacciones y las secuelas varían cualitativa y cuantitativamente de una persona a otra, si bien es cierto que pueden extraerse ciertas constantes. No se trata de minimizarlas ni de dramatizarlas, sino de individualizarlas, si lo que queremos es evaluar y ayudar a las víctimas”.

La salud mental vinculada a la violencia sexual y relación de ayuda psicossocial. Formación de consejeras psicossociales. Goma (RDC), **MdM**, agosto de 2008.

### **El impacto de la violencia en el ámbito de la familia y de la comunidad**

La violencia de género tiene consecuencias psicológicas para las personas que han sufrido directamente el acto violento, pero también pueden tener repercusiones sobre el entorno de la víctima: su familia y su comunidad.

La expansión de las consecuencias de la violencia se circunscribe en un primer lugar a la esfera familiar. De este modo se puede producir una propagación de las emociones negativas de la víctima de violencia a los demás miembros de su familia. **La inestabilidad emocional y el sufrimiento psicológico padecidos de manera individual influyen en la pareja y en la familia.**

Del mismo modo, es posible que **determinados miembros de la familia o del entorno de las víctimas hayan sido testigos de los actos de violencia, lo que puede hacer que ellos también presenten un sufrimiento psicológico.**

Estas personas son víctimas directas del acto traumático<sup>135</sup>.

Del mismo modo, **es posible que los agresores sean miembros de la propia familia (violencia conyugal, malos tratos, incesto...)**. En este caso es necesario tener en cuenta que la dinámica familiar ha contribuido a la aparición de la violencia para comprender los comportamientos y reacciones de cada miembro de la familia con respecto a la violencia.

**133.** Lovell Anne, *Trabajos preparatorios para la elaboración del Plan Violencia y Salud en aplicación de la ley relativa a la política de sanidad pública de 9 de agosto de 2004*. Comisión de violencia y salud mental, marzo de 2005.

**134.** Mingham Colin, Ph.D., McGrath Patrick, Ph.D., Reid Graham, Ph.D., Stewart Miriam, Ph.D., *Résilience, Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé*. Documento de trabajo – Análisis de tallado presentado a Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Universidad Dalhousie, 1995.

**135.** Para más información, véase la sección relativa a la "noción de víctima de violencia", en la página 47.

El acto de violencia también puede suponer **reacciones negativas procedentes del entorno de la víctima**. En lugar de compartir su sufrimiento, es posible que la familia, con su comportamiento y sus reacciones, incremente el malestar de la persona estigmatizándola, rechazándola, maltratándola... Esto suele suceder especialmente en el caso de situaciones de violencia sexual. Se suele echar la culpa a la persona que es víctima de la violencia, reforzando así su sentimiento de vergüenza. Sin que ánimo de justificarlas, estas reacciones pueden considerarse un medio de expresión del sufrimiento de la propia familia, afectada por la violencia de manera indirecta. Este sufrimiento no debe descuidarse; debe tenerse en cuenta para permitir el restablecimiento de los vínculos familiares.

Al igual que el rechazo de la persona víctima de violencia, este también suele ser el caso de los niños nacidos de una violación. Bien por parte de la madre o de otros miembros de la familia (marido, otros hijos de la pareja...) **los hijos nacidos de una violación suelen ser discriminados e incluso rechazados** por razón de su origen (circunstancias de la concepción e identidad del padre biológico).

Su madre quedó embarazada tras haber sido violada por soldados que la habían tenido prisionera en la sabana durante catorce días. Aún tiene problemas para aceptar a su hija y suele utilizarla como chivo expiatorio cuando las cosas no van bien. "Esta hija me hace desgraciada" explica [la madre]; "La daría encantada a un eventual benefactor para olvidar la desgracia que me sucedió".

Y la vida [de la niña] no es mejor fuera de casa; como en la escuela, donde sus compañeros de clase con frecuencia la estigmatizan. "¿Qué pecado he cometido y hasta cuándo seguiré siendo una víctima inocente?" se pregunta la pequeña.

Testimonio recogido por Nsimire Sara, *Futuro incierto para los hijos nacidos de una violación*, IWPR (Institute for War and Peace Reporting) en Goma (RDC), artículo n° 240, 22 de diciembre de 2009.

En determinados contextos de violencia generalizada, las relaciones colectivas pueden verse afectadas. **La violencia contribuye pues a la destrucción de los vínculos sociales** (valores y principios como la compasión y la confianza en el prójimo) y perjudica al bienestar colectivo<sup>136</sup>. Dicho de otro modo, si un acto de violencia puede engendrar un sufrimiento psicológico en las personas que son víctimas del mismo, la sociedad entera en su dinámica comunitaria también puede verse afectada. Esta dimensión debe tenerse en cuenta para permitir una acción global de reconstrucción.

“La guerra no es una experiencia privada: es ante todo una experiencia colectiva. En situaciones de violencia social, el sufrimiento no se vive como algo interno sino ante todo como una ruptura del orden social y moral”.

**Bibeau Gilles**, Introducción al coloquio *Salud mental y salud social*, organizado por la Asociación de servicios de psiquiatría y salud mental de la Universidad Católica de Lovaina (Apsy-UCL), 2000.

“Un trauma no sobreviene en el vacío y no cabe esperar que los supervivientes a una conmoción de tales características puedan recuperarse sin ayuda de su comunidad, que debe igualmente curarse del trauma”.

*Módulo de formación de prestatarios: Aspectos médico-sanitarios, iniciativa conjunta de prevención de la violencia sexual y de respuesta a los derechos/a las necesidades de las víctimas/supervivientes*, Goma (RDC), **MdM**, junio de 2005.

**136. MdM**, “Las consecuencias psicológicas de la violencia a nivel individual y colectivo. ¿Qué soluciones pueden aportarse?” Goma (RDC), julio de 2008.

## 2. El trauma psíquico

### Historia

A lo largo del siglo XX, el interés por los trastornos traumáticos conoce un desarrollo progresivo y continuo, sobre todo tras los dos conflictos mundiales y la guerra de Vietnam. En la década de 1970 a iniciativa de movimientos pacifistas, feministas y de protección de la infancia, la sociedad civil y los poderes públicos demandan una mejor atención del sufrimiento psíquico y del impacto de la violencia en las personas que han sido víctimas del mismo.

Más allá de la “neurosis de guerra”, algunos autores<sup>137</sup> muestran interés por el llamado “rape trauma síndrome” e identifican las secuelas psicológicas y somáticas de un trauma hasta entonces poco estudiado: la agresión sexual.

De este modo, la sociedad psiquiátrica observa y estudia las reacciones psicotraumáticas y desarrolla la problemática del papel de los traumas en la génesis de los trastornos mentales.

Las investigaciones en este campo han conducido a la descripción precisa de lo que los anglosajones han venido a denominar el “estado de estrés postraumático<sup>138</sup> (EPT)”. El diagnóstico del EPT se introduce en 1980 en la DSM-III<sup>139</sup> (clasificación de trastornos mentales de la sociedad psiquiátrica americana) y en 1992 en la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS).

La Asociación Americana de Psiquiatría define el estado de

**137. Burgess Ann W. y Holmstrom Lynda L.**, *Rape trauma syndrome*, American Journal of Psychiatry, 131:981-986, 1974.

**138.** “Post-Traumatic Stress Disorder” en inglés, referido generalmente por medio del acrónimo PTSD.

**139.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 3ª edición, **Asociación Americana de Psiquiatría**.

**estrés postraumático** como “un estado patológico sobrevenido en el transcurso de un suceso excepcionalmente violento, capaz de provocar en cualquiera una situación de angustia. Por ejemplo, temer por la propia vida o la de los parientes, sufrir una agresión o ser víctima de un accidente o de una catástrofe”.

De acuerdo con los autores francófonos, el EEPT no puede pretender agrupar todas las reacciones psiquiátricas y psicológicas que se derivan de un suceso potencialmente traumático. Para ello prefieren la noción más amplia de “trauma psicológico<sup>140</sup>.”

Este “reconocimiento” del EEPT da a las víctimas la posibilidad de **ser reconocidas como personas que han padecido un suceso potencialmente traumático sin que ello se asimile a categorías psiquiátricas graves como la psicosis o la histeria.**

“Progresivamente, psiquiatras y psicólogos de todo el mundo elaboran nuevas técnicas adecuadas tanto para reducir las reacciones agudas como para prevenir las secuelas a largo plazo de los sucesos traumáticos. Ajustan los procedimientos y los adaptan a las diferentes poblaciones de víctimas (militares, bomberos, policías, víctimas de atentados, de violencia sexual, de torturas, población general, etc.).”

Josse Evelynne, *El trauma en las catástrofes humanitarias*. 2006.

## El suceso traumático

**Toda reacción psicotraumática es, como su propio nombre indica, consecuencia de un suceso traumático.**

**140.** De Clercq Michel, Lebigot François, *Le traumatisme psychique*, Masson, París, 2001.

“El trauma constituye [...] un proceso determinado por las interacciones entre el entorno social y la experiencia psíquica del individuo<sup>141</sup>.” De este modo, el trauma de una persona que haya sufrido violencia no depende sólo de aquello que ha vivido, sino también del modo en que se ha visto social o políticamente integrada o aislada después del suceso.

## Los sucesos potencialmente traumáticos pueden dividirse según:

- Se experimenten de manera colectiva (terremoto, guerra, etc.) o de individual (agresión, violación, etc.).
- Sean de origen natural (catástrofes naturales, epidemias) o humano (catástrofes industriales, violencia, accidentes, etc.).

Cuando el suceso es de origen humano puede haber sido provocado de manera intencionada (malos tratos, violaciones, guerras) o ser accidental (homicidio involuntario, “daños colaterales” de las guerras). Finalmente puede estar causado por un miembro de la familia (violación conyugal, en algunos casos escisión), por una persona conocida (violencia a cargo de los vecinos) o por un extraño (robo por tirón, violencia física en la calle)<sup>142</sup>.

“Puesto que los procesos traumáticos se desarrollan siempre en un contexto social, cultural y político preciso, conviene también interpretar los posibles síntomas en función de este contexto. Aquello que se percibe como síntoma de trauma en un contexto dado puede tener el valor de un

**141.** Dirección del desarrollo y de la cooperación, *Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial*, 2006.

**142.** Josse Evelynne, “Le traumatisme psychique: quelques repères notionnels”, *Journal international de victimologie*, Tomo 5, nº3, julio de 2007.

comportamiento sano en otras situaciones. Conviene evitar toda interpretación psicopatológica o médica abusiva del trauma.

Los colaboradores de un proyecto deberían elaborar sus propias definiciones de los traumas y desarrollar formas de atención específicas en función del contexto. El diagnóstico del síndrome de estrés postraumático (post-traumatic stress disorder, PTSD), por ejemplo, resulta insuficiente porque se limita a la esfera individual e ignora las dimensiones culturales y sociales. Dicho diagnóstico reduce el trauma a una enfermedad entre tantas otras, omitiendo de este modo (o interpretando erróneamente) el vínculo existente entre el sufrimiento individual y el contexto político. Esta situación reductora tendría como consecuencia una marginación aún mayor de las personas traumatizadas y aumentaría su sufrimiento”.

Dirección del desarrollo y de la cooperación:  
*Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial. 2006.*

Así pues, la mayoría de las formas de violencia de género pueden asimilarse a acontecimientos potencialmente traumáticos.

## 2 / LOS DISPOSITIVOS DE APOYO PSICOLÓGICO

Del mismo modo que las reacciones psicológicas, las respuestas terapéuticas a la violencia son diversas y dependen de las necesidades de las personas, pero también del contexto de intervención. Idealmente, dos enfoques complementarios deben permitir garantizar la rehabilitación psicológica del conjunto de víctimas de la violencia de género.

### 1. Complementariedad entre cuidados psicológicos y apoyo psicosocial

Para luchar contra las consecuencias de la violencia a nivel psicológico, **idealmente habría que implantar un conjunto de actividades que conciliaran el enfoque clínico y el enfoque psicosocial**. El primero se “centra en las personas más frágiles y con mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos severos. El segundo se dirige a una población mayor con vistas a restaurar y mantener el funcionamiento del grupo comunitario<sup>143</sup>”. El “psicosocial” se ocupa pues de la experiencia subjetiva del individuo en relación con el medio en el que evoluciona. Este enfoque permite igualmente prevenir el desarrollo de trastornos psicológicos. “El apoyo psicosocial hace referencia a todo tipo de apoyo endógeno y exógeno destinado a proteger y/o promover el bienestar y/o a prevenir o tratar un trastorno mental<sup>144</sup>.”

Idealmente, además de su objetivo terapéutico, el enfoque psicosocial debe asegurar la notificación de personas con necesidad de una atención especializada siempre que ésta esté disponible.

**Si bien el doble enfoque (clínico y psicosocial) permite desarrollar acciones de prevención y respuestas a las consecuencias psicológicas de la violencia de género, con frecuencia debe hacer frente a diversas limitaciones que varían en función del contexto de intervención.**

**Entre las principales limitaciones destacan:**

- Escasez de recursos humanos especializados (psicólogos y psiquiatras);
- Limitaciones materiales: ausencia de estructuras especializadas, de sustancias psicotrópicas, rechazo de las autoridades públicas a invertir en el campo de la psiquiatría...;

### Pirámide de intervenciones psicológicas y psicosociales para la rehabilitación de las víctimas de la violencia de género<sup>143</sup>:



143. Josse E. y Dubois V., *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, Universidad De Boeck, Colección Crisis, septiembre de 2009.

144. 145. IASC, Directivos del CPI (Comité Permanente Interorganizaciones) por la salud mental y el apoyo psicosocial en situación de emergencia, 2007.

- Dificultad para garantizar una atención a largo plazo, cuando un seguimiento psicológico o psiquiátrico de calidad precisa de una cantidad mínima de consultas (limitaciones asociadas a desplazamientos de población, al coste de las consultas...);
- Representaciones de la atención psicológica, que aún se considera dirigida a los “locos”. Este aspecto de la atención puede pues reforzar la estigmatización de la víctima a cargo de su entorno: su estado mental, considerado inestable, la hace responsable de su angustia y justifica el acto de violencia.

En relación con estas restricciones, el enfoque psicosocial de la atención a víctimas de malos tratos aparece con frecuencia como única vía para tratar las consecuencias psicológicas de la violencia.

Los intervinientes sociales pueden ejercer como intermediarios adecuados frente a las víctimas de violencias ya que han recibido formación en materia de acompañamiento psicológico. Pueden ayudarlas a encontrar un bienestar individual y social. De este modo contribuyen a prevenir el desarrollo de trastornos mentales graves.

Cuando resulta necesario que una persona reciba cuidados psicológicos (en especial cuando los síntomas postraumáticos se hacen crónicos) y estos cuidados están disponibles, los agentes psicosociales deben igualmente referir a esta persona a especialistas (psicólogos y/o psiquiatras) para que se beneficie de una atención clínica (en concreto a través de la psicoterapia).

## **2. Los procedimientos/técnicas para la atención psicosocial a víctimas de violencia de género**

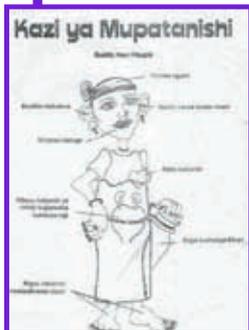
La primera acogida y la primera escucha constituyen la fase inicial de un acompañamiento psicosocial. Deben ir

acompañadas de acciones terapéuticas que impliquen técnicas específicas. Estas últimas pueden ser desarrolladas tanto por agentes psicosociales (previamente formados) como por psicólogos (si están disponibles).

Aquí sólo desarrollaremos las técnicas psicosociales, sin detenernos en las técnicas de atención psicológica propiamente dichas, que necesitan una formación y una experiencia específicas.

**Las acciones psicosociales deben permitir dar la palabra a las personas que hayan vivido sucesos potencialmente traumáticos, pero también identificar y comunicar a las personas necesitadas de cuidados especiales** (en concreto psicoterapias realizadas por psicólogos o psiquiatras).

#### ILUSTRACIÓN: TESTIMONIO



“Cómo debe comportarse una consejera. En primer lugar, comienzo por sus orejas, su mirada y su boca cerrada. La consejera debe tener los ojos grandes para ver efectivamente el padecimiento de la paciente que se encuentra ante ella. Debe tener los ojos bien abiertos. Debe tener las orejas grandes para escuchar. Debe tener la boca cerrada: una consejera no debe hablar. Debe tener un corazón, el útero, la matriz que sienta el sufrimiento de las mujeres... Cuando una mujer da a luz pasa por un sufrimiento

terrible. Una consejera debe ser capaz de llevar en su matriz los sufrimientos de otras. Debe tener un saco lleno de los secretos

de cada persona que nadie pueda abrir o denunciar. Debe tener pies grandes, bien apoyados en la tierra. Esto muestra que debe atravesar muchas situaciones difíciles. Una consejera no debe ser ligera. Nosotras hemos seguido esta formación y las que están conmigo han seguido esta formación”.

**Laval Christian**, *Leçons d'humanité des conseillères de Goma*, Estudio sobre el recorrido de las “consejeras” para mujeres víctimas de violencia sexual, Goma (RDC), MdM, marzo de 2007.

Los intervinientes en la atención psicológica y psicosocial pueden desarrollar diversos tipos de acciones para acompañar a las víctimas de la violencia de género: entrevista individual, mediación familiar, terapias de grupo y otras actividades con finalidad terapéutica.

#### Entrevista individual

La entrevista es idealmente la primera etapa de la atención psicosocial. Permite tener conocimiento del estado psicológico de la persona y así atender lo mejor posible sus necesidades. Con frecuencia es la ocasión de la primera verbalización de los sucesos padecidos y de las emociones psíquicas experimentadas. Las víctimas de la violencia, en concreto de violación, rara vez hablan de manera espontánea de estos incidentes. Al hacerlo, pues, dan muestra de su confianza para con el interlocutor. Sin embargo, no se debe presionar a las personas para que compartan su experiencia personal más allá de lo que deseen contar de manera natural. La escucha activa y ciertas técnicas de comunicación deben ayudar a la persona a sentirse más libre para expresarse<sup>146</sup>.

<sup>146</sup>. Para más información, véase la sección relativa a la acogida de las víctimas de violencia de género en la página 127.

De una manera general, el acompañamiento psicológico, en especial en el marco de las entrevistas individuales, consiste en<sup>147</sup>:

- Escuchar con atención a la persona, con empatía, sin desconfianza ni incredulidad ni juicio de valor;
- Ayudarla a gestionar los efectos psicológicos de la violencia (trastornos emocionales, angustia...);
- Ayudarla a gestionar miedos y expectativas irracionales;
- Ayudarla a tomar decisiones. No se trata de imponer un punto de vista a la persona, sino de acompañarla para que tome una decisión que sea suya, que podrá apreciar con mayor facilidad.

Un trabajo en grupo puede venir a completar el acompañamiento psicológico individual de las víctimas de violencia de género.

### Mediación familiar

Ya hemos subrayado el impacto de la violencia sobre la salud mental de la familia de las víctimas. Precisamente por ello un trabajo de apoyo al entorno de una persona que esta padeciendo desde el punto de vista psicológico es con frecuencia importante y beneficiará tanto a los miembros de la familia como a la propia persona.

La mediación familiar consiste en revelar la manera en que vivió el acto de violencia (percepción, experiencia emocional) no solo la propia víctima, sino también el resto de miembros de la familia; la mediación permite tomar conciencia y compartir pensamientos o emociones latentes (inconscientes) vinculadas al sufrimiento psíquico y que afectan a las relaciones intrafamiliares.

**147. Asif Muhammad**, MdM Pakistán, "Rôle du psychologue au sein d'une institution fermée telle que les Dar-Ul-Amans", taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

Por ejemplo, comprender por qué un marido ha repudiado a su mujer violada o por qué no quiere volver al domicilio familiar permitirá después discutir con él la pertinencia de su comportamiento e incitarle a que renueve poco a poco el diálogo con su mujer.

Dicho de otro modo, "la mediación familiar es un **proceso de construcción o de reconstrucción del vínculo familiar basado en la autonomía y la responsabilidad de las personas afectadas** por situaciones de ruptura o de separación en el que un tercer imparcial, independiente, cualificado y sin poder de decisión –*el llamado mediador familiar*– favorece, a través de la organización de entrevistas confidenciales, su comunicación, la gestión de su conflicto en el ámbito familiar entendido en su diversidad y en su evolución"<sup>148</sup>."

"Se ha puesto en marcha una mediación con la madre, que no quería volver a ver a su hija. Hoy T. Puede volver a su madre, pero ésta sigue sin aceptar que su hija viva con ella. T. ha vuelto a la escuela. Le gustaría matricularse en estudios universitarios. Querría estudiar derecho para poder defender a otros".

Testimonio de una consejera de la **asociación Sofepadi** en Beni (RDC), dossier de prensa de MdM sobre la República Democrática del Congo: las violaciones se generalizan en Kivu del Norte, 25 de noviembre de 2009.

**No obstante, la mediación familiar no constituye una respuesta adaptada al caso de la violencia conyugal.** Esta forma de violencia es distinta de las meras disputas conyugales. Y sin embargo poner en marcha un proceso de mediación familiar en esta situación llevaría a considerar que la violencia no representa más que un conflicto en el seno de la pareja, una diferencia que se puede resolver por medio del diálogo.

## Terapias de grupo

Las terapias de grupo consisten en sesiones colectivas que reúnen a personas que han vivido una experiencia similar. Estos espacios de diálogo ofrecen un entorno especialmente seguro, cohesivo y empático. Pueden fomentar una expresión más libre en torno a la violencia padecida y a las consecuencias que ésta haya podido engendrar a nivel individual, familiar y social. Favorecen también el intercambio y la discusión entre los participantes y el animador.

Este entorno terapéutico permite también un efecto espejo entre los participantes: pueden reconocerse en el relato de otro paciente (identificación) y tener así el sentimiento de estar menos solo al vivir/haber vivido esta situación de violencia. Ello permite **estimular un apoyo mutuo y un refuerzo de la confianza entre ellos**, ya que son conscientes de sus recursos. Un participante que vaya más avanzado en su trayectoria puede convertirse en un modelo para los demás. Los intercambios generados crean una solidaridad constructiva y favorecen los vínculos comunitarios.

### Los desafíos del acompañamiento psicológico en un marco terapéutico colectivo son los siguientes:

- El encuentro simultáneo de **varias personas** con un terapeuta;
- En un **espacio social** que se superpone a un espacio físico;
- De cara al **intercambio simultáneo entre los participantes**;
- Con la **contribución de todos los participantes** gracias a múltiples y variadas transferencias laterales;

148. Definición adoptada por el Consejo Nacional Francés Consultivo de la Mediación Familiar, 2002, [www.mediation-familiale.org/media/index.asp](http://www.mediation-familiale.org/media/index.asp).

- Todo ello cambia el papel del terapeuta, que pasa de médico-sanador a **animador-facilitador del intercambio**.
- También cambia el papel del paciente, que pasa del rol «pasivo» al de participante «activo» considerado **agente principal de su cambio**/curación gracias a su grado de implicación.

Gasibirege Simon, "Enfoque sistemático y marcos terapéuticos colectivos/comunitarios", MdM Goma (RDC), febrero de 2009.

Las terapias de grupo pueden también reunir a los actores de la violencia con el ánimo de concienciarlos de sus actos y modificar sus comportamientos.

**"Las terapias de grupo** se dirigen a todo hombre que se haya reconocido como autor de violencia conyugal y familiar y sea enviado por el fiscal o por los trabajadores sociales. Del mismo modo, se dirigen a todo hombre que por propia iniciativa desee comprender y modificar sus comportamientos violentos en el ámbito familiar. Las terapias de grupo permiten acoger, acompañar y apoyar a todos los participantes para que contribuya a reconocer los comportamientos abusivos y violentos, concienciar de que la violencia es una infracción contraria a la ley, cesar todo tipo de violencia física y/o psíquica, identificar cada una de las formas de violencia empleadas para hacerlas disminuir y desaparecer de manera progresiva, modificar ciertas creencias que justifican el recurso a la violencia, descubrir diversas alternativas a la violencia conyugal y familiar, concebir nuevas perspectivas en el seno de la familia y del entorno social y profesional, reconocer al otro su posición de sujeto".

GAPS (Agrupación de Ayuda Psicológica y de Apoyo), [www.aide-psy-gaps.com/](http://www.aide-psy-gaps.com/)

## Actividades con finalidad terapéutica

Se considera terapéutica “toda actividad que tenga un impacto sobre el individuo y mejore su confianza en sí mismo y su respeto a sí mismo<sup>149</sup>.” De este modo, ciertas actividades pueden contribuir al bienestar o al mayor bienestar psicológico y moral de las personas (como la relajación o el teatro).

### Actividades de atención psicológica en las Dar-UI-Aman (DUA), estructuras gubernamentales de acogida temporal destinadas a mujeres en situación de desamparo grave y a sus hijos, en Pakistán:

- Diferentes actividades lúdicas y terapéuticas: baile, canto, cocina, costura y bordado, teatro...;
- Ejercicios de relajación: relajación de cuerpo y músculos, respiración profunda...;
- Sesiones psico-educativas para el personal y los residentes de las DUA;
- Prevención y gestión de los conflictos en el seno de las DUA.

**Asif Muhammad**, MdM Pakistán, “Rôle du psychologue au sein d'une institution fermée telle que les Dar-UI-Amans”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

## Ejemplo: Técnicas de relajación

Entre las técnicas de atención psicológica, los ejercicios de relajación<sup>150</sup> pueden tener un impacto terapéutico. Ayudan a las personas a no dejarse vencer por sus emociones y a gestionar su estrés. Una vez iniciadas por un

**149. Maqbool Roohi**, MdM Pakistán, “El teatro como actividad terapéutica”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

**150. Zimmerman Eva**, “Les techniques de prise en charge individuelle de victimes de violences”, Módulo de formación para consejeros psicosociales. Goma - RDC, octubre de 2009.

interviniente, ya sea en sesión individual o en grupo, las personas pueden reproducir los ejercicios de manera autónoma. De este modo, los ejercicios de relajación pueden participar en el proceso de mayor bienestar psicológico de las víctimas de violencia.

Estas últimas pueden, por ejemplo, padecer crisis de angustia que afecten a su respiración (palpitaciones, escalofríos, golpes de calor, espasmos musculares, sensación de asfixia, dolor o molestias en el tórax, náuseas, vértigos, etc.). Gracias a la relajación, la persona podrá aprender a controlar su respiración, recuperar la calma y prevenir la aparición de crisis futuras.

## Ejemplo: El teatro

### EL TEATRO COMO ACTIVIDAD TERAPÉUTICA

#### Los dar-ul-aman en Pakistán

En Pakistán, Médicos del Mundo Francia y sus colaboradores apoyan la atención pluridisciplinar (médica, psicológica, jurídica, económica y social) de las mujeres víctimas de malos tratos/en situación de desamparo grave que han encontrado refugio en los Dar-UI-Aman (DUA). Estos centros de acogida temporal garantizan la protección de sus residentes y representan un paso en el camino hacia su rehabilitación social.

**La actividad teatral, por su carácter terapéutico, forma parte de las actividades implantadas en el marco de la atención pluridisciplinar a las residentes de las DUA.**

**Los elementos terapéuticos del teatro son:**

- Expresión del yo interior;
- Aspecto curativo;
- Integración social y cognitiva;
- Desarrollo de la conciencia y de la perspicacia;
- Enfoque que proyecta la solución: identificar el problema, determinar las posibles soluciones, sensibilizar a los espectadores (interacción entre los actores y los espectadores).

**De este modo, estos elementos permiten:**

- Valorar los problemas y situaciones que atraviesan las mujeres;
- Constatar que ellas no son las únicas que se enfrentan a estos problemas;
- Devolverles la confianza en ellas mismas y en su propia imagen;
- Darles la palabra en el seno de la comunidad para permitirles encontrar soluciones;
- Volver a levantar las mallas rotas del ciclo de la vida.

**La metodología de utilización del teatro terapéutico comprende las siguientes etapas:**

- Selección de un tema o de una historia realista (inspirada en la realidad);
- Explicación a los participantes de los desafíos de su papel en los planos individual y colectivo;
- Establecimiento de un entorno atractivo (escenario, disposición del público...);
- Apoyo garantizado por parte de un equipo profesional (profesor de teatro y psicólogo).

Esta actividad ayuda a las residentes a recorrer su **proceso de reconstrucción personal y social**. Puede ser un medio para combatir la depresión y el aislamiento y para expresarse de cara a la comunidad. A través del teatro, las residentes pueden analizar sus dificultades y afrontar el futuro. Más allá de su acción terapéutica sobre las víctimas de malos tratos, el teatro ha permitido **sensibilizar a ciertos medios, representantes de ONG o ministros invitados a las representaciones** con respecto a la cuestión de la violencia ejercida sobre las mujeres.

**Maqbool Roohi**, MdM Pakistán,  
*El teatro como actividad terapéutica*,  
taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia,  
El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.



## 3E

## ACCESO A LA JUSTICIA Y LUCHA CONTRA LA IMPUNIDAD

➤ El acceso a la justicia de las víctimas de violencia de género es primordial para que esta violencia, verdadera violación de los derechos humanos<sup>151</sup>, se reconozca por todo como tal. El acceso a la justicia también es esencial para luchar contra la impunidad de los agresores.

De manera general, la prevalencia de la violencia de género está ligada directamente a la existencia y la aplicación del derecho. Esta se ve favorecida especialmente cuando:

- ➔ no existe una legislación que incrimine al conjunto de formas de violencia de género lo que se traduce, para algunas de ellas, en la ausencia de una sanción penal para el actor y de la reparación judicial para la víctima;
- ➔ las leyes y políticas, por su formulación o interpretación,

<sup>151</sup>. Para más información, véase página 51, la parte "Marco de la problemática".

pueden tener consecuencias discriminatorias contra uno u otro sexo, y contribuir así a la violencia de género;

➔ el sistema judicial deficiente y corrupto reduce la confianza en el sistema judicial, y contribuye por lo tanto a un índice reducido de casos que se denuncia ante las autoridades públicas.

Algunas prácticas tradicionales, como los acuerdos amistosos (compensación económica o material, matrimonio con el autor del maltrato...) también pueden aumentar las prácticas discriminatorias sexo-específicas, el perjuicio que sufren las víctimas y la impunidad de los autores de maltratos. Igual que los sistemas de justicia tradicionales que funcionan en numerosas comunidades. Estos tribunales o comités consuetudinarios deben tenerse en cuenta ya que forman parte del sistema judicial global y a veces resultan más accesibles para los miembros de las comunidades.

"Puedo citar el caso de los padres de la niña de tres años que murió tras ser violada por cuatro agresores, malhechores conocidos por toda la comunidad. Ayudamos a su familia a presentar una denuncia. Tras varios años de proceso, tres de ellos fueron condenados a diez años de cárcel. Después todos se libraron. Y este caso no es ni mucho menos el único."

Testimonio de **Lusenge Julienne**, presidenta de la asociación Sofepadi, "République démocratique du Congo: le viol se généralise au Nord-Kivu", dossier de prensa MdM, noviembre de 2009.

"El hecho del que el gobierno no proteja ni apoye a las víctimas de maltrato sexual mina toda búsqueda de justicia. La falta de

recursos y de voluntad política del gobierno resulta en que los autores de estos maltratos raramente son denunciados ante la justicia. Los ugandeses no confían en la justicia.”

Declaración de **Brown Widney**, directora del programa en Amnistía Internacional en “Uganda: Discrimination and financial barriers stop victims of sexual violence accessing justice”, Amnistía Internacional, abril de 2010.

Aunque la existencia de un marco legal que condene la violencia de género sea un requisito previo necesario para reconocer los derechos de las víctimas, no es suficiente. **Cada individuo debe conocer sus derechos y la forma de ponerlos en práctica. Por lo tanto algunas acciones pueden emprenderse, por un lado, para aumentar el conocimiento del marco legal relativo a la violencia de género y, por otro, para facilitar los trámites judiciales de las víctimas.**

## 1 / EL MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

**La violencia de género representa la violación incuestionable de los derechos humanos más fundamentales tales como la dignidad, la integridad o el principio de no discriminación.**

Existe, a niveles internacional, regional y nacional, un marco legal en el que es posible apoyarse para promover y defender el respeto de estos derechos y la protección de los individuos. Por lo tanto, conocer el marco legal de las diferentes formas de violencia de género es primordial para estar en condiciones de utilizar los procedimientos judiciales a disposición de la víctima para su rehabilitación. Debe ir acompañado de una buena comprensión de las estrategias políticas y de la manera

en la que se llevan a cabo así como de un buen dominio de los mecanismos judiciales para poder desarrollar el derecho en general y las legislaciones en particular.

### 1. El marco legal internacional

Esta guía no pretende presentar el conjunto de textos relativos al derecho internacional de derechos humanos, ni aquellos consagrados a los derechos de las mujeres en particular<sup>152</sup>. Sin embargo, es interesante conocer este corpus jurídico así como las obligaciones que se desprenden y que pesan sobre los Estados signatarios.

#### PRINCIPALES INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERNACIONALES DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

##### La Carta de las Naciones Unidas, 1945

La **Carta** de Naciones Unidas precisa que uno de los objetivos fundamentales de la comunidad internacional es desarrollar y promover el respeto de los derechos humanos y de las libertades fundamentales por todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión<sup>153</sup>. La Carta constituye así la base de todo edificio contemporáneo sobre el que se han desarrollado los derechos humanos a partir de los **principios de igualdad y no discriminación** entre los seres humanos.

##### La Carta internacional de derechos humanos incluye:

→ **La Declaración Universal de los Derechos Humanos**, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el

<sup>152</sup>. Para más información, véase [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

<sup>153</sup>. Artículo 1, párrafo 3 de la **Carta de las Naciones Unidas**, adoptada en la Conferencia de San Francisco el 26 junio de 1945.

10 de diciembre de 1948, normalmente es reconocida como la base del derecho internacional de derechos humanos. Aunque no sea un instrumento obligatorio o vinculante para los Estados, puede considerarse como la expresión de una norma universal en materia de derechos humanos. Los artículos 1 y 7 tratan los principios de igualdad, el artículo 2 proclama el principio de no discriminación.

→ **El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** del 16 de diciembre de 1966, reafirman el principio de no discriminación, piedra angular de los derechos humanos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos y los dos pactos son los únicos instrumentos generales de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.

#### La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Cedef)

Esta convención nace de la constatación según la cual la discriminación generalizada contra las mujeres existe en todo el mundo y es la principal fuente de violencia contra ellas. Esta convención cuenta con 186 Estados Partes, fue adoptada el 18 de diciembre de 1979 y entró en vigor en septiembre de 1981. Esta se considera que es una **verdadera declaración internacional de los derechos de la mujer**, proporciona una base a partir de la cual se debe instaurar la igualdad entre hombres y mujeres garantizando la igualdad de acceso a la vida política y pública así como la igualdad de oportunidades en estos ámbitos, incluido votar y presentarse a elecciones, al igual que la igualdad en materia de educación y empleo. Los Estados Partes se comprometen a aplicar estas disposiciones. En especial deben adoptar una legislación que

prevengan, prohíba y castigue los comportamientos, las costumbres y las normativas discriminatorias.

**Esto supone incluir en su constitución nacional el principio de igualdad entre hombres y mujeres y adoptar leyes y medidas para su aplicación.**

#### La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993

Este texto, aunque fue aprobado por unanimidad por la Asamblea General de Naciones Unidas, sólo tiene un valor declarativo y por lo tanto los Estados no están sujetos a él. **Sin embargo, con esta declaración las Naciones Unidas define por primera vez lo que es la violencia contra la mujer.**

Todos estos instrumentos están disponibles en Internet: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

Los derechos humanos implican a la vez derechos y deberes. Así, el derecho internacional establece algunas prerrogativas para los Estados<sup>154</sup>:

- **respetar los derechos humanos**, los Estados deben evitar que se pongan trabas al ejercicio de los derechos humanos;
- **proteger los derechos humanos**, los Estados deben proteger a los individuos y grupos contra la violación de sus derechos;
- **aplicar los derechos humanos**, los Estados deben tomar medidas positivas (especialmente mecanismos y leyes nacionales) para facilitar el ejercicio de los derechos fundamentales humanos;
- **ofrecer vías de recurso internas**, toda persona que considere uno de sus derechos ha sido violado, debe poder recurrir

<sup>154</sup>. Desmarest Anne, "Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre", taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

de forma efectiva ante una instancia nacional competente que tenga el poder de reparar y ejecutar sus decisiones.

Cuando un individuo no puede apoyarse en la legislación nacional para hacer valer sus derechos, puede recurrir a procedimientos de denuncia internacionales para garantizar su reconocimiento, respeto y protección.

**Cuando un Estado no reconoce, ante sus propias jurisdicciones, un derecho inscrito en un texto internacional que ha sido previamente ratificado, existen mecanismos de recurso individuales a nivel internacional. Estos procedimientos están abiertos a las personas a título individual o colectivo y a las ONG.**

### LOS MECANISMOS INTERNACIONALES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Al ratificar los textos internacionales sobre derechos humanos, los gobiernos se comprometen a tomar medidas nacionales y a adoptar leyes compatibles con las obligaciones que emanan de estos tratados. Cuando los procedimientos legales nacionales no permiten remediar la violación de los derechos humanos, existen mecanismos internacionales que garantizan el respeto, la protección y la instauración de normas internacionales de derechos humanos y de derechos de las mujeres, a nivel nacional.

El sistema de Naciones Unidas cuenta con dos tipos de mecanismos de vigilancia: los órganos de la Carta de Naciones Unidas, entre ellos el Consejo de Derechos Humanos, y los órganos creados en nombre de los tratados internacionales de derechos humanos.

### Los órganos de la Carta de las Naciones Unidas

#### **1 – El Consejo de Derechos Humanos**

El Consejo de Derechos Humanos, creado en 2006 por la Asamblea General, es un órgano intergubernamental cuyo principal objetivo es tratar los casos de violación de derechos humanos y de emitir recomendaciones en su contra. Gracias al mecanismo de examen periódico universal (EPU), el Consejo evalúa que cada Estado respete sus obligaciones y compromisos en materia de derechos humanos. Un mecanismo revisado de procedimiento de denuncias permite también a los individuos y a los organismos informar al Consejo sobre las denuncias de violación de derechos humanos.

#### **2 – El procedimiento de denuncia 1503 ante el Consejo de Derechos Humanos**

El “procedimiento 1503” es un mecanismo universal confidencial que permite examinar las denuncias enviadas por individuos u ONG que revelan la existencia de un conjunto de violaciones flagrantes y sistemáticas de los derechos humanos. Este procedimiento no permite aportar respuestas a casos individuales.

#### **3 – Los procedimientos especiales**

Se han creado **procedimientos especiales para ocuparse de la situación particular de un país o de cuestiones temáticas** en todas las regiones del mundo. Los representa una persona (un relator, un representante especial o un experto independiente) o un grupo de trabajo.

→ La relatora especial encargada de la cuestión de la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias es la señora Rashida Manjoo (nombrada en junio de 2009 por un periodo inicial de tres años). Esta se encarga de recopilar y analizar un gran número de datos y de recomendar

medidas para eliminar la violencia contra la mujer a nivel internacional, regional y nacional. Forma parte de su trabajo las consultas con la sociedad civil. Los grupos de mujeres, ONG u otros grupos implicados de la sociedad civil tienen la posibilidad de informar a la relatora especial sobre los casos de violencia que ésta incluirá en su informe anual.

→ La relatora especial sobre las formas modernas de racismo y xenofobia examina las cuestiones de violación sistemática y de esclavitud sexual, especialmente en conflictos armados.

### Los órganos de los tratados

Varios **comités garantizan la aplicación de los principales tratados internacionales relativos a los derechos humanos** y vigilan que los Estados Partes ejecuten sus obligaciones. Entre ellos: el Comité de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y por último, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

Los Estados están obligados a presentarle diferentes informes, generalmente redactados por sus gobiernos. Para garantizar la exhaustividad y la objetividad, se recomienda colaborar con otros actores implicados tales como ONG y organizaciones de la sociedad civil competentes, para su elaboración. Los organismos de seguimiento examinan los informes y proporcionan recomendaciones. Es importante saber que no respetar estas recomendaciones no conlleva ninguna sanción, sólo una mala reputación internacional en cuanto al respeto de los derechos humanos.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se concentra en las discriminaciones contra la mujer sin hacer referencia explícita a la violencia. Por el contrario, el Comité de la Cedef clarificó este punto: La violencia basada en el sexo, que compromete o anula

el disfrute de los derechos individuales y las libertades fundamentales de las mujeres en virtud de los principios generales de derecho internacional o de las convenciones particulares relativas a los derechos humanos, constituye una discriminación según el artículo 1 de la convención.

Por lo tanto, la violencia contra la mujer (por razón de su sexo) se encuentra bajo el efecto de la convención. Los Estados Partes están obligados a prevenir y sancionar la violencia de género y también a garantizar su reparación.

Las ONG internacionales y nacionales siguen de cerca el examen de los informes de los Estados y proporcionan a los expertos información pertinente, a veces también contrainformes.

Se añade al **procedimiento de vigilancia de la aplicación de los tratados**, el procedimiento de presentar denuncias ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Se trata de reconocer, a nivel internacional, el derecho de recurso individual.

Este Protocolo adicional de la Cedef (abierto a firma desde 1999), permite a los particulares y a grupos de particulares presentar denuncias ante el Comité como o en nombre de víctimas de discriminación basada en el sexo.

El Protocolo incluye también un **procedimiento de encuesta** que da la posibilidad al Comité de crear, por iniciativa propia y basándose en información creíble, una encuesta sobre ofensas graves o sistemáticas contra los derechos enunciados en la Convención.

**Para más información** sobre el mecanismo de presentación de denuncias ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, consúltese la página: [www.aidh.org/Femme/Comite\\_FE/Comit\\_Onu.htm](http://www.aidh.org/Femme/Comite_FE/Comit_Onu.htm)

**También se pueden llevar a cabo acciones de incidencia política para que evolucione el derecho aplicable en un contexto determinado<sup>155</sup>.**

Si el derecho internacional de derechos humanos es aplicable en todo lugar y tiempo, el **derecho internacional humanitario** es un conjunto de reglas que pretende limitar los efectos de los conflictos armados. Este tiende a proteger a las personas que no participan (civiles, personal humanitario, religioso...) o ya no lo hacen (combatientes heridos o enfermos, náufragos, prisioneros de guerra) en las luchas y a restringir los medios y metodologías utilizados en tiempos de guerra.

La Corte penal internacional (CPI) es la primera jurisdicción penal internacional permanente, tiene como función perseguir y juzgar a los individuos responsables de los crímenes más graves en la comunidad internacional: genocidios, crímenes contra la humanidad, crímenes de guerra. El estatuto de Roma que establece la CPI, es el primer tratado internacional que califica los crímenes contra las mujeres como crímenes contra la humanidad, crímenes de guerra y, en algunos casos, genocidio.

El estatuto reconoce como crímenes dependientes de la Corte en particular: la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada, la persecución basada en el género, el tráfico de personas, especialmente de mujeres y niños, y el maltrato sexual. Es estatuto de Roma sirve igualmente de referencia para que las prácticas internacionales de los sistemas jurídicos nacionales sean óptimas.

**155.** Para más información sobre las metodologías de incidencia política, véase página 330, la parte relativa a las acciones y estrategias de las acciones políticas.

Las provisiones del estatuto de Roma relativas a las cuestiones de género constituyen un ejemplo alentador que muestra cómo el desarrollo internacional de los movimientos de defensa de los derechos de las mujeres puede hacer evolucionar positivamente el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de derechos humanos a pesar de la fuerte influencia de las fuerzas políticas conservadoras. [...] Aunque todavía quede mucho por hacer, el progreso conseguido desde 1994 ha sido extraordinario.

**Coomaraswamy Radhika**, relatora especial sobre la violencia contra las mujeres (de 1994 hasta 2003).

## 2. Los marcos legales regionales

Se han creado sistemas jurídicos y judiciales a nivel regional para promover y defender los derechos humanos. Desde hace poco, el fenómeno de la violencia de género constituye un tema de preocupación para los sistemas regionales.

El mejor sistema regional de protección y defensa de los derechos humanos en la actualidad es el de la **Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (CEDH)**. Esta última se nombró en 1950 y entró en vigor en 1953. Recoge a 45 países de la zona. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos vela para que estos Estados apliquen esta convención.

Las obligaciones positivas de los Estados son inherentes al derecho para el respeto efectivo de la vida privada según el artículo 8 [de la convención]; estas obligaciones pueden

implicar la adopción de medidas incluso en la esfera de las relaciones individuales. La elección de los medios para garantizar el respeto del artículo 8 en el ámbito de la protección contra los actos de los individuos depende, en principio, del margen de apreciación del Estado, por lo que una disuasión efectiva contra un acto tan grave como la violación, que pone en juego los valores fundamentales y los aspectos esenciales de la vida privada, requiere disposiciones penales eficaces. Particularmente los niños y otras personas vulnerables deben beneficiarse de una protección efectiva.

Sentencia M.C. c. Bulgaria, nº 39272/98,  
Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2003.

Para más información sobre el sistema europeo de protección de los derechos humanos, consúltese la página web (en español): [www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml)

En el continente americano, 35 países han ratificado desde 1948 la **Carta de la Organización de los Estados Americanos** (OEA), uno de sus objetivos es la protección y promoción de los derechos humanos. Estos mismos países adoptaron en 1994, la **Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, llamada Convención de Belém do Pará**. Ésta es el único instrumento jurídico internacional que trata de forma específica la violencia de género y que tiene un carácter determinante. Así, todo individuo, grupo de personas u ONG puede presentar una “solicitud” a la Comisión interamericana de derechos humanos relativa a una violación de los derechos garantizados por la Carta de la OEA o por la Convención de Belém. A continuación el Tribunal interamericano es competente para juzgar estas violaciones.

Para más información sobre el sistema interamericano de protección de los derechos humanos, consúltese la página web (en español): [www.cidh.org/Default.htm](http://www.cidh.org/Default.htm) y [www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml)

El continente africano también se ha provisto de textos y mecanismos de aplicación y vigilancia de los derechos humanos que le son propios. Reunidos en el seno de la Organización de la Unidad Africana, antigua Unión Africana, 53 Estados africanos adoptaron en 1981 la **Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos**, dotándose también de un conjunto regional completo que pretende promover y proteger los derechos humanos y de los pueblos.

Para más información sobre el sistema africano de protección de los derechos humanos, consúltese la página web (en español): [www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos45/proteccion-derechos/proteccion-derechos.shtml)

Estos sistemas jurídicos regionales refuerzan las responsabilidades de los Estados Partes creando un grado suplementario de protección y defensa de los derechos humanos.

### 3. Los marcos legales nacionales

Los sistemas jurídicos nacionales, especialmente en los países en vías de desarrollo, pueden presentar serias lagunas en cuanto a su capacidad para proteger a las víctimas de violencia de género (maltrato conyugal tolerado, violación no reconocida como crimen, etc.). Sin embargo, poco a poco, las asociaciones de defensa de los derechos humanos han conseguido evolucionar las mentalidades y se están produciendo cambios importantes en las legislaciones.

### A continuación varios ejemplos:

- **En Egipto** desde 1999, se derogó la ley que preconizaba la absolución del violador si se casaba con su víctima.
- **En Marruecos**, el código del estatuto personal (Moudawana) se modificó en octubre de 2003. A partir de entonces, el matrimonio tiene la responsabilidad conjunta de la familia, antes correspondiente por derecho al hombre; la regla de obediencia que la mujer debe a su marido se abandonó; la mujer ya no necesita la tutela para casarse; la edad del matrimonio se fijó en 18 años para hombres y mujeres (en lugar de quince años); la poligamia sigue siendo posible pero está restringida; la repudiación está limitada por la autorización obligatoria del juez; la mujer puede solicitar el divorcio; la custodia de los hijos puede acordarse a la madre o al padre en caso de divorcio; los hijos nacidos fuera del matrimonio están protegidos y el matrimonio puede acordar un contrato para gestionar los bienes adquiridos<sup>156</sup>.
- **En Bélgica**, el maltrato conyugal no es objeto de una infracción específica. Normalmente se considera un delito de lesiones. Sin embargo, la ley del 24 de noviembre de 1997 ha reforzado las penas aplicables a los autores de diversas lesiones corporales voluntarias cuando los golpes son infligidos por el esposo o por la persona con la que la víctima cohabita y tiene o tuvo una relación afectiva y sexual duradera.
- La relación entre el agresor y la víctima constituye por lo tanto una circunstancia agravante<sup>157</sup>.**

156. Mohsen-Finan Khadija, "L'évolution du statut de la femme dans les pays du Maghreb", Institut français des relations internationales, junio de 2008.

157. *La lutte contre les violences conjugales*, Les documents de travail du Sénat, febrero de 2005.

- En diciembre de 2005, **el Parlamento liberiano** adoptó una nueva ley que convertía a la violación en un delito. Esta ley prevé penas que van desde siete años de prisión a cadena perpetua para los autores de violaciones, dependiendo de la gravedad de los hechos y sin ser posible la libertad bajo fianza. Antes, no existía ninguna legislación sobre la violación aunque la violación en reunión o la violación colectiva estuviesen consideradas como un delito.
- En julio de 2008, **Liberia** ratificó el protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativa a los derechos de las mujeres.

Interesarse por los compromisos internacionales y regionales de los Estados sobre los que intervinimos además de útil, es necesario.

Mediante un análisis comparado de las obligaciones internacionales y regionales de los Estados con sus sistemas legislativos respectivos (nacionales), es posible identificar las carencias y/o incoherencias que son también posibles pistas para la reflexión, incluso para la incidencia política.

**Desmarest Anne**, "Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre", taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

## 2 / EL ACCESO AL DERECHO

Muy pocas víctimas de violencia de género denuncian y muchas de las que se atreven no llegan hasta el final del procedimiento. Varias razones pueden explicar el reducido índice de recursos a la justicia y acceso al derecho. Las razones son de orden

estructural, social, cultural o económico. Estos factores deben tenerse en cuenta para aportar una respuesta adecuada a las víctimas de violencia de género y para luchar contra la impunidad de los autores.

Factores que pueden explicar por qué una persona que ha sufrido maltratos no recurre al sistema judicial:

- incapacidad de la víctima de maltratos de reconocer la situación como una agresión, por ignorancia/falta de información sobre sus derechos;
- miedo a las represalias, reincidencia del autor;
- miedo a ser estigmatizadas, señaladas;
- falta de conocimiento sobre el proceso judicial;
- sufrimiento psicológico;
- sensación de encontrarse sola en una situación así;
- falta de medios económicos para hacer frente al procedimiento;
- acogida deficiente, prejuicios en los servicios de atención miedo a que no se las tome en serio;
- banalización por parte de las autoridades;
- lentitud del proceso judicial;
- ausencia de pruebas;
- sentimiento de impunidad de los agresores.

Manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, **MdM**, Haïti, 2008.

**Mejorar el acceso de las víctimas de violencia de género al derecho implica:**

- informarlas sobre sus derechos fundamentales;
- acompañarlas durante los trámites judiciales;
- formar y sensibilizar a las autoridades públicas susceptibles de encontrarse durante el recorrido judicial con las víctimas (oficiales de policía judicial, abogados, jueces...).

**En Pakistán**, el proyecto de MdM tiene como objetivo mejorar la calidad y diversidad de servicios que se ofrecen a las mujeres en situación de miseria en los centros de acogida gubernamentales (*Dar-Ul-Aman*). Aquí, la dimensión jurídica de la atención se integró a través de la movilización de grupos de abogados voluntarios. Estos se encargan de informar a las mujeres sobre sus derechos y permitirles que se beneficien de un asesoramiento jurídico personalizado y de una asistencia legal con representación en los juzgados en caso de necesidad. Se creó en cada distrito un grupo de abogados voluntarios. La red cuenta en la actualidad con 85 abogados en activo, 42 de ellos formados por MdM.

**En Haití**, la Unidad de Investigación y Acción Médico-Legal (la asociación Uramel por sus siglas en francés, asociación haitiana) ha colaborado activamente durante mucho tiempo en el programa desarrollado por MdM. Uramel tiene por misión promover la medicina legal y el derecho médico particularmente entre los actores judiciales y los médicos, y entre el público en general. Además de formar a prestatarios de atención sanitaria para que utilicen el certificado médico y llevar a cabo acciones de incidencia política para la gratuidad de este certificado en las estructuras sanitarias, la atención jurídica de las víctimas de violencia de género se facilita a través de la puesta en red y la derivación a asociaciones de asistencia jurídica.

En el marco del proyecto puesto en marcha por MdM **en Guatemala** con mujeres trabajadoras en la industria de la exportación (maquilas textiles y agroindustriales), las víctimas de maltratos son derivadas a organismos colaboradores, principalmente a la asociación Derechos Humanos y a la instancia local de resolución de conflictos en las maquilas. Uno de sus objetivos es tratar las situaciones problemáticas y proponer apoyos adaptados.

**En Moldavia**, la asistencia jurídica de las víctimas de trata identificadas en el marco del proyecto de MdM se facilita derivándolas al Centro de prevención de la trata de mujeres (CPTF), que dispone de una delegación regional en la zona de intervención. Además de las consultas jurídicas, el CPTF también puede representar ante los tribunales a las víctimas que deseen presentar una demanda.

El informe de acción de Sofepadi [asociación congoleña de promoción y defensa de los derechos de las mujeres] **en Goma** es muy positivo: más del 60% de los detenidos de la prisión central de Goma son autores de maltrato sexual ya que la policía y los militares están obligados a luchar contra estos maltratos tras el trabajo de las asociaciones militantes incluso aunque el Estado a menudo intente disuadirlos.

Testimonio de **Bodeli Dombi David**, responsable de la policía especial de protección de la mujer y del niño en Goma, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

## 1. Informar a las víctimas sobre sus derechos

El objetivo es concienciar a las víctimas de maltratos de sus derechos fundamentales e informarles sobre las formas de hacer que se respeten. **Para ello, el personal también debe estar informado/sensibilizado sobre la legislación nacional, especialmente sobre las siguientes cuestiones<sup>158</sup>:**

**158. UNHCR**, *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées*, 2003.

→ ¿Cuáles son las leyes y procedimientos nacionales aplicables? ¿Cuáles son las diferentes definiciones legales de las diferentes formas de violencia de género?

→ Si la constitución del país incluye una declaración de derechos, ¿se pueden invocar las disposiciones apropiadas para tratar algunas formas de violencia de género?

→ ¿Cuál es la legislación relativa al aborto? Si el aborto suele ser ilegal, ¿existen circunstancias particulares (excepciones) en las que puede estar autorizado, por ejemplo cuando una mujer queda embarazada tras una violación, cuando la vida de la mujer está en peligro o cuando existen razones ligadas al bienestar psicológico de la mujer? ¿Cuáles son las pruebas requeridas para deducir la existencia de estas circunstancias particulares?

En Guatemala, la sensibilización de las comunidades, y sobretodo de las trabajadoras [en las maquilas textiles y agroindustriales], se lleva a cabo mediante la formación de promotoras de salud por parte del equipo de MdM [...]. Las mujeres formadas para ello podrán a continuación garantizar la promoción de la salud global entre sus colegas, en sus comunidades y en sus hogares. **Entre los temas abordados durante la formación, podemos citar el derecho al acceso a la atención sanitaria y el derecho al trabajo a través del estudio de los textos oficiales, estudios de caso y el conocimiento de las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que pueden aportar su apoyo.**

**MdM**, informe intermedio de operaciones, MAAIONG/AFD, Guatemala, julio de 2009.

## 2. El acompañamiento judicial

El acompañamiento judicial consiste en asistir a las víctimas de maltratos durante los trámites ante las autoridades judiciales, especialmente en la presentación de la demanda y la representación ante los tribunales.

En el marco de estas acciones, MdM facilita el acompañamiento derivando a las personas a profesionales del derecho. MdM trabaja también para mejorar el acceso de las víctimas de violencia al certificado médico, prueba determinante en el proceso judicial.

El acompañamiento judicial debe realizarse respetando los principios de escucha y empatía<sup>159</sup>, como en cualquier otra intervención con víctimas de maltratos.

Varios obstáculos, relacionados con la discriminación social y legislativa o con la complejidad de algunos sistemas judiciales, pueden limitar el acceso al derecho de las víctimas de maltratos por lo que éstas necesitan a profesionales que las acompañen durante el procedimiento.

En caso de solicitud de divorcio, el procedimiento particular de *khula* (divorcio sin falta) se aplica (entre otros) en Pakistán y Egipto. En Egipto, muchas mujeres lo utilizan como procedimiento rápido, pero aceptando perder sus derechos económicos futuros, reembolsar la dote que les aportó su marido cuando contrajeron matrimonio y devolver todos los regalos recibidos durante el matrimonio. Al contrario, cuando se trata de un divorcio con falta, la mujer puede mantener

<sup>159</sup>. Para más información, véase página 127, la parte relativa a la acogida y la identificación.

sus derechos económicos pero está sometida a condiciones probatorias estrictas (por ejemplo, las acusaciones de maltrato físico a menudo deben ir confirmadas por testigos). De nuevo aquí, y en todos los casos de divorcio, los maridos son poco propensos a aceptar los trámites emprendidos por su mujer. Por lo tanto éstas a menudo se desaniman antes de emprender cualquier procedimiento.

**Dr Adly Magda**, "L'accès au droit facilité pour les femmes victimes de violences", taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

En Francia, dentro de la misión para las personas que se prostituyen en Nantes, MdM acompaña a veces físicamente a la comisaría a aquellas que desean presentar una denuncia o cuando la policía no ha tenido en cuenta la denuncia en la primera visita. MdM también las deriva a abogados.

**Este acompañamiento sólo se lleva a cabo cuando las personas lo solicitan.**

En Pakistán, uno de los mayores problemas del sistema judicial es su complejidad, y más particularmente la multiplicidad de competencias que intervienen en los casos de maltrato. Los asuntos personales y familiares así como algunas leyes penales, están sometidos al derecho de cada comunidad religiosa y al derecho tribal (el derecho tribal puede estar considerado como un sistema de reconciliación y de mediación que no tiene legitimidad jurídica), incluso

aunque cada ciudadano deba someterse al derecho constitucional.  
Por lo tanto existen sistemas jurídicos y judiciales paralelos, que confunden a los profesionales en general y a las víctimas de maltratos en particular. Las víctimas, al no saber a qué sistema acudir, se dirigen a varias jurisdicciones para tratar el mismo asunto, sin que haya incompetencia por parte de uno u otro. De ahí que las víctimas corran el riesgo de estar sometidas a las decisiones que emanan de diferentes tribunales pudiendo ser contradictorias.

**Imran Ali**, "Le cas du Pakistan: Actions pour la protection des droits de l'Homme – Mariage, divorce et droit de propriété", taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

Como para todos los sectores de la atención de víctimas de maltratos, **todo trámite de asistencia y acompañamiento judicial debe estar pensado para la necesidad de protección de las víctimas. Esta protección debe igualmente garantizar la seguridad de cualquier persona implicada en los trámites judiciales contra los autores de violencia de género, es decir, testigos y acompañantes.**

página siguiente **Lusenge Julienne**, "L'accès au droit et à la justice pour les femmes victimes de violences", Taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, Kinshasa (RDC), MdM, abril de 2010.

## RIESGOS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN

### EL ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO SEXUAL EN NORD-KIVU POR LA ASOCIACIÓN SOFEPADI

(Solidaridad femenina por la paz y el desarrollo integral)

	<u>Tipos de incidentes</u>	<u>Medidas</u>
<u>Víctimas</u>	Maltrato sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Codificación de los identificadores: de la identificación a la atención</li> <li>– En audiencia foránea: cubrir a las víctimas con un velo</li> <li>– Acompañamiento obligatorio en cada etapa del proceso</li> </ul>
	Amenazas físicas, agresores en libertad provisional que puedan atentar contra la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Solicitud expresa de garantías de seguridad ante la justicia: argumento desarrollado por abogados en sus alegatos</li> <li>– Citaciones directas en el tribunal</li> <li>– Contacto permanente con las autoridades</li> <li>– Desplazamiento de la víctima</li> </ul>
	Amenazas verbales, injurias verbales graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Refuerzo de la asistencia psicológica</li> <li>– Sensibilización de las comunidades</li> </ul>
<u>Testigos</u>	Represalias de los agresores contra los testigos y sus familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contacto con las autoridades locales para garantizar la seguridad de los testigos</li> </ul>

<b>Acompañantes</b>	Amenazas graves que puedan atentar contra la vida	– Contacto con las autoridades locales y denuncia de casos
	Visitas nocturnas a domicilio por hombres armados: robo de bienes, pérdida de datos y otras herramientas importantes de trabajo	– Reforzar los servicios de vigilancia de nuestras oficinas, salvaguarda de datos
	Registros no esperados de oficinas y locales (servicios de información o milicias)	– Hacer inventario de los archivos, guardar los datos en tres soportes: Flash, CD y caja Martus, imprimir los documentos sólo si es necesario.
	Arrestos arbitrarios seguidos de detenciones ilegales	– Denuncias ante las autoridades y alerta rápida
	Amenazas verbales (injurias y acusaciones gratuitas, etc.)	– Interpelación y denuncia en sesión de concertación entre colaboradores

El Estatuto de Roma presta una atención especial a los intereses y a los derechos de las víctimas (que han sufrido experiencias traumáticas) y/o de los testigos (que desempeñan un papel crucial para denunciar a los criminales ante los tribunales). Se ha creado también una unidad de ayuda a las víctimas y a los testigos en la Corte penal internacional. Esta unidad formula planes a corto y largo plazo para garantizar la seguridad de las víctimas y de los testigos, recomienda a los órganos de la Corte adoptar medidas de protección y aconseja a las víctimas y testigos que comparecen ante la corte.

Así, basándose en las recomendaciones de la unidad, la CPI puede proteger la identidad de las víctimas y de los testigos o de un acusado ordenando un juicio a puerta cerrada para cualquiera de las partes del proceso o permitir que las declaraciones sean recogidas por medios electrónicos u otros medios especiales<sup>160</sup>.

**PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATOS CONTRA CUALQUIER POSIBLE PELIGRO EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DE COMUNICACIÓN**

Se debe preservar la protección de las personas durante todas las fases de nuestra intervención, incluidas las acciones de comunicación. Toda acción de comunicación (reportajes o testimonios escritos, fotografías o videos) puede revelar alguna información característica de la situación de una persona. Estos datos e indicios personales pueden perjudicar gravemente la seguridad física de las víctimas de maltratos proporcionando información al agresor y facilitando por lo tanto represalias.

Las acciones de comunicación también pueden perjudicar la confidencialidad deseada por la persona al divulgar información que deliberadamente ésta había decidido omitir. Informar sobre las situaciones de violencia implica por lo tanto, respetar algunos principios éticos<sup>161</sup> y especialmente: el principio de no perjudicar, el respeto de la confidencialidad y el consentimiento libre y claro del paciente.

**160.** Desmarest Anne, "Le cadre légal international et régional relatif aux femmes victimes de violences liées au genre", 2008.

**161.** Para más información, véase la página 157, la parte relativa a los principios de ética médica.

**Los principios éticos imponen evaluar, según los posibles beneficios de la comunicación prevista, los posibles riesgos incurridos por las personas que aportan un testimonio.**

Si existe un riesgo, cualquier signo de reconocimiento de la persona debe borrarse en nombre de estos principios.

La "Carta de Médicos del Mundo sobre la recogida de testimonios por parte de la prensa"<sup>162</sup> insiste sobre:

- **"El respeto del anonimato de los pacientes:** cambiar el nombre, emborronar el rostro, evitar detalles geográficos, etc.
- **La elección de un lugar de reunión aislado** (fuera del centro de salud o del pueblo).
- **Un estudio detallado de la situación,** caso por caso, entre el departamento de comunicación y el terreno."

En el caso de reportajes fotográficos o de recogida de testimonios, el consentimiento libre y claro implica informar a la persona en cuestión sobre la utilización exacta que se hará de su imagen y testimonio. Si la persona no consiente o no está en medida de comprender los riesgos, se debe borrar cualquier indicio que permita su reconocimiento.

**El interés de la persona es más importante que cualquier otra consideración, incluida la incidencia política y la promoción de los derechos.**

162. "Carta de Médicos del Mundo sobre la recogida de testimonios por parte de la prensa", abril de 2010.

# 3 F

## EL CERTIFICADO MÉDICO POR VIOLENCIA

### ¿CERTIFICADO MÉDICO O CERTIFICADO MÉDICO-LEGAL?

De un modo general, un certificado es un escrito emitido por una autoridad competente y que da fe de una situación.

Así pues, podemos definir el certificado médico por golpes y lesiones como un "certificado oficial de un estado médico"<sup>163</sup>. Representa la herramienta a través de la cual el personal sanitario (por lo general un médico) certifica el estado de salud física y psíquica de un paciente/herido y se pronuncia sobre la compatibilidad de este estado con las declaraciones de la persona.

Aplicamos el calificativo "médico-legal" a un certificado emitido por un médico cuando ha sido solicitado previamente por una autoridad judicial.

163. Definición del **Dr Pouillard Jean**, ex agregado asesor de los hospitales de París, vicepresidente del Consejo Francés de la Orden de los Médicos y miembro de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.  
[http://www.entremed.fr/doc/redaction\\_certificats.pdf](http://www.entremed.fr/doc/redaction_certificats.pdf)

El certificado médico-legal es pues “un documento emitido por un médico (o por una institución médica) que debe ser remitido a un juez u otra autoridad judicial en el caso de una demanda o acusación<sup>164</sup>.”

**El documento emitido por un médico (o personal sanitario habilitado) a instancia de un paciente sin que medie solicitud judicial se califica de certificado “médico”.**

## 1 / IMPORTANCIA DEL CERTIFICADO MÉDICO

### 1. Relación entre certificado médico y ética médica<sup>165</sup>

El certificado médico descriptivo hace referencia a la “obligación de certificar”, principio fundamental de la ética médica. Este documento forma parte de los certificados obligatorios que el médico tiene el deber de redactar y entregar a todo paciente que desee una certificación de sus lesiones o de su estado de salud.

Con frecuencia se da el caso de personas víctimas de violencia que no solicitan de manera espontánea este certificado, principalmente por falta de información en relación con su utilidad. En estos casos el médico tiene la responsabilidad de informarla y proponerle un certificado médico.

**La expedición de un certificado médico es un derecho de todas las víctimas de violencia y una obligación de todo médico.**

---

La medicina legal y, más en concreto, la expedición de certificados médicos por violencia, debe considerarse parte integrante de la práctica médica y no debe separarse de ella.

### 2. Relación entre atención médica y justicia

El acceso a una atención médica y a la justicia son dos componentes esenciales de la rehabilitación de las víctimas de violencia. **En el caso de un proceso judicial, el certificado médico constituye un elemento decisivo de prueba. Así pues, se encuentra en el cruce entre lo médico y lo jurídico, entre la atención y la protección.**

El compromiso con un acceso eficaz a un certificado médico de calidad es, pues, primordial.

No obstante, hoy existe no un marco internacional común que regule la redacción y las condiciones de entrega de estos certificados médicos en caso de violencia; las enormes diferencias entre un país y otro plantean la cuestión de los derechos de la persona en tanto que paciente, pero también en tanto que víctima de violencia. Sin embargo, tal marco resulta indispensable para poder definir unas directrices en relación con el valor jurídico del certificado médico, el proceso de su expedición, los profesionales de la salud habilitados, su formato y su contenido.

### 3. Utilidad del certificado médico

Los certificados médicos por acto de violencia se **destinan principalmente a un uso judicial**. La persona que desee

<sup>164</sup>. Unidad de salud internacional, Montreal, 2009.

<sup>165</sup>. Para más información, véase página 155 la sección relativa a la atención médica.

recurrir a la justicia para hacer valer sus derechos y obtener reparación puede presentar su **certificado médico como prueba que certifique la violencia padecida**.

**En todo procedimiento civil o pena, el certificado condiciona:**

- La calificación de los hechos (la infracción);
- En algunos países, la naturaleza del tribunal competente;
- La gravedad de las penas.

En determinadas situaciones, pueden dar derecho a una pensión de invalidez, a una indemnización concedida por un tribunal nacional o internacional o a beneficiarse de un fondo de indemnización.

La persona puede también valerse del certificado a su llegada a un país con el objeto de **consolidar un expediente de demanda de asilo de un estado alternativo de protección**. De este modo, los certificados médicos pueden resultar muy útiles incluso aunque no sea posible hacerlos valer en el país de origen (situaciones de conflicto y/o corrupción, sistema jurídico que ha dejado de funcionar).

“Para obtener el estatus de refugiado es imprescindible que me haga llegar un certificado médico que mencione las marcas que tiene en el cuerpo, en concreto en el ojo, como consecuencia de la tortura y los malos tratos a los que se ha visto sometido<sup>166</sup>.”

**166.** Fassin Didier, D'Halluin Estelle, “The Truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers”, *American Anthropologist*, 2008.

“La tortura forma parte de nuestra rutina en la Ofpra [oficina francesa de protección de los refugiados y de los apátridas] y por ello se banaliza; la palabra no basta. Cuando las personas hablan de cicatrices les pedimos que vayan a ver a un médico. Por ello, el certificado debe ser tan detallado como una foto<sup>167</sup>.”

Con respecto al derecho a la información aplicable a cada paciente, el médico debe mencionar de manera sistemática estas posibilidades de utilización del certificado médico en caso de violencia. Corresponde a la propia persona decidir si lo va a usar o no, y cómo. Pero corresponde al personal médico certificar las violencias constatadas. **El hecho de no expedir certificados contribuye a banalizar ciertos delitos y a hacer desaparecer las pruebas de las violencias.**

## 2 / CARACTERÍSTICAS DEL CERTIFICADO MÉDICO POR ACTO DE VIOLENCIA

### 1. Valor jurídico

Es habitual que las autoridades judiciales no concedan el mismo valor jurídico a los certificados expedidos a petición de una persona que haya padecido violencia que a los certificados expedidos a instancia judicial tras visitar una comisaría (certificados médico-legales). **El certificado del médico no jurado nunca tendrá valor de prueba absoluta, sino que será un importante elemento de prueba y a menudo**

**167.** Dromer Carole, “Le certificat médical, pièce jointe à la demande d’asile en France”, memoria de máster 2 DH/DIH, 2007.

el único elemento material que quede después de unos años, además de la palabra de las personas.

**No es necesario ser jurista o experto ante los tribunales para redactar un certificado médico: cualquier médico puede hacerlo.** Así pues, la calidad del documento depende de la capacidad del médico para describir las lesiones y redactar un certificado médico con fuerza probatoria.

**El incumplimiento de los formalismos no priva de su valor a un certificado médico.** Si bien es necesario informarse de la normativa aplicable en cada país (¿quién está capacitado para redactar un certificado? ¿existe un formato oficial? etc.)

**El certificado no pierde su validez por el paso del tiempo.** En cambio, **su uso ante la justicia puede resultar imposible en caso de prescripción de la infracción.** En numerosos países la persona puede demandar a otra por hechos graves durante al menos veinte años desde el momento en que se cometieron los hechos con el fin de hacer justicia y obtener reparación. En cualquier caso, la persona debe conservar su o sus certificados de manera indefinida.

## 2. Carácter potencialmente peligroso

### Para la víctima:

Cuando una persona víctima de violencia realiza gestiones para recibir algún tipo de atención, puede tener que hacer frente a represalias. El hecho de revelar los actos violentos a un agente sanitario y, sobre todo, interponer una demanda, puede exponer a la persona a riesgos para su salud y su vida.

Sin embargo, **la persona es la única que puede valorar las ventajas y riesgos de utilizar el certificado médico**

**y decidir el momento más apropiado para hacerlo, en todo caso con la ayuda de otras organizaciones.**

El médico, por su parte, debe prestar atención al uso que hace del certificado médico y a los consejos que da a las personas. En un primer momento **es necesario leer el certificado a la persona y asegurarse de que comprende su contenido y alcance.** De este modo la persona podrá decidir por sí misma qué desea hacer. A continuación es necesario indicarle la posibilidad de utilizar el certificado a título médico-legal en un recurso judicial o no judicial.

En principio, el certificado médico se entrega directamente al paciente. En MdM se prohíbe transmitirlo a terceros. Si la persona rechaza llevarse un ejemplar, el agente sanitario deberá guardarlo en un archivo seguro e informar de que la persona podrá venir posteriormente a buscar el certificado. **En cualquier caso el certificado médico se expide en dos copias; el agente sanitario conservará una de ellas en un lugar seguro**<sup>168</sup>.

**“En Kinshasa,** en la República Democrática del Congo, resulta peligroso entregar un certificado médico a un niño que viva en la calle. Existe el riesgo de perder el documento o de que lo roben; de este modo, el niño víctima de la violencia podría enfrentarse a las represalias de su agresor. De ese modo, sólo MdM conserva las copias de los certificados médicos”.

Testimonio presentado en el taller “Protección de las niñas de la calle en Kinshasa”, MdM, abril de 2010.

**168.** Para más información en relación con el almacenaje y transmisión de certificados médicos, ver **Dromer Carole, Desmarest Anne y Delorme Adrien, La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles (estado de salud e historia personal)**, MdM Francia, 2010.

### Para el médico:

La redacción del certificado es una obligación, pero puede también suponer un riesgo para la persona que lo ha redactado. Además de la responsabilidad jurídica derivada de esta habilitación, todas las personas implicadas en una acción potencialmente coercitiva para un tercero pueden verse sometidas a presiones, sobre todo si se trata de alguien influyente.

Es importante gestionar este riesgo y los temores asociados valorando la oportunidad de hacer firmar el certificado médico por médicos o personal sanitario nacional o expatriado, y limitando su presencia ante los tribunales. Si una persona utiliza el certificado ante los tribunales, MdM puede decidir limitarse a confirmar su autenticidad, sin comparecer.

Además, la pertenencia a una organización internacional puede crear reticencias en cuanto a la redacción de un certificado médico por violencia, sobre todo en el contexto de estados represivos y/o policiales. En efecto, esta práctica por parte de médicos que trabajan para entidades extranjeras puede, en algunos casos específicos, disgustar a las autoridades y obstaculizar la acción de la asociación en el país.

**En Egipto** toda actividad que pueda interpretarse como atentado a la imagen del estado o que no se adapte “al contexto cultural del país” podría cuestionar la presencia de MdM en el país. La redacción de un certificado médico con fines judiciales en el marco de un proceso contra actos de violencia, hechos que con frecuencia suponen un tabú, puede considerarse una de estas situaciones.

Informe sobre el acceso al certificado médico, **MdM**, Egipto, abril de 2009.

## 3 / POR UN ACCESO EFICAZ AL CERTIFICADO MÉDICO

A menudo el acceso eficaz al certificado médico se ve limitado por una serie de factores tales como la **ausencia de personal habilitado** en las estructuras sanitarias, la **no gratuidad de su expedición**, la obligación de la mujer de estar acompañada durante una consulta médica o incluso la obligación de interponer previamente una demanda ante las autoridades. **La extensión y complejidad del circuito de obtención de un certificado médico por violencia puede ser un factor verdaderamente disuasorio para las personas que desean hacer valer sus derechos.** Confrontadas a numerosos obstáculos, las víctimas de violencia se desmotivan y abandonan sus gestiones.

En Egipto, dado las víctimas de violencia deben presentarse ante un puesto de policía para formular una solicitud para un certificado médico, las chicas jóvenes que viven en la calle no recurren a él porque temen “que las arresten o las agredan de nuevo”.

Informe sobre el acceso al certificado médico, **MdM** Egipto, abril de 2009.

**Idealmente debería conseguirse que toda persona víctima de violencia tuviera un acceso directo y gratuito<sup>169</sup> a personal sanitario formado y habilitado para cumplimentar y expedir sin necesidad de más intermediarios un certificado médico descriptivo para que dicha persona pueda valerse del mismo ante la justicia si lo desea y cuando lo desea.**



## 1. Circuito ideal de obtención de un certificado médico por violencia



En función de los obstáculos específicos encontrados en un contexto determinado, **se pueden plantear ciertas acciones para facilitar el acceso de las víctimas de violencia al certificado médico.**

A nivel operativo cabe destacar la organización de:

- Sesiones de formación destinadas al personal médico con el objetivo de mejorar su capacidad para redactar certificados con eficacia probatoria;
- Campañas de sensibilización sobre la importancia del certificado médico y los principios éticos aplicables al personal sanitario.

Allí donde el marco jurídico nacional impone la gratuidad del certificado médico, se trata también de asegurar que el personal de las estructuras apoyadas por MdM aplica este principio de manera efectiva.

También **pueden implantarse acciones reivindicativas para hacer evolucionar el marco legal** (gratuidad del certificado médico, personal médico habilitado para expedir un certificado, simplificación del circuito de obtención...)170.

## 2. ¿Quién puede expedir un certificado médico?

En la mayoría de contextos de intervención de MdM es un médico quien debe examinar a la persona y a continuación redactar y firmar el certificado. En ocasiones, el marco legal autoriza a personas que no son médicos a emitir certificados; en algunos casos, por el contrario, la ley sólo habilita a médicos nacionales y jurados.

**En Liberia**, el ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales prevé que todo médico, asistente de médico, enfermero o comadrona pueda redactar un certificado médico por actos de violencia.

**En Francia**, “el certificado médico [en apoyo a una solicitud de asilo] puede ser emitido por cualquier médico y la Comisión de Recursos de Refugiados [CRR]171 no aplica jamás el

169. O, al menos, servicio incluido en el precio de la consulta.

170. Para más información, consultar en la página 330 la sección relativa a las estrategias y acciones reivindicativas y al kit de herramientas para el desarrollo de una reivindicación en favor del acceso a un certificado médico por violencia.

171. La CRR es ahora el Tribunal Nacional del Derecho de Asilo.

recurso a un experto médico judicial. Es preferible que sea el propio médico que trata a la víctima quien redacte el certificado a condición de que esté informado del contexto de la demanda y de las reglas de la certificación. [...] En su defecto, es posible recurrir a un médico forense. En cualquier caso, la imparcialidad y la experiencia son indispensables para ambas partes<sup>172</sup>.

Es importante consultar la legislación nacional y cuestionarse la validez de los certificados médicos expedidos por un agente sanitario cualquiera. Pero, **en cualquier caso, sea cual sea el contexto, es esencial que cualquier persona que haya sido víctima de violencia tenga la posibilidad de obtener un certificado médico expedido por cualquier médico.**

En la práctica, los médicos (ya sean nacionales o expatriados) suelen ser poco abundantes y concentrarse en las grandes ciudades. Así pues, el acceso a una persona habilitada para redactar un certificado médico es limitado. Pueden contemplarse ciertas soluciones. Dado que los médicos son los únicos reconocidos por la ley para expedir un certificado médico y que su presencia es escasa en determinadas zonas, puede implantarse un sistema de coordinación y colaboración entre el personal sanitario y los médicos.

**En Goma**, si bien los médicos son los únicos habilitados para expedir certificados médicos por violencia, la mayor parte de los centros de sanidad son gestionados por

172. Guía Comede 2008.

enfermeros [sobre todo en zonas rurales]. En este caso, el procedimiento de expedición de un certificado médico por violencia dependerá de la buena voluntad de los agentes sanitarios para recurrir dentro de un plazo razonable a médicos que, a su vez, deben poder estar disponibles.

**El acceso efectivo a un certificado médico depende asimismo de la formación de los agentes sanitarios y de la sensibilización de todos los intervinientes que se encuentren en el recorrido que debe seguir la víctima.**

Idealmente, las personas habilitadas para redactar un certificado médico deben desarrollar estas competencias en el marco de su **formación inicial**.

**En Haití**, las dificultades del certificado médico por violencia han sido solventadas por el conjunto civil. Las autoridades públicas han respondido a esta iniciativa integrando en 2001 un plan de estudios de medicina legal en dos facultades de medicina.

Informe sobre el acceso al certificado médico, **MdM**, Haití, abril de 2009.

La **puesta al día/formación continua** también es importante. En el caso de las sesiones de formación organizadas a iniciativa de la sociedad civil o de asociaciones internacionales, resulta esencial implicar a las autoridades estáticas para incitarlas a desarrollar estos programas.

Todo **interviniente que se encuentre en el recorrido de atención** a víctimas de violencia (agentes sanitarios, psicólogos,

asistentes sociales, asesores legales, magistrados, policías...) deben igualmente estar suficientemente sensibilizados frente a los desafíos que rodean al acceso y uso del certificado médico.

**Una buena coordinación entre todos estos actores podrá facilitar el recorrido de la víctima para la obtención del certificado médico.**

En 1999, MdM y la Unidad de Investigación y Acción Médico-Legal (Uramel) organizaron en Haití un seminario sobre “La Pericia Médica” en colaboración con la Escuela de la Magistratura.

El objetivo del seminario consistía en formar a un grupo de profesionales del derecho y de la sanidad en el delicado ejercicio de la experiencia médica, pero también estimular una concienciación de la importancia de la colaboración entre juristas y personal sanitario en el proceso de la investigación judicial.

### 3. Para un acceso directo: ¿a quién entregar un certificado médico?

“El certificado es un documento médico confidencial ya que procede del historial médico de la personal, por lo que en principio el agente sanitario debe **entregárselo exclusivamente al paciente y en mano**<sup>173</sup>.”

Este es el principio que responde a las exigencias de protección y confidencialidad que corresponden a los pacientes.

**173.** Dromer Carole, Desmarest Anne y Delorme Adrien,

*La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles (estado de salud e historia personal)*, MdM Francia, 2010.

**De este modo, en MdM se prohíbe transmitir el certificado a terceros excepto en los siguientes casos:**

- Cuando se trate de un menor o de un mayor de edad incapacitado. En tal caso el certificado debe remitirse al tutor legal;
- Cuando se trate de un requerimiento judicial. En tal caso será expedido por el agente sanitario directamente a las autoridades solicitantes.

### 4. ¿Cuándo puede expedirse un certificado médico?

Un certificado médico por violencia puede **establecerse en todo momento** (antes de la prescripción de la infracción) **a partir del historial médico de la persona**, en tanto haya sido examinada por un agente sanitario en el momento de los hechos. Idealmente, el certificado será expedido en el momento del primer examen, precisando la información constatada en ese día. De cualquier modo, también puede redactarse con ocasión de una visita posterior. El certificado llevará entonces la fecha del día en que fue redactado y precisará que hace referencia a elementos del historial médico para describir constataciones anteriores.

### 5. Por un acceso gratuito al certificado médico

El principio de **gratuidad del certificado médico** por golpes y lesiones es un elemento esencial. Bien la obtención de un certificado médico exija de acuerdo con la ley el pago de una tasa a cambio, bien las personas implicadas en el circuito practiquen alguna forma de corrupción, los aspectos económicos pueden limitar de manera considerable el acceso efectivo a un certificado médico. Es necesario que la expedición del certificado médico forme parte de la consulta y no suponga costes adicionales.

**En Haití**, desde 2007, dos circulares firmadas de manera conjunta por el ministerio de Sanidad Pública y Población y el ministerio de Condición Femenina y Derechos de las Mujeres aclaran el marco legal que rodea el certificado médico-legal. [...] la segunda circular impone la gratuidad del certificado médico en tanto que acto médico practicado en instituciones públicas.

Informe intermedio de operaciones, MAAIONG/AFD, **MdM** Haití, 2009.

**En Perú**, los resultados de los exámenes médico-legales y de evaluación psicológica no se remiten a las víctimas de violencia. Si éstas desean una copia, deben abonar tres soles (un dólar) en el Banco de la Nación (que es de titularidad estatal) y, con el recibo, personarse en el Instituto de Medicina Legal donde se han desarrollado las pruebas para solicitar la copia.

Informe sobre el acceso al certificado médico, **MdM** Perú, abril de 2009.

El aspecto formal del documento está sometido a características precisas para garantizar su eficacia probatoria ante las instancias judiciales.

## 4 / LA REDACCIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO

Con el objeto de asimilar las diversas exigencias relativas a la redacción de un certificado médico, se ha elaborado una ficha técnica que resume los elementos esenciales del documento<sup>174</sup>.

### 174. Dromer Carole, Desmarest Anne y Delorme Adrien,

*La ética en el terreno: gestión de los datos personales sensibles (estado de salud e historia personal)*, MdM Francia, 2010.

## FICHA TÉCNICA: LA REDACCIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO

### 1. Identificación

*El abajo firmante, Dr. X de Médicos del Mundo, certifica haber examinado (revisado) al Sr./a la Sra.... nacido/a el...*

→ **Identidad del médico firmante**, nombre de la ONG.

Resulta inútil hacer constar todos los diplomas del médico, a no ser que eso pueda añadir credibilidad al certificado médico.

→ **Apellidos, nombre, fecha de nacimiento** de la persona examinada.

Por razones de seguridad, no indicar la dirección de la persona examinada.

### 2. Declaraciones de la persona

*Don/Doña X declara (o informa con o sin la asistencia de un intérprete): "....."*

El uso de comillas permite indicar que se procede a citar directamente al paciente/herido.

También se puede emplear la siguiente fórmula:

*Hechos declarados o declaración de la persona examinada:*

- Golpeada en el rostro
- Amenazada
- Arrastrada por el pelo
- ...

→ Anotar la **fecha de los hechos**.

→ Retomar las **palabras de la persona** para narrar las circunstancias, la fecha y el lugar de la agresión utilizando la fórmula: *Don/Doña X declara: "....."*.

No juzgar la claridad o la coherencia de la exposición (eso corresponde al juez).

→ Notificar **únicamente los hechos** que tengan una **consecuencia directa** sobre el estado de salud y las constataciones médicas.

**No escribir toda la declaración, no es necesario retomar toda la historia de la persona.**

→ Utilizar **el presente o el pasado.**

**No utilizar el condicional ni giros del estilo “sostiene” o “alega”, que podrían llevar a pensar que se duda de las declaraciones de la persona.**

### **3. Quejas/Examen clínico**

*Don/Doña X se queja de: .....*

*– Estado emocional: .....*

**No emitir un certificado sin haber examinado al paciente.**

→ Anotar al menos el **aspecto emocional** de la persona durante la consulta (agitada, estresada, pasiva, sin energía, etc.); si se tiene competencia para ella, anotar los datos del **examen psíquico**.

*– Estado físico: .....*

→ Mencionar en el examen clínico solo aquello que sea significativo en relación con los signos funcionales y los acontecimientos.

**No mencionar todas las señales negativas o que no aporten nada, como la presión arterial, el peso (si es normal)..**

**No mencionar enfermedades crónicas que no tengan nada que ver con los acontecimientos (si piensa que existe un vínculo entre ellos y los hechos dígalos y documéntelos).**

→ Anotar las constataciones del examen clínico **con el mayor detalle posible**: tipo de lesiones (abrasión, arañazos...), lugar exacto, largo y ancho, antigüedad si es posible

determinarla (con ayuda de dibujos si resultara necesario). Se pueden tomar fotografías si la persona está de acuerdo (convendrá entonces adjuntarlas al expediente médico y tratarlas como datos confidenciales).

→ En el caso de violencia sexual, anotar los datos resultantes del examen genital, anal y bucal.

→ En su caso, proceder a la **detección de un posible embarazo en curso o evaluar el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual.**

### **4. Exámenes complementarios (en su caso)**

.....

→ Anotar los exámenes complementarios practicados con ánimo diagnóstico o terapéutico, así como sus resultados (por ejemplo radiografías).

→ Anotar si el examen realizado **corroboras las declaraciones o el examen clínico.**

### **5. Toma de muestras (en su caso)**

.....

→ Mencionar las muestras tomadas a título médico-legal: la naturaleza de las muestras y su destino.

### **6. Informe del cirujano (en su caso)**

.....

→ En su caso, adjuntar al certificado el informe del cirujano. **Atención a la concordancia entre el certificado y los datos del informe del cirujano.**

## 7. Conclusiones

→ Indicar si las constataciones sobre el estado de la persona y su evolución **son compatibles con los hechos declarados por la persona.**

Es posible graduar la compatibilidad (*“las constataciones del examen tanto físico como psíquico son altamente compatibles con las declaraciones del Sr. X”*, por ejemplo. También puede decir: *“las señales demuestran que se ha producido un traumatismo psíquico”* o *“el examen corrobora las declaraciones de la persona”*).

**No calificar los hechos desde un punto de vista jurídico.**  
**“En conclusión, el Sr. X ha sido sometido a torturas”** o **“La Sra. Z ha sido violada”**: Corresponde a los jueces calificarlos.

→ Si la persona solicita **un certificado de violación** y no ha sido posible constatar lesiones físicas, concluir que **“la ausencia de lesiones físicas no es incompatible con los hechos declarados por Don/Doña X”**.

→ Si se describen **trastornos psicológicos sin lesiones físicas**, escribir:  
*“Los trastornos psicológicos de Don/Doña X son compatibles con los hechos declarados; la ausencia de lesiones físicas no puede rechazar los hechos”*.

**Atención:** **la ausencia de marcas físicas en el momento del examen clínico no permite concluir la ausencia de agresión, bien por las diversas formas de coacción que han podido aplicarse, bien en razón del tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta. Así pues, no se debe concluir la ausencia de agresión ni la ausencia de compatibilidad.**

→ Es posible indicar la eventual gravedad de las lesiones que se constatan desde un punto de vista médico, así como las posibilidades de recuperación bajo tratamiento.

→ Si la ley así lo exige, se determinará la incapacidad temporal total laboral (ITT)<sup>175</sup>.

**El certificado no debe contener ningún juicio de valor personal ni ninguna apreciación sobre la veracidad de los hechos (este no es el papel del personal sanitario). Así pues, no hay que pronunciarse si se cree a la persona: “creo que el Sr. ... dice la verdad”.**

## 8. Entrega del certificado

*Este documento se entrega en mano a Don/Doña « ..... »*

→ Anotar la persona a la que se entrega el certificado. Con frecuencia se entrega «en mano» a la persona afectada.

→ Si la persona es menor de edad, entregar el certificado a sus representantes legales (en la medida de lo posible).

**No entregar el certificado a terceros.**

## 9. Fecha, lugar, hora

*Dado en ..... (aldea, pueblo, distrito),..... (país), el .../.../..... (DD/MM/AAAA), a las ...horas...minutos.*

→ Indicar el lugar preciso, la fecha completa y la hora en la que se realizó el examen clínico.

No adelantar ni retrasar la fecha del certificado.

**175.** La ITT es distinta a la duración de la baja laboral.  
Para más información, consultar la página web del Colegio Nacional de Médicos de Francia, [www.cnomedecins-dz.com/articles.php?lng=fr&pg=47](http://www.cnomedecins-dz.com/articles.php?lng=fr&pg=47)

### 10. Firma(s), nombre(s) legible(s), sello

→ Si el certificado consta de varias páginas será necesario constatar la fecha, la hora, el nombre de la persona y el nombre del examinador en cada una de las páginas.

No contentarse con un sello: cuantos más datos identificativos del personal sanitario haya más creíble será el certificado.

No es necesario hacer firmar a la persona examinada.



Dr. Fulano DE TAL



→ La firma debe ser manuscrita.

El sello no debe ocultar la firma.

# 3G

## REINSERCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

➤ El apoyo para la reinserción social y económica constituye un aspecto esencial de la atención pluridisciplinar, participando plenamente en la rehabilitación global de las víctimas de violencia de género.

Aunque está en consonancia con nuestro enfoque de la atención a las víctimas de violencia de género, la reinserción social y económica generalmente no forma parte de nuestro ámbito de intervención. Médicos del Mundo Francia contribuye a este aspecto de rehabilitación mediante el desarrollo de redes de organizaciones y remitiendo a los usuarios de sus programas a las estructuras colaboradoras.

La reinserción social y económica nos remite a las nociones de **autonomía y “empoderamiento”** de las mujeres en general, y de las víctimas de violencia de género en particular. El empoderamiento hace referencia al individuo, al poder que puede tener sobre su propia vida, pero igualmente al colectivo,

al poder del individuo en el seno del grupo dentro de una visión colectiva de gestión de la sociedad y de la política.

El empoderamiento también se puede definir como “el proceso de adquisición de poder a nivel individual y colectivo. Designa, en un individuo o una comunidad, primero la capacidad de actuar de manera autónoma, pero igualmente los medios necesarios, así como el proceso para alcanzar esta capacidad de actuar, de tomar decisiones en sus modos de vida y de sociedad<sup>176</sup>.”

El empoderamiento de la mujer tiene cinco componentes: la auto-estima; el derecho a tener y determinar sus elecciones; el derecho a tener acceso a oportunidades y recursos; el derecho a poder controlar su propia vida, tanto dentro como fuera del hogar; y la capacidad de influenciar el sentido del cambio social para crear un orden social y económico más justo, a escala nacional e internacional.

United Nations Population Information Network (Popin),  
“Guidelines on women’s empowerment”.

## 1 / RECORDATORIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA VDG Y LAS **IMPLICACIONES SOCIO-ECONÓMICAS**

Las personas víctimas de violencia de género se pueden ver enfrentadas a dificultades socio-económicas relacionadas con las consecuencias inmediatas o a largo plazo de las situaciones de maltrato, como las siguientes:

- Distanciamiento de la pareja e, incluso, la separación;
- Pérdida de la vivienda y necesidad de un alojamiento (urgente, temporal y, más tarde, permanente);
- Interrupción de las actividades profesionales (pérdida de su empleo) o de la escolaridad;
- Dificultades escolares de los hijos/interrupción de la escolaridad;
- Ausencia/la pérdida de recursos económicos para alojamiento, comida, asistencia sanitaria, etc.;
- Empobrecimiento familiar;
- Reducción de las capacidades parentales: negligencia, abandono, rechazo, maltrato, especialmente hacia los hijos nacidos de una violación;
- Problema de la custodia de los hijos;
- ...

**Tal y como ya lo habíamos señalado en esta guía<sup>177</sup>, el contexto social y económico puede igualmente favorecer las situaciones de violencia, y especialmente:**

- El bajo nivel de estudios;
- El aislamiento, la falta de entorno;
- Los escasos ingresos/las condiciones económicas precarias;
- El desempleo;
- Importantes diferencias (de educación y económicas) en la pareja;
- ...

**176.** Commission femmes et développement, *L’approche de l’empowerment des femmes: un guide méthodologique*, Dirección general de la cooperación belga, junio de 2007.

**177.** Para más información, véase en la página 109 la parte relativa a las causas y consecuencias de los maltratos.

Más que cualquier otro factor, son la pobreza, el desempleo y la ausencia de futuro —que son aún mayores por encontrarse el país a las puertas de la Unión Europea— los que explican el fenómeno de la trata de personas.

Médicos del Mundo Francia, "Moldavie, la traite des êtres humains",  
*Journal des donateurs*, septiembre de 2008.

**Los determinantes socioeconómicos, que son al mismo tiempo las causas y las consecuencias de la violencia de género, constituyen grandes impedimentos para la reinserción social y económica de las personas víctimas de maltratos.**

## 2 / ACCIONES PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

### 1. Definiciones

**El trabajo social:** lo que denominamos "trabajo social" consiste en acciones que tienen como objetivo mejorar la situación de las personas en los planos social, económico, psicológico y cultural. Más concretamente se trata de informar a las personas en lo que respecta a sus derechos a prestaciones sociales, así como de orientarlas hacia servicios de apoyo.

La **reinserción social y económica:** se trata de un proceso que confiere a una persona las capacidades y la autonomía necesarias para reinsertarse en la sociedad a través de actividades sociales, económicas, o incluso educativas.

Permite determinar y superar las debilidades [individuales] y los límites [relacionados con el contexto] que contribuyen a una situación de vulnerabilidad, y dar lugar al disfrute de los derechos sociales y económicos<sup>178</sup>.

El trabajo social "busca promover el cambio social, la resolución de problemas en el contexto de las relaciones humanas y la capacidad y la liberación de las personas con el fin de mejorar el bienestar general [...]. El trabajo social sirve de punto de encuentro entre las personas y su entorno".

Definición de trabajo social adoptada por la **asamblea general de la Federación internacional de los trabajadores sociales**, Canadá, julio de 2000.

Consiste en estudiar y buscar, junto con la persona que ha sufrido maltratos, las posibles soluciones y los recursos disponibles, ya sea en el entorno familiar y social de la víctima (apoyo de la familia o amigos), o a través de asociaciones/organizaciones de la sociedad civil o de estructuras institucionales.

### 2. Acciones de atención y de acompañamiento

Estas acciones deben responder a las dificultades socioeconómicas de la persona, permitirle volver a encontrar un lugar/un papel en la sociedad, superar su situación de exclusión y facilitar su autonomía.

<sup>178</sup>. "Social rehabilitation of victims of violence", ficha temática n°9, taller regional sobre la atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), **MdM**, septiembre de 2009.

**Se puede apoyar a las víctimas de violencia de género, en su proceso de reinserción socio-económica, de distintas formas, tales como:**

- Apoyo psicológico;
- Educación y formación profesional;
- Apoyo al desarrollo de actividades generadoras de ingresos;
- ...

Se puede destacar una diferencia entre el trabajo social y el de ayuda a la reinserción económica. El primero engloba aspectos más generales de la vida y el entorno de cada persona; mientras que el segundo trata de manera más específica sus posibilidades en términos de actividades profesionales/generadoras de ingresos. No obstante, estas acciones son con frecuencia complementarias y partícipes de un mismo proceso.

“Es importante comenzar esta reinserción económica al mismo tiempo que el seguimiento psicosocial, porque éste permite a las víctimas descargar su sufrimiento. Durante los talleres o la formación, las chicas pueden intercambiar impresiones y proyectar su futuro. Lo peor para ellas, la estigmatización”.

Testimonio de Neema, 26 años, consejera psicosocial en Butembo, dossier de prensa **MdM** “RDC: le viol se généralise au Nord-Kivu”, noviembre de 2009.

### El apoyo psicosocial

El trabajo social puede contribuir a la rehabilitación psicológica de las personas víctimas de maltratos. Al fomentar y reforzar las relaciones sociales y comunitarias, tiene una repercusión en la salud mental individual de las personas. La familia y el resto de la comunidad desempeñan un papel importante en la capacidad

que tendrá la víctima para superar su experiencia traumática. De la misma manera, el apoyo psicológico permite actuar sobre el sufrimiento individual, para que éste ya no constituya un freno para la reinserción social y económica.

“El apoyo psicosocial reconoce la importancia del contexto social a la hora de afrontar el impacto psicológico de situaciones estresantes vividas en un contexto de urgencia. En la práctica, esto implica facilitar la reconstrucción de estructuras sociales locales (familia, grupos comunitarios, escuelas, etc.) que se hayan podido destruir o debilitar debido a una urgencia, de forma que puedan proporcionar un apoyo adecuado y eficaz a personas que sufran un estrés agudo debido a las situaciones que han vivido”.

**Nicolai S.**, Psychosocial needs of conflict-affected children and adolescents, 2003.

“El término “psicosocial” saca a la luz las relaciones y las interacciones permanentes entre los procesos psicológicos y sociales<sup>179</sup>.” Hablamos de **atención psicosocial**, ya que los agentes sociales han sido formados en el apoyo psicológico de las víctimas de violencia de género y llevan a cabo un doble trabajo de apoyo, social y psicológico.

En Goma (República Democrática del Congo), MdM trabaja en estrecha colaboración con organizaciones locales que actúan en el ámbito de la atención psicosocial de las víctimas

**179.** IASC Grupo de referencia, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Actors Know?*, Ginebra, 2010.

de violencia sexual.

La asociación refuerza así las competencias de las **asesoras psicosociales, que son las primeras personas con las que suelen encontrarse las víctimas de violencia sexual, a quienes asesoran y orientan.**

Al volver a sus países de origen, las víctimas de la trata de seres humanos y, especialmente, de explotación sexual tienen que hacer frente, frecuentemente, a una estigmatización por parte de su comunidad. El trabajo del equipo móvil de MdM en Moldavia, compuesto por una asistente social y una psicóloga, consiste en encontrar medios para luchar contra esta exclusión, con el objetivo de que las personas puedan ser reintegradas en su comunidad.

«A veces sus allegados piensan que ellas han perdido su reputación. [...] Por ello, trabajamos directamente con la familia y los vecinos para preparar el regreso de las víctimas a su comunidad. Asimismo, les ayudamos a realizar los trámites necesarios para que recuperen su documentación, un alojamiento, un seguimiento médico, etc.... Se trata de que vuelvan, paso a paso, a una vida normal».

Testimonio de Tatiana, asistente social, **MdM**, Moldavia, septiembre de 2008.

## La educación y la formación profesional

**La alfabetización** es un derecho humano, una herramienta de autonomía personal y un factor de desarrollo social y humano. Ahora bien, entre los adultos analfabetos en el mundo, dos tercios son mujeres.

“La alfabetización tiene una importancia crucial para que cada niño, joven y adulto pueda adquirir unas competencias básicas que le permitan hacer frente a los problemas que se puedan encontrar en la vida, y representa una etapa esencial de la educación de base, que es un medio indispensable de participación efectiva en la economía y la vida de la sociedad del siglo XXI”.

**Asamblea General de las Naciones Unidas**, resolución A/RES/56/116 del 18 de diciembre de 2001, “Decenio de las Naciones Unidas de la Alfabetización: la educación para todos (2003-2012)”.

En el marco de la atención a las víctimas de violencia de género, el acceso a la alfabetización y a la educación son piezas importantes que contribuyen a la rehabilitación de las personas implicadas. La falta de educación o el bajo nivel de estudios constituye, en efecto, factores de vulnerabilidad de la violencia de género, con frecuencia ligados a la precariedad social de determinadas víctimas. También puede representar un obstáculo para la atención de las víctimas, reduciendo la autonomía de las personas en cuanto a los trámites que deben seguir.

“Todos los residentes deben tener la posibilidad de recibir una educación básica y una formación profesional. [...] En función de su edad, cada niño que resida con su madre en el Dar-ul-Aman debe poder recibir una educación y participar en las actividades socio-educativas colectivas. Por otro lado, se animará a las mujeres residentes educadas a que enseñen a otras mujeres y niños”.

Indicaciones para la mejora del funcionamiento de los *Dar-ul-Amans* en la provincia del Punjab, establecidas por el Ministerio de Asuntos Sociales paquistaní.

Además de la educación relativa a los conocimientos básicos, los adultos pueden beneficiarse de **formación para cualificarse y profesionalizarse**, que les permita desarrollar medios de subsistencia.

Este tipo de formación también tiene un sentido social, ya que ofrece la posibilidad de construir un proyecto de vida y de proyectarse un futuro. En otras palabras, más allá de su perspectiva económica, estas acciones son participes de la reinserción social de las víctimas de maltratos.

Si encontrar un empleo en Moldavia resulta delicado para la mayoría de las personas, esta dificultad se agudiza para aquellas que han sido víctimas de la trata. En efecto, superar los traumas psicológicos y físicos requiere cierto tiempo antes de poder considerar volver al trabajo. Cuando se reúnen las condiciones, MdM orienta a los beneficiarias hacia la red de Agencias Nacionales para el Empleo locales, que disponen de ayudas y de programas de formación específicas para el público más vulnerable.

**MdM**, informe intermedio de operaciones, programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

**“Desde 2003, de los 1 016 casos que nos hemos encontrado, se han reinsertado 250 personas.** Estas mujeres han ido a uno de los ocho centros de aprendizaje para formarse, según su elección, en jabonería, cocina, punto, bordado, costura o agricultura. Las más jóvenes se han reinsertado en el sistema escolar y algunas de ellas han podido obtener un diploma universitario”.

Testimonio de Zawadi Mambo, de la **asociación Sofepadi**, en Beni, dossier de prensa MdM “RDC: le viol se généralise au Nord-Kivu”, noviembre de 2009.

## Las actividades generadoras de ingresos

En muchos contextos, las mujeres tienen un acceso limitado a las **actividades generadoras de ingresos**. De esta forma, se encuentran con que dependen de los ingresos de su entorno y, principalmente, de los de su marido. Cuando una de ellas es víctima de violencia de género y se atreve a decirlo, con frecuencia se ve enfrentada a la estigmatización de su familia y la comunidad, agravando aún más una situación ya precaria. Además, especialmente en el caso de violencia conyugal, denunciar al agresor equivale a menudo a perder el acceso a una parte, incluso a la totalidad, de los ingresos familiares, del alojamiento, etc.

En el marco de la atención pluridisciplinar, el desarrollo de actividades generadoras de ingresos permite ayudar a las víctimas de maltratos a acceder a una **mayor autonomía económica y a reforzar su independencia y su participación en el hogar y la comunidad**.

Entre 2004 y 2008, la oficina regional del sur de Asia de la Federación internacional de planificación familiar (IPPF) puso en marcha el proyecto *Working towards Safe Motherhood in South Asia: Combating gender based violence during pregnancy in Nepal and Bangladesh*.

En el marco de este proyecto y dentro de una óptica de generación de ingresos, un cierto número de mujeres se ha podido beneficiar de una ayuda económica directa en forma de préstamos, de adquisición de competencias y de apoyo para la creación de micro-empresas. Se han creado igualmente grupos de apoyo a las víctimas de violencia de género y grupos comunitarios para trabajar en la prevención de los maltratos y emprender acciones de sensibilización relativas a este fenómeno.

En 2008, muchas beneficiarias participaron en un taller, durante el cual pudieron intercambiar sus experiencias y sus reflexiones sobre este proyecto.

Una de las beneficiarias, una mujer procedente de Rupandehi (Nepal), nos cuenta cómo el microcrédito de 5 000 rupias que recibió para crear su propia empresa de venta de incienso le permite actualmente beneficiarse de un salario medio mensual de 5 000 rupias. Gracias a la Asociación Nepalí de Planificación Familiar (FPAN) pudo obtener esta ayuda, que había solicitado a raíz de sufrir maltratos físicos y psicológicos por parte de su familia política.

Otra mujer, de Makawanpur (Nepal), puso de manifiesto el vínculo existente entre independancia económica y autonomía social. Recibió un préstamo de 6 000 rupias para recibir una formación de mecánica de automóvil. Actualmente ejerce esta profesión junto a su marido, antes violento, y asegura que la mirada de su pareja ha cambiado, especialmente gracias a su posibilidad de generar ingresos para la pareja.

Por último, una mujer de Comilla (Bangladesh) cuenta que, a raíz de los maltratos psicológicos y de las presiones económicas ejercidas por su familia política, se dirigió a la Asociación de Planificación Familiar en Bangladesh (FNAB), que le ofreció una formación en piscicultura. Desde entonces, su marido trabaja a su lado y poseen sus propias dársenas de pesca.

Las acciones de **microcréditos** consisten en la atribución de préstamos de baja cuantía y están dirigidos a todas las personas que no pueden acceder a los préstamos bancarios habituales. La microfinanza está frecuentemente destinada a las mujeres, a veces incluso de manera exclusiva. “Las mujeres representan el 85 % de los clientes más pobres que se benefician de los servicios de microfinanza<sup>180</sup>”. Según Juan

Somavia, director general de la Organización Internacional del Trabajo, “los servicios de microfinanza contribuyen a la autonomía de las mujeres, ejerciendo una influencia positiva sobre su poder de decisión y reforzando su estatus socio-económico global”.

En Nepal, la esperanza de vida de las mujeres es inferior a la de los hombres. La tasa de mortalidad materna es de 7,4%, mientras que la tasa de mortalidad neonatal alcanza el 39%, se encuentran entre las más elevadas del mundo. El coste del traslado y el parto en el centro de salud resulta demasiado alto para la economía de la familia, que decide con frecuencia ahorrárselo, reduciendo así el acceso de las mujeres a la sanidad. En este contexto, MdM ha establecido un **programa innovador que asocia sanidad reproductiva y microcréditos**. Se han creado grupos de mujeres, que constituyen una especie de cooperativa: las mujeres administran ellas mismas unos fondos que les permitan en caso de necesidad desbloquear la suma necesaria para acudir a un centro de salud.

MdM, comunicado de prensa – Día Mundial de la Salud, 7 de abril de 2010.

Es importante recordar que, tanto para las actividades generadoras de ingresos como para toda acción humanitaria, se debe llevar a cabo una reflexión respecto a la población general. La intervención en un grupo específico puede resultar discriminatoria para el resto de la población y acentuar las dificultades de reinserción social de los beneficiarios.

**Asimismo, cabe destacar algunos efectos relacionados con las actividades de microcréditos desarrolladas específicamente para las mujeres.** En efecto, “aunque

<sup>180</sup>. Daley-Harris Sam, *State of the Microcredit Summit Campaign Report*, 2009.

el microcrédito refuerza la capacidad de las mujeres para hacer frente a la violencia familiar, en algunos casos, este sistema de préstamo ha aumentado los maltratos hacia las mujeres y las separaciones en el seno familiar<sup>181</sup>.”

Algunos estudios han demostrado también que las mujeres a veces tienen poco o ningún control sobre sus préstamos, siendo el marido o el miembro de la familia de sexo masculino el que toma todas las decisiones<sup>182</sup>. Por otro lado, el acceso al microcrédito también puede contribuir a aumentar la carga de trabajo de las mujeres.

La cuestión de la custodia de los hijos ha sido planteada en el marco de las iniciativas relacionadas con la autonomía económica de las mujeres. Algunas organizaciones han encontrado soluciones innovadoras para superar los impedimentos relacionados con el estatus de madre cuando se acumula con el de alumna o el de asalariada.

“El proyecto ha creado tres centros infantiles situados muy cerca de cada centro de alfabetización para permitir a los beneficiarios de las clases recoger a sus hijos sin ninguna prisa al final de cada sesión de clase. Dos cuidadores reciben cada día a 60 niños en cada centro infantil”.

“Caritas y el Banco Mundial apoyan la reinserción económica de los excombatientes”, **Relief Web**, RDC/Kalernie, febrero de 2010.

### En el marco del alojamiento temporal

Si bien la cuestión de la reinserción social y económica afecta al

<sup>181</sup>. Unescap, *Economic and Social Survey for Asia and the Pacific*, 2007.

<sup>182</sup>. Goetz Anne-Marie y Sen Gupta Rina, “Who takes credit? Gender, Power, and Control Over Loan Use in Loan Programs in Rural Bangladesh”, World Development, 1996.

conjunto de víctimas de violencia de género, las personas acogidas en un alojamiento temporal se ven especialmente afectadas.

### IMPLICACIONES DE LA REINSERCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA EN EL MARCO DEL ALOJAMIENTO TEMPORAL

Con motivo de un taller regional de intercambio de prácticas organizado por MdM en Nicaragua (en noviembre de 2008), los participantes destacaron la importancia de algunos aspectos:

#### Riesgos/tiempos asociados con los centros de alojamiento temporal:

- Algunas mujeres temen que su estancia en tales centros conduzca a su exclusión de la comunidad. Con frecuencia, el momento de salida del centro es muy temido;
- Además, muchas mujeres cuya estancia es demasiado prolongada, se ven obligadas a interrumpir sus actividades (pérdida de empleo/fuente de ingresos).

#### Criterios de selección de las mujeres víctimas de maltratos que pueden ser recibidas en los centros de acogida temporal:

- Imposibilidad de que la persona se aloje con sus familiares (o entorno social);
- Ausencia de recursos económicos propios.

#### Preparación/apoyo a la salida del centro de acogida temporal:

- Implementar en los centros de acogida cursos de formación profesional que ayuden a las y los residentes a encontrar o recuperar un empleo y una autonomía económica cuando salgan;
- Apoyo durante la reinserción en su hogar y en su vida familiar;
- Coordinación con diferentes instituciones para encargarse de su vuelta a su hogar (transporte).

En Paquistán, MdM trabaja en los centros de alojamiento temporal gubernamentales (Dar-ul-Amans) destinados a las mujeres en situaciones especialmente difíciles y a sus hijos. Apoyándose en un estudio llevado a cabo por estudiantes del Departamento de trabajo social de la universidad del Punyab, se ha realizado una reflexión en torno a las necesidades de las residentes y de los posibles campos de intervención social. Este estudio ha permitido realizar algunas propuestas para la rehabilitación de las residentes tras su salida.

### **PROPUESTAS PARA LA REHABILITACIÓN SOCIAL** **DE LA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

- Dar prioridad a la protección y a la seguridad de las mujeres.
- Superar la separación entre la situación dentro/fuera de los DUA (Dar-ul-Amans) y durante/después de la estancia en los DUA (liberalizar los DUA asegurando la seguridad, un seguimiento adecuado y la implicación de la familia y de la comunidad, si es posible).
- Superar la separación entre los DUA y “el resto del mundo”, incluyendo, por ejemplo, los DUA en un sistema de protección social para las mujeres en situaciones difíciles: coordinación entre las instituciones/servicios gubernamentales (policía, colegio, etc) y la sociedad civil (asociaciones, voluntarios, etc).
- Abrir los inventarios de posibilidades/oportunidades, partiendo de las necesidades de las mujeres y teniendo en cuenta sus capacidades/competencias, así como la viabilidad de su proyecto personal.
- Sensibilización a nivel familiar y comunitario, individual y colectivo, para eliminar la estigmatización de los DUA y de las mujeres que hayan estado ahí. Reforzar la defensa y sensibilizar a gran escala.

**Maqbool Roohi**, “Reintegration of victims of violence, particularly residents of the *Dar-ul-Amans*, based on their needs”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

# 314

## **OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN**

➤ Existen **numerosos obstáculos que se interponen a la atención de las personas víctimas de violencia.**

Las primeras dificultades radican en las propias víctimas, que pueden tener dudas a la hora de solicitar atención por miedo a ser rechazadas o a represalias, o incluso por vergüenza. Asimismo, puede ser difícil acceder a los centros de atención, especialmente por razones económicas o geográficas.

Otros obstáculos están relacionados con el personal sanitario. Así, según un estudio sobre las experiencias negativas que tienen las mujeres con el personal sanitario<sup>183</sup>, muchas declaran que el personal parecía desinteresado, escéptico o que incluso se enfadaba cuando contaban su historia. Por otro lado, se les reprocha que solo se interesan por las lesiones físicas, enviando a las pacientes a la policía para realizar cualquier otra reclamación.

**183.** IPPF, *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence, A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*, 2004.

Estas críticas realizadas a los profesionales sanitarios pueden generalizarse al conjunto de personas que participan en la atención.

## 1 / OBSTÁCULOS POR PARTE DE LAS VÍCTIMAS

Las reticencias de las víctimas de violencia a solicitar ayuda y a iniciar los trámites necesarios para que se las atienda suelen estar **relacionadas con actitudes y comportamientos de su entorno o de su comunidad** relativos al fenómeno de la violencia.

### 1. Miedo a la estigmatización

Con demasiada frecuencia, las víctimas de la violencia de género tienen que soportar la **estigmatización por parte de la familia y de la comunidad, sobre todo cuando se trata de violencia sexual**. Esta estigmatización puede manifestarse por medio de la anulación de la boda, en el caso de las prometidas, del abandono del domicilio conyugal por parte del marido o de la repudiación.

“Salí a buscar leña para el fuego para mi familia cuando tres hombres armados llegaron en camello y me acorralaron. Me retuvieron, me ataron las manos y me violaron uno tras otro. Cuando volví a casa, le conté a mi familia lo que había ocurrido. Me echaron a la calle y tuve que construir mi nueva cabaña lejos de ellos. Estaba prometida con un hombre y esperaba con impaciencia la boda. Después de la violación, rechazó casarse conmigo y anuló la boda, argumentando que estaba deshonrada y sucia”.

Testimonio de una joven de 16 años, al oeste de Darfur.

MSF, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2ª edición, junio de 2009.

Así, las víctimas de violencia pueden ser reticentes a acudir a un centro o a un servicio de atención, ya que el mero hecho de acudir puede suscitar preguntas y dudas en su entorno. El riesgo de estigmatización es especialmente alto cuando el centro está especializado en la atención de víctimas de violencia y así lo anuncia claramente. De esta forma, puede ser útil integrar una estructura de este tipo en un centro sanitario, para permitir que las víctimas de violencia acudan sin miedo a la estigmatización. En cualquier caso, lo importante es garantizar un respeto absoluto de la confidencialidad y que el personal no estigmatice a las víctimas a través de su actitud o de su discurso.

### 2. Miedo a las represalias

Las personas que se atreven a romper el silencio suelen sufrir **represalias, a veces toleradas por la legislación nacional**.

Estas represalias pueden tomar diferentes formas, como, por ejemplo:

→ **Nuevas agresiones por parte del agresor**, si éste descubre que la víctima ha hablado de la agresión, aunque sea al personal sanitario. Este temor es aún mayor cuando el autor de la violencia es una persona cercana a la familia, alguien conocido.

“Debido a que los autores de la mayoría de las violaciones son conocidos de las víctimas, la proximidad a éstos genera miedo a represalias contra las víctimas o contra sus familias. Según el 84% de las víctimas encuestadas en los centros sanitarios no móviles, el miedo por su seguridad o por la de su familia era la causa que les había impedido recurrir a la atención sanitaria”.

MSF, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2ª edición, junio de 2009.

"Los alumnos maltratados o que sufren abusos sexuales por parte de sus profesores suelen ser reticentes a denunciarlos, ya que temen que el colegio no reaccione y que el profesor tome represalias".

Jones Nicola, Moore Karen, Villar-Marquez Eliana with Broadbent Emma,  
*Painful lessons: The politics of preventing sexual violence and bullying at school*, ODI, Londres, octubre de 2008.

- En los países en los que las víctimas de la violencia género pueden ser consideradas como responsables de la violencia que han sufrido, las **condenas judiciales** pueden imponerles distintos castigos:
- En algunos países, como Afganistán o Pakistán, en ocasiones el derecho penal considera la violación como adulterio, en el caso de la mujer casada, y como una relación sexual fuera del matrimonio, en el caso de las solteras. De esta forma, las mujeres violadas corren el riesgo de que se las condene a ser apaleadas, encarceladas o incluso a ser lapidadas si denuncian la violencia de la que han sido víctimas.
  - En otros contextos, como en Somalia, la justicia tradicional puede imponer el matrimonio con el violador.

**En Somalia**, una joven denunció a las milicias que había sido violada por tres hombres. Fue acusada de adulterio por un tribunal islámico, detenida y lapidada, mientras que ninguno de los hombres a los que había acusado de la violación fue detenido.

**Amnistía Internacional**, "Niña de 13 años muerta por lapidación en Somalia", 31 de octubre de 2008.

### 3. Vergüenza y culpabilización

En muchas comunidades, **el honor no es una noción individual**, sino que cada persona es responsable del honor de su familia, e incluso de su comunidad. Por esta razón, la mayoría de las personas no hablan de los malos tratos sufridos, ya que, al hablar, dan motivos de vergüenza para ellas mismas, para su familia y para su comunidad.

Esta realidad **se ve amplificada en los casos de violencia sexual**, ya que la sexualidad cristaliza numerosos valores y tabúes, tanto personales como sociales. Forma parte de un verdadero contrato social.

"El 81% de las mujeres, en las clínicas móviles, que han vivido un episodio de violencia sexual, y el 95% en los centros sanitarios y hospitales, explican que la vergüenza era la razón principal por la que no buscaron atención sanitaria".

**MSF**, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2ª edición, junio de 2009.

"Es tan vergonzoso ser violada aquí, que las mujeres simplemente no quieren denunciar. Están demasiado asustadas. Es una especie de conspiración, que hace que la revelación de una violación sea lo peor que puedan imaginar".

Testimonio de Anna Halford, coordinadora del proyecto de MSF de Masisi.  
**MSF**, *Vies brisées, l'aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles*, 2ª edición, junio de 2009.

“Aceptaba los hechos pensando que sí, que era yo la culpable de todo lo que ocurría. Yo era la idiota, la estúpida, la delincuente; él, muy inteligente, razonable y culto, “siempre tenía razón”. Me hacía un favor y un regalo al estar conmigo. Yo siempre estaba a sus pies”.

Testimonio obtenido durante la campaña del Gobierno francés “Lutte contre les violences faites aux femmes: grande cause nationale pour 2010”.

#### 4. Banalización del problema

Algunas personas le quitan importancia a la situación de violencia<sup>184</sup>, ya que ésta forma parte de un círculo vicioso (maltrato durante la infancia, violencia conyugal, acoso, etc.) o se da en contextos de violencia generalizada (como en un conflicto). En estos casos se banaliza la violencia y la víctima la percibe como una fatalidad.

“El desconocimiento de la violencia sexual y de sus consecuencias psíquicas, psicológicas y sociales acentúa la canalización de tales crímenes. Cuando las víctimas son niñas que viven en la calle, esta indiferencia se acentúa y las agresiones se repiten con total impunidad, fomentando así su sensación de impotencia. La banalización de estas agresiones por parte de la comunidad, de las autoridades y de los agresores lleva a que las propias víctimas vean estos actos como normales. Este tipo de violencia se convierte en el pan de cada día cuando se es niña y se vive en la calle”.

MdM Francia, “*La rue, c’est la chance ?*”, enquêtes sur l’exploitation et les violences sexuelles des jeunes filles des rues de Kinshasa, 8 de marzo de 2009.

184. Josse Evelyne, “*Déceler les violences sexuelles faites aux femmes*”, 2007.

185. Para más información, véase la parte relativa a los tipos de violencia de género en la página 56.

Para otras personas, **la banalización del problema sirve para protegerse psicológicamente**, por lo que intentan superar el sufrimiento producido por la agresión minimizando la gravedad de sus consecuencias. De esta forma, pueden negarse a evocar recuerdos dolorosos, evitando todo lo que les recuerde a la agresión, ya que su prioridad es olvidar.

#### 5. Falta de accesibilidad económica y geográfica

Más allá de estos obstáculos relacionados con la percepción y con las creencias relacionadas con la violencia, **la falta de accesibilidad económica y geográfica constituye un gran obstáculo a la hora de buscar atención**. En numerosos contextos, no abundan los centros que puedan responder a las necesidades de las víctimas de la violencia de género, ya que estos centros están centralizados en las grandes ciudades y, con mucha frecuencia, son de pago. Muchas víctimas de violencia no tienen recursos económicos suficientes para acudir a estos centros y ser atendidas, ya sea porque proceden de un medio socioeconómico pobre o porque son víctimas de violencia económica<sup>185</sup> y no pueden disponer libremente de los recursos económicos del hogar. La distancia de los centros de atención es igualmente problemática, ya que la violencia produce, a menudo, problemas de salud físicos y/o psicológicos que impiden a las víctimas realizar largos trayectos. En contextos de conflicto, estas dificultades se multiplican por la inseguridad, que puede limitar los desplazamientos.

Cuando las posibilidades de atención son limitadas o inexistentes, el personal puede ser reticente a identificar a una persona como víctima de violencia, ya que no tendrá la posibilidad de remitirla a otros servicios.



## 2 / OBSTÁCULOS POR PARTE DEL PERSONAL

### 1. Prejuicios

A menudo, el personal comparte los prejuicios de su comunidad sobre la violencia y, por tanto, intenta justificar estos actos con argumentos estereotipados, como el carácter incontrolable de las necesidades sexuales de los hombres, el comportamiento ambivalente de las jóvenes, percibido como una de las causas de la agresión sufrida, o incluso el comportamiento inapropiado de las mujeres, culpables de enfadar a su pareja.

De esta forma, las creencias del personal sanitario sobre la violencia de género condicionan su actitud con las víctimas a las que atienden. Su propia experiencia alimentará estos prejuicios y tendrá una influencia en la atención. Esto afecta a la calidad de los servicios ofrecidos a las víctimas de violencia y, en concreto, determina la identificación de estos casos.

En un estudio realizado en Sudáfrica a enfermeras y enfermeros de la sanidad pública, 11 de las 36 mujeres encuestadas dijeron haber sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja sentimental, y 6 de los 8 hombres encuestados admitieron haber maltratado a alguna pareja. Tanto las enfermeras como los enfermeros consideraban que la violencia contra la mujer está, en ocasiones, justificada.

**Kim Julia y Motsei Mmatshilo**, "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa", *Social Science & Medicine*, 2002.

### 2. Exceso de trabajo

Durante los talleres de intercambio de prácticas<sup>186</sup> organizados por MdM, que reunieron a numerosos profesionales que intervienen en la atención de las víctimas de la violencia de género, uno de los obstáculos más citados era la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo. Esta dificultad afecta, especialmente, al personal de los centros no especializados (como los hospitales o los centros de atención primaria), que tienen dificultades para encontrar el tiempo necesario para escuchar a los pacientes y atender un problema que suele considerarse que no es prioritario ni urgente (sobre todo los efectos de la violencia que solo es psicológica).

Asimismo, la sobrecarga de trabajo caracteriza los contextos de urgencia durante los cuales el número de pacientes aumenta considerablemente, limitando el tiempo que se puede dedicar a cada uno de ellos. En estas situaciones, las heridas que no se ven o que son difíciles de descubrir casi nunca son consideradas como una prioridad.

### 3. Falta de formación/sensibilización

Los obstáculos que dificultan la atención en los casos de violencia de género también están relacionados, en gran medida, con la falta de sensibilización y de formación del personal que se cruza en el camino de las víctimas. Es importante reforzar la sensibilización y la responsabilización de los profesionales sobre esta cuestión.

Más allá de que sepan identificarlos y atenderles (o remitirlos al servicio adecuado), la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos a las víctimas de la violencia de género implica

**186.** Talleres regionales sobre la atención de las mujeres víctimas de violencia, organizados en Managua (Nicaragua), Cairo (Egipto) y Kinshasa (RDC).

la evolución de las actitudes y creencias relativas a este fenómeno. Por tanto, la formación y la sensibilización sobre esta cuestión son esenciales. **Durante la formación, habrá que tener en cuenta las experiencias y las percepciones personales del personal sanitario**, ya que es posible que ellos mismos se hayan encontrado en situaciones de violencia, ya sea como víctimas, testigos o agresores.

#### 4. Sufrimiento del personal

Quienes atienden a las víctimas de violencia tienen la tarea de escucharles y de responder diariamente al sufrimiento humano. **Este trabajo requiere numerosas cualidades humanas y acentúa la vulnerabilidad al agotamiento emocional y el traumatismo secundario.** En la práctica, el agotamiento secundario puede traducirse en que pierdan sensibilidad, banalicen los problemas que cuentan los pacientes o en que se nieguen a escucharles con atención, etc. Asimismo, se manifiesta en enfermedades psicosomáticas y en que no puedan olvidar el trabajo y los testimonios escuchados, la proyección de esta ansiedad a la esfera privada, la irritabilidad general, la pérdida de motivación por el trabajo (retrasos, ausentismo), frustración, etc. Se habla de traumatismo secundario “cuando el propio encuentro con una persona traumatizada constituye una situación traumática<sup>187</sup>.” En estos casos, el personal debe encontrar la “distancia” adecuada con las personas a las que atiende.

Además, determinadas confidencias que realizan las víctimas pueden despertar recuerdos cargados de emociones, sobre todo cuando la persona también ha sufrido o ha presenciado violencia. En estos casos, el personal deberá ser capaz

**187.** Josse Evelynne, “Le traumatisme psychique: quelques repères notionnels”, *Journal international de victimologie*, 2007.

de escucharse a sí mismo, para analizar cómo se siente, ponerle nombre a sus sentimientos y buscar la causa, para poder realizar una gestión adaptada<sup>188</sup>.

**Así, el sufrimiento del personal puede constituir un obstáculo a la atención de calidad. Por tanto, es conveniente prever esta situación y poner en marcha mecanismos que permitan al personal sanitario gestionar mejor su proximidad con las situaciones de violencia.**

En el proyecto que lleva a cabo Médicos del Mundo Francia en Goma (República Democrática del Congo), se ofrece apoyo psicológico a los asesores psicosociales implicados en la relación de ayuda a las víctimas de la violencia sexual. Este trabajo les lleva a encontrarse con experiencias difíciles que sufren terceros, pero pueden también relacionarse con el sufrimiento personal debido a la violencia de la que se ha sido víctima. Un psicólogo está a disposición de los asesores que deseen entrevistarse con él para hablar sobre dificultades personales, estén o no relacionadas con su actividad con las víctimas de la violencia sexual. Los asesores pueden “dejar reposar” esta información y analizar el alcance del sufrimiento que han escuchado y asesorado, así como el suyo propio, como cualquier facultativo de salud mental.

**MdM**, Informer intermedio de operaciones, programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

Se pueden realizar algunas recomendaciones para minimizar el sufrimiento del personal sanitario.

**188.** Manual “Santé mentale en lien avec les violences sexuelles et relation d’aide psychosociale”, **MdM**, Goma (RDC), 2008.

## SOLUCIONES PARA PREVENIR Y GESTIONAR EL SUFRIMIENTO DEL PERSONAL

Las soluciones frente al estrés del personal sanitario pueden ser de dos tipos: **personales u organizativas**. Algunas de estas soluciones son preventivas, mientras que otras ayudarán a gestionar un estrés ya pasado.

### Soluciones personales

- **Reflexión personal:** en ocasiones, para superar el estrés nosotros mismos somos nuestra propia herramienta. Por tanto, es necesario aprender a reconocer los síntomas del estrés y tenerlos en cuenta/tomar medidas, así como conocer bien nuestros propios recursos y “mecanismos de gestión” eficaces y plantearnos nuestra relación con la muerte, con la violencia, etc.
- **Apoyo social:** adoptar el “buddy system” con uno o varios compañeros, pidiéndoles que nos alerten si observan signos de estrés particulares en nuestro comportamiento (por ejemplo, estar más irritables); contar con el apoyo de la familia o de los amigos.
- **Vida equilibrada:** llevar una vida equilibrada, tanto físicamente (deporte, alimentación, descanso, etc.) como psicológicamente (relajación, ocio, hobbies, aprovechar los fines de semana, etc.) y desde el punto de vista familiar (reservar tiempo a la familia), social (contacto) y profesional (horas de trabajo, red, etc.). Saber establecer un límite entre la vida profesional y la vida privada.
- **Ayuda:** saber pedir ayuda, aceptar ayuda, psicoterapia, etc.
- **Formación:** herramientas, lectura, seminarios, etc.
- **Compromiso “político”** (en especial, saber implicarse en organizaciones o por causas que nos importan o que nos indignan).

### Soluciones organizativas

- **Papel del responsable:** organización de actividades de team building y ejercicios de gestión del estrés (organización de retiros

- para el personal), comunicación, estilo de gestión, apoyo mutuo de los compañeros, identificación del estrés en los compañeros.
- **Gestión del trabajo:** buena gestión de las horas de trabajo y organización de un horario de trabajo equilibrado (descansos durante el día), no limitarse a una única problemática (alternar la atención de las víctimas con otras tareas), trabajar en red y buscar espacios de debate formal (reuniones, supervisión, etc.). Contratación de la cantidad apropiada de personal.
- **Detección** (medicina del trabajo).
- **Seguimiento y organización del personal:**
  - Recurso a la intervención;
  - Recurso a la supervisión;
  - Organización de sesiones de información y de relajación;
  - Entrenamiento y formación;
  - Recurso a distintos profesionales (juristas, psicólogos, etc.) que puedan aliviar a los participantes.

De forma complementaria, o si estas medidas no son suficientes, habrá que recurrir a un terapeuta o pedir una entrevista con nuestros responsables o con el departamento de recursos humanos, para buscar soluciones y ayudarnos a gestionar la situación.



MdM – Taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia.  
Oriente Medio, del 27 de septiembre al 1 de octubre de 2009.  
Documento realizado por **Josse Evelyne**, psicóloga clínica.

Estos obstáculos a la atención, independientemente de si proceden de las víctimas de la violencia o del personal sanitario, hay que estudiarlos con tiempo, al diseñar las actividades de prevención y de respuesta a la violencia de género.



# 4. ACCIONES DE PREVENCIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y DE INCIDENCIA POLÍTICA

# A

## ACCIONES DE PREVENCIÓN: ILUSTRACIONES

- 309 **1/Los diferentes niveles de prevención**
- 310 **2/Las diferentes acciones de prevención**
- 310 1. Campañas de sensibilización de masas
- 314 2. Implicación de grupos específicos
- 318 **3/Las diferentes herramientas de sensibilización**
- 319 Ficha de terreno:  
"Herramientas del maletín de sensibilización - proyecto de lucha contra el maltrato en Haití (2009)"
- 321 **4/La consideración de los determinantes socioculturales**
- 323 Ficha técnica:  
"Recomendaciones para tener en cuenta los determinantes socioculturales en la elaboración de herramientas de sensibilización sobre la problemática de la violencia de género"

# B

## ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE INCIDENCIA POLÍTICA

- 331 **1/Definición de incidencia política**
- 332 **2/Elección de una temática de incidencia política y formulación de objetivos**
- 335 Ficha técnica: "Ejemplo: garantizar a las víctimas de violencia sexual un acceso directo a un certificado médico de calidad"
- 337 **3/Organización de la intervención de incidencia política**
- 340 1. El lobbying
- 340 2. Medios de comunicación
- 341 3. Formación de alianzas y colaboraciones
- 341 4. Movilización ciudadana
- 342 5. Investigación y pericia
- 344 **4/Acciones de incidencia política sobre el terreno: ejemplos**
- 344 1. Ejemplos de temáticas escogidas
- 347 2. Ejemplos de recursos utilizados

# 44 A

## ACCIONES DE PREVENCIÓN: ILUSTRACIONES

➤ Además de llevar a cabo acciones de atención sanitaria, luchar contra la violencia de género implica la puesta en marcha paralela de acciones de prevención que tengan repercusiones en el comportamiento de las personas y de las comunidades respecto al fenómeno de la violencia de género, en la atención de las víctimas, en el respeto de los derechos humanos o incluso en las relaciones de género en la sociedad.

Estas acciones de prevención deben tener en cuenta la complejidad y la diversidad de las causas de la violencia, así como la magnitud de sus consecuencias. El objetivo es conseguir que evolucionen la mentalidad y las representaciones de las comunidades, ya que la comunicación sobre este tema puede llegar a ser tan delicada y tabú que el fenómeno en sí mismo.

“Yo no sabía que la manera en la que me trataba mi papá era violenta, pensaba que era normal...”

Testimonio recogido durante una jornada de información organizada por MdM sobre el tema de la salud reproductiva y sexual (que abordó también el tema de la violencia) en un centro para adolescentes, en Perú.

**Las estrategias que se lleven a cabo deben estar adaptadas a unas representaciones, prácticas y contexto generales (geográfico, social, económico, político...)** para que los mensajes difundidos tengan sentido en la cultura de las personas a las que van dirigidas.

Para que las acciones sean efectivas en una mayor parte de la población y poder sobrepasar ciertos temas tabúes, se puede abordar el tema de la violencia de género contextualizándolo dentro de acciones de sensibilización que hagan referencia a temas más amplios. Esta “puerta de entrada”, a menudo relacionada con el ámbito sanitario, permite tratar el tema más abiertamente, contribuyendo así a que el discurso sea mejor recibido.

En el Cairo, Médicos del Mundo Francia realiza actividades de sensibilización sobre los problemas de salud de los niños de la calle, particularmente de las niñas. En general se trata de actividades de atención primaria, salud reproductiva o salud mental.

Durante estas intervenciones, que son muy interactivas, el tema de la violencia que sufren las mujeres se aborda y se trata transversalmente. En las charlas con mujeres se suelen tratar fenómenos como el maltrato sexual, heridas, traumatismos psicológicos, o incluso el maltrato conyugal.

**MdM**, Informe intermedio de operaciones, Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

Las acciones de prevención van dirigidas a todas aquellas personas que podrían ser víctimas o autores potenciales, así como a todas aquellas personas (personal o no) que podrían tratar con una víctima de violencia.

## LA PREVENCIÓN: SENSIBILIZAR E INFORMAR

Las acciones de prevención deben permitir:

- **sensibilizar sobre la problemática** de género y de la violencia que se le asocia: reforzar el conocimiento y la comprensión de este fenómeno;
- **informar sobre los diferentes servicios de atención existentes** a los que pueden dirigirse las víctimas.

## 1 / LOS DIFERENTES NIVELES DE PREVENCIÓN

Existen tres niveles de prevención<sup>189</sup>:

- **Prevención primaria:** conjunto de acciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que aparezca (por ejemplo: sensibilización sobre la resolución pacífica de conflictos, sobre el respeto de los derechos humanos en las escuelas, barrios...)
- **Prevención secundaria:** medidas creadas para reducir las consecuencias a corto plazo de una violencia ya existente (por ejemplo: sensibilización acerca de la importancia de la atención sanitaria en las 72 horas posteriores a una violación, acerca de los cuidados prehospitalarios, acogida de urgencia...)

<sup>189</sup>. Manuel sur la prise en charge pluridisciplinaire et intégrée des victimes de violences, **MdM**, Haïti, 2008.

→ **Prevención terciaria:** medidas llevadas a cabo para reducir las consecuencias a largo plazo de la violencia (por ejemplo: seguimiento terapéutico, seguimiento social, grupos de escucha...)

Estos **niveles de prevención son complementarios**, incluso si se llevan a cabo en diferentes momentos: la prevención primaria se realiza antes de que se produzca un posible acto de violencia, la prevención secundaria poco tiempo después, y la prevención terciaria puede desarrollarse a más largo plazo. Así, la prevención debe impedir la aparición de la violencia y también limitar las consecuencias para la persona y su entorno, siendo este último propenso para la aparición de nuevos casos de violencia.

**Ejemplo:** Una persona víctima de violencia puede tener dificultades a la hora de satisfacer las necesidades materiales de su familia. Esta situación puede hacer que sus hijos se vean obligados a arreglárselas solos. En algunos casos puede que incluso acaben en la calle y corran el riesgo de ser víctimas o autores de violencia.

## 2 / LAS DIFERENTES ACCIONES DE PREVENCIÓN

Las acciones de prevención, sean del tipo que sean, deben estar adaptadas al contexto de intervención, al público al que van dirigidas y al mensaje que se persigue difundir. Asimismo, su eficacia depende de las herramientas que se utilicen; su calidad y pertinencia dependen en gran medida de que hayan sido elaborados teniendo en cuenta o no los determinantes socioculturales de la comunidad a la que van dirigidas.

### 1. Campañas de sensibilización de masas

El fenómeno de la violencia de género afecta a todas las

sociedades, a todos los medios sociales y a todos los ámbitos de vida de las personas (privados o públicos). Desde este punto de vista, esta problemática concierne a todo el mundo y cualquiera podría un día enfrentarse a ella. Es por esto que algunas de las acciones de sensibilización deben poder dirigirse a todo el conjunto de la población, de la misma manera que es importante difundir al máximo la información relativa a los pasos a seguir y a los organismos a los que poder dirigirse.

Para difundir la información de manera eficaz, los lugares y los momentos elegidos para organizar estas campañas deben poder llegar a una gran parte de la población: mercados, transportes públicos, eventos comunitarios...



Manifestación durante el Día Internacional para la erradicación de la violencia contra la mujer, en la que participó Mdm, 25 de noviembre de 2009, Perú.



Turno de preguntas y respuestas organizado por un consejero psicosocial durante una jornada de sensibilización sobre el maltrato sexual, Mercado de Kituku, Goma, julio de 2008.

En Liberia, las campañas de sensibilización de masas se organizan en escuelas, mercados y clínicas. Los temas tratados son las causas y los factores de riesgo de la violencia, los tipos de violencia que existen (definición de violación, prostitución forzada, explotación sexual o ablación). En 2009, 6 800 personas asistieron a estas sesiones informativas.

**Los medios de comunicación también pueden ser herramientas particularmente eficaces para una difusión de la información a gran escala.**

### **Radio**

En Haití, Médicos del Mundo Francia organizó una campaña de sensibilización sobre el maltrato conyugal, las agresiones sexuales y el maltrato de menores en colaboración con 20 cadenas de radio. De estas, 6 cadenas eran nacionales y fueron seleccionadas en base a varios criterios: índice de audiencia, tipo de público, carácter (informativo, divertimento, social...); todo con el objetivo de cubrir una gran parte de la población de Puerto Príncipe<sup>190</sup>.

### **Televisión**

En Goma (República Democrática del Congo), Médicos del Mundo Francia utilizó particularmente la televisión como medio para llegar al público, independientemente de su localización geográfica o de su nivel de conocimiento y de implicación en la lucha contra el maltrato sexual. Los anuncios, de tres minutos cada uno, tenían como objetivo sensibilizar a la población

**190.** Informe final del seminario organizado por Médicos del Mundo Francia en colaboración con la Sosyete d'Animasyon Kominikasyon Sosyal, del 24 al 28 de marzo 2008, destinado a los periodistas de radio, Haití.

sobre la importancia de la pluridisciplinariedad de la atención y concienciar a la población sobre las consecuencias del maltrato sexual en la salud mental individual y colectiva.

### **Prensa escrita**

A raíz de una campaña de prensa organizada en Moldavia en 2008, donde Médicos del Mundo Francia lleva a cabo un programa contra la trata de seres humanos, *Le Parisien* publicó un reportaje sobre el fenómeno en este país y el diario *L'Actu* editó un número especial.

Dentro del marco del proyecto de MdM la sensibilización en Argelia se realizaba a través de folletos publicados mensualmente en diferentes periódicos, francófonos y árabes. Los folletos difundidos tenían como principal objetivo dar a conocer el centro de escucha de la red Wassila<sup>191</sup>. Esta línea telefónica anónima y gratuita está dirigida a mujeres víctimas potenciales de violencia (3 664 400 mujeres y niñas en 1998 en los diez wilayas<sup>192</sup> de Argelia)

En enero de 2008 se lanzó en Moldavia una **campaña en los medios de comunicación** que consistía en la organización de un programa de televisión o, alternativamente, un programa de radio al mes, así como la publicación de un artículo en la prensa regional sobre el fenómeno de la trata y los riesgos ligados a la emigración. La campaña se tituló: "Si no eres tú, ¿quién romperá la cadena de trata?".

Así todo, se recomienda ser prudente cuando se trata de difundir información sobre la existencia de lugares de atención

**191.** Red de profesionales encargados de la atención de mujeres víctimas de maltratos en Argelia.

**192.** División territorial.

a víctimas de violencia para no contribuir a la estigmatización que ya puedan tener ciertos lugares y personas que acuden a ellos. Además de su misión informativa, estas campañas deben tratar de luchar contra los prejuicios que la comunidad tiene de estos centros de atención.

En Pakistán, los centros de acogida temporales a los que acuden mujeres en situación de desamparo (*Dar-ul-Amans*), así como los residentes de esos lugares de acogida, están fuertemente estigmatizados.

Se llevó a cabo una campaña de sensibilización dirigida a las víctimas de violencia y a la población en general. Esta acción surgió a partir de una petición de MdM al Ministerio de Asuntos Sociales, para tratar de resolver las dificultades a la hora de promover los *Dar-ul-Amans* implantados recientemente. Esta campaña se tradujo en la distribución de 17 000 folletos y en la instalación de cuatro paneles promocionales en lugares estratégicos (tribunales, policía, hospitales...).

**MdM**, Informe intermediario de operaciones, Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

## 2. Implicación de grupos específicos

Las acciones de sensibilización pueden estar dirigidas específicamente **a aquellas personas o aquellos grupos que presenten mayor riesgo** de sufrir algún tipo de violencia.

En Moldavia se organizan sesiones de sensibilización sobre el fenómeno de la trata de seres humanos para adolescentes de

entre 13 y 17 años. Estas sesiones tienen lugar en centros de enseñanza secundaria e institutos especializados de la zona de intervención. De hecho, según un estudio de Unicef<sup>193</sup>, al menos un padre de cerca de un tercio de los niños moldavos de menos de 15 años ha emigrado, lo que hace que estos niños corran un mayor riesgo de cara a la trata.

**MdM**, Informe intermediario de operaciones, Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

Este tipo de acciones puede también ir dirigida a aquellas personas consideradas como **agentes del cambio social**, implicándolas como público meta o como animadores. De esta manera se facilitará la difusión del mensaje gracias a la posición influyente que ocupan a escala comunitaria. Sin embargo, debe prestarse especial atención a la hora de elegir a las personas que serán las destinatarias e intermediarias de los mensajes de sensibilización. Algunas personas pueden ser más adecuadas que otras (credibilidad, legitimidad...).

En julio de 2008, el proyecto llevado a cabo por Médicos del Mundo Francia en Goma organizó una conferencia-debate titulada "Las consecuencias psicológicas de la violencia a nivel individual y colectivo. ¿Qué soluciones se pueden aportar?".

Este acto permitió la intervención de personas implicadas en la lucha contra la violencia de género capaces de engendrar cambios en la sociedad civil o política de la provincia. Se trata,

**193.** Unicef, *The impact of migration on children in Moldova*, octubre de 2008.

entre otras, de asociaciones de lucha contra el maltrato sexual, responsables militares, autoridades políticas y administrativas, responsables religiosos y responsables de educación.

En la conferencia se pudo reflexionar sobre la implicación de estos agentes en el apoyo a las actividades psicosociales y terminó con la redacción de una serie de recomendaciones que posteriormente se enviaron a las autoridades provinciales.

**MdM**, Informe intermediario de operaciones,  
Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer,  
MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

Se debe promover el compromiso de estas personas que pueden influir en el desarrollo de las acciones de prevención. El desarrollo de su tarea como agentes de sensibilización puede suponer una gran ventaja a la hora de mejorar el impacto de las acciones de prevención. Del mismo modo, su implicación permite adaptar mejor los mensajes a la realidad de las personas destinatarias, por lo que resulta imprescindible formarles sobre la problemática.

En estas sesiones de formación se debe tener en cuenta sus propias percepciones y representaciones de la violencia para que puedan posteriormente transmitir un mensaje coherente. Se trata también de reforzar su capacidad de gestionar grupos, técnicas de animación, uso de herramientas, enfoque participativo o de pedagogía.

### **Implicación masculina**

Ya que la violencia de género suele ser perpetrada por hombres, resulta primordial que estos estén totalmente integrados en las acciones de sensibilización. Sin embargo, durante mucho tiempo los hombres han estado poco integrados, tanto como público meta como agentes de sensibilización.

La Asociación de hombres contra la violencia, de Nicaragua, reúne desde el año 2000 a **hombres comprometidos con la lucha contra la violencia de género**. Respaldada por MdM, la asociación lleva a cabo principalmente acciones de sensibilización dirigidas a hombres con el objetivo de promocionar y proteger los derechos de la mujer en Puerto Cabezas, dónde se lleva a cabo el proyecto. Lo que tiene de particular su acción es que se basa en la experiencia personal de sus miembros; cada uno se compromete a realizar cambios en su vida para mejorar su relación con las mujeres.

**Jiménez Vásquez Juan**,  
"Promover la práctica no violenta como nueva forma de masculinidad",  
taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia,  
Nicaragua, MdM, noviembre de 2008.

Por otra parte, dado que los hombres pueden ser también víctimas de agresiones, es importante que también se les sensibilice y que se les informe acerca de este fenómeno para que sepan dónde y a quién pueden pedir ayuda.

### **Enfoque peer-to-peer<sup>194</sup>**

Se puede utilizar el enfoque peer-to-peer para que ciertos grupos específicos se conviertan en agentes clave de la sensibilización. De esta manera, una persona con la que el público meta puede identificarse difunde el mensaje. Esto permite crear una relación de confianza entre el público meta y el participante y facilitar la desaparición de tabúes ligados a la problemática.

**194.** Enfoque inter pares.

**En Perú, MdM forma a adolescentes, encargados a su vez de sensibilizar a otros adolescentes:**

Con la formación de promotores inter pares se pretende reforzar la capacidad de animación de los promotores. Se abordan temas como la salud sexual y reproductiva (tocando también el tema de la violencia). Estos promotores organizan a su vez jornadas de sensibilización en centros juveniles y escuelas, y aprovechan la ocasión para captar futuros adolescentes que serán a su vez formados para sensibilizar a sus compañeros. También participan en programas de radio locales para adolescentes.

Este tipo de actividad permite una prevención mucho más eficaz ya que el mensaje es difundido a los adolescentes por alguien que ellos conocen, alguien cercano a ellos culturalmente y sociológicamente. Asimismo, permite integrar plenamente a los miembros de la comunidad en todas esas acciones de prevención que podrán hacerse de manera autónoma en el futuro

**MdM**, Informe intermediario de operaciones, Programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, 2008.

### 3 / LAS DIFERENTES HERRAMIENTAS DE SENSIBILIZACIÓN

Para que el resultado de estas acciones de sensibilización sea satisfactorio y siempre pensando en un público muy amplio, se pueden utilizar diferentes recursos, como películas, carteles o anuncios radiofónicos. También se puede difundir la información de manera individual a través de folletos, libretos, etc.

En el marco del programa llevado a cabo en Haití (Puerto Príncipe), Médicos del Mundo Francia elaboró un **maletín de sensibilización** muy variado para los animadores comunitarios.

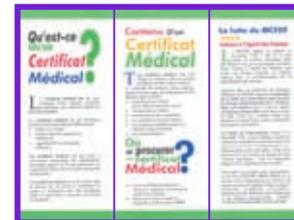
#### HERRAMIENTAS DEL MALETÍN DE SENSIBILIZACIÓN

**Proyecto de lucha contra el maltrato en Haití (2009)**

1. Las **películas** “Nou Bouke” sobre el maltrato conyugal y “Fok Nou Pale” sobre el maltrato sexual. Son una base para hablar sobre las formas de violencia y van acompañadas de dos guías de animación.

2. **Carteles/dibujos plastificados** sobre el maltrato conyugal, material de apoyo para debatir sobre el tema.

3. **Folletos:**  
“72 horas para reaccionar ante una violación” y “El certificado médico es una herramienta obligatoria, exíjalo”.



Folleto realizado por el Ministerio encargado de garantizar la condición femenina y derechos de las mujeres con la colaboración de Unicef, noviembre de 2004.

4. **Camisetas** para los coordinadores comunitarios.



"An nou lite kont tout kalite vyolans" :  
"Luchamos contra todos los tipos  
de maltrato"



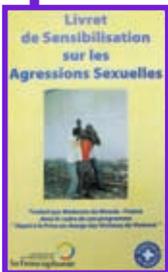
"Kadejak Se pwason vyolan pou yon sosyete. Fok nou pale":  
"La violación es un veneno violento  
para la sociedad: debemos hablarlo"

No se aconseja la distribución aislada de estos libretos: se considera poco eficaz (únicamente se interesarían de forma espontánea por el tema las víctimas directas de maltratos), e incluso fuente de cuestionamientos ya que las personas no tienen cerca ningún interlocutor competente para responder a sus posibles preguntas. Por ello, dicha distribución debe ir siempre acompañada de una acción de sensibilización sobre la violencia de género.

## 4 / LA CONSIDERACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES

**Un conocimiento profundo de las representaciones y las características socioculturales del público meta son básicos a la hora de elaborar las herramientas de prevención. Solo así los mensajes se podrán adaptar al contexto, tendrán sentido para el público, serán comprendidos y chocarán menos.**

Dependiendo de la cultura y la sociedad, las dos formas de expresión principales, la icónica (imagen) y la verbal (oral o escrita), pueden estar totalmente codificadas. Las palabras, las fotografías, los objetos, los lugares o incluso los gestos son signos (ya que proporcionan una información) que extraen su sentido de todos los aspectos de la cultura y de la vida social: **en los mensajes, la presencia de un objeto, las características de un lugar o incluso el gesto de una persona transmiten un sentido que en ocasiones va más allá**



5. **Libretos de sensibilización:**  
sobre agresiones sexuales, maltrato infantil, maltrato conyugal.

Libretos escritos por Robert Congo Noel, trabajador social, jurista, formador y responsable de la vertiente de sensibilización comunitaria para MdM, Haití.  
Con la colaboración de **Marguie Moreau**, trabajadora social y formadora del equipo de sensibilización de MdM.

Con la distribución de libretos de sensibilización los participantes en las sesiones formativas pueden tener por escrito lo que se ha discutido pudiendo consultarlo en caso de necesidad o transmitirlos a otras personas afectadas por el problema.

**del propio uso del objeto.** La representación de una jeringuilla puede significar un tratamiento terapéutico (una vacuna, por ejemplo) o una actividad de riesgo (inyección de heroína). Es por esto que hay que preguntarse qué significado tienen estos mensajes y estos signos dentro del contexto social y cultural donde se presentan.

“En Burkina Faso, como en otros muchos países francófonos de África, la fórmula que más se emplea en los mensajes informativos contra el sida se presenta como una alternativa: “fidélité ou capote” (fidelidad o goma).

El segundo término de esta alternativa no da lugar a confusión ya que se refiere a un objeto material (el preservativo), pero ¿qué significado dan las personas a las que se dirige este mensaje al término “fidelidad”? [...]

Este mensaje induce a un comportamiento sexual determinado, que parece “evidente” al no tratarse explícitamente. [...] A partir de la observación de la conducta de vida de los jóvenes [...] surgen varias cuestiones: ¿Qué significado dan al término fidelidad? ¿Qué puesto ocupa este concepto en la serie de normas y valores que rigen la relación hombre-mujer en el campo de la sexualidad? ¿De qué manera podemos esperar que influya este mensaje en los jóvenes?”

Taverne Bernard, “Valeurs morales et stratégie de prévention: la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso”, 1996.

**La elaboración de dispositivos de sensibilización supone un profundo conocimiento de los significados y de los códigos de una cultura.**

A continuación se presenta una serie de recomendaciones.

## RECOMENDACIONES PARA TENER EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIOCULTURALES EN LA ELABORACIÓN DE HERRAMIENTAS DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MdM – Taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia. El Cairo (Egipto), septiembre 2009. Documento realizado por Bouchon Magali, antropóloga, Unidad de Análisis, Apoyo e Incidencia política, MdM.

### Utilización de la expresión escrita

- El mensaje debe ser explícito y proporcionar el máximo de información.
- Es necesario que conozca la forma de comunicación verbal: ¿lengua? ¿niveles de educación y comprensión? ¿modos de interpelación?...

**Atención:** la expresión escrita es una fuente de discriminación. El ejemplo de la izquierda, al contrario que el de la derecha, no tiene por qué estar adaptado a un público extenso. En efecto, apoyarse en el argumento de que el maltrato contra la mujer representa un “problema de salud pública” puede no ser comprendido ni entendido por todos.



Fuente: Ministerio francés de Trabajo, de la Solidaridad y de la Función Pública, 2007.

Fuente: OMS, Department of Gender, Women and Health, 2007.



Encontrará más ejemplos de carteles y más información en la página web [www.MdM-scd.org](http://www.MdM-scd.org)

### Representaciones del maltrato: utilización de clichés

- Los mensajes son más accesibles y comprensibles pero no siempre reflejan la complejidad del fenómeno del maltrato (ciclo de violencia, maltrato psicológico...).
- El tratamiento de la imagen (PhotoShop, modelos, colores...) crea el riesgo de que no se reconozca la realidad del problema.

El ejemplo de la izquierda, al contrario que el de la derecha, no parece estar adaptado a la realidad del maltrato; la violencia se presenta de forma "ficticia", casi atractiva (los mismos códigos pueden utilizarse para anuncios publicitarios o películas de ficción).



Fuente (izquierda): ACT Celebrity Campaign.  
Reproducido con la amable autorización de Women's Aid Federation of England, [www.womensaid.org.uk](http://www.womensaid.org.uk)

### Cuando el maltrato no está directamente representado: metáfora y metonimia

- Estos procesos permiten representar ideas imposibles de ver en la realidad (una bolsa de plástico en la cabeza de una mujer puede sugerir la asfixia que sienten en la esfera familiar. El maltrato psicológico puede representarse con un puño cerrado, amenazando a una mujer y saliendo de la boca de un hombre...).
- Pero puede resultar más difícil comprenderlos e implica conocer bien los códigos culturales.

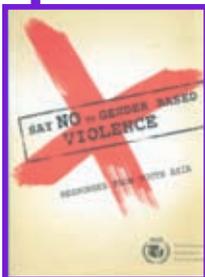
Del ejemplo de la izquierda se puede deducir que se trata de relaciones de pareja (referencia al anillo de compromiso) pero es difícil comprender del todo el sentido del mensaje. El ejemplo de la derecha, más adaptado, utiliza la metáfora de la rosa para representar el sexo femenino y de la costura para representar la infibulación, aunque el pudor a menudo impide representar esta forma de maltrato.



**Atención:**  
– El mensaje puede ser ambiguo, y debe adaptarse a las representaciones culturales.  
– Sólo la imagen no es suficiente: es necesario dar alguna información (necesita un texto).

### Utilización de códigos y señales

- Es importante saber si estos códigos ya se utilizan/ existen en el universo cultural, en el entorno (carteles de señalización de carreteras) y por lo tanto, la población los reconoce y comprende.
- Requiere un conocimiento preciso del sentido que la población da a las señales y códigos (¿la cruz significa una aprobación o una prohibición? ¿el signo que representa al género femenino es significativo o incomprensible?)



### La persona que transmite la información

- Plantearse algunas cuestiones esenciales para garantizar la credibilidad del mensaje: ¿Quién lo dice? ¿Quién es el que está en mejor posición para hablarlo? ¿En qué saber (o experiencia, derecho...) se apoya la persona que transmite esta información? ¿Por quién habla? ¿En nombre del sentido común? ¿De la experiencia? ¿Cómo dirigirse a una sociedad u otra? ¿Cuáles son los modos más correctos de interpelación?
- Buscar la proximidad cultural y social (de género, de edad...) para adaptar los mensajes a la realidad a la que va dirigida.

#### **Ejemplo: cuando nos dirigimos a los hombres**



Copyright©2006MenCanStopRape.  
Photography by Lotte Hansen.

Fuente: Asociación Puntos de Encuentro

- Plantearse la influencia que puedan tener las personas, percibidas o no como fuente de conocimiento, de inteligencia, que tienen un estatus prestigioso... y que participan en el proceso de influencia social (imitación, conformismo, bondad, obediencia, persuasión...).



“¿Pero quién es para dar consejos?”  
Participante en el taller de intercambio de prácticas organizado en El Cairo (Egipto), MdM, septiembre de 2009.

“En Haití, es de muy mala educación hablar a las personas sin mirarles a los ojos y ¡¡¡todavía más dándoles la espalda!!!”

“¿Quién es este joven para darme consejos?”

Participantes en el taller regional sobre la atención a las mujeres víctimas de violencia, organizado en Managua (Nicaragua), MDM, noviembre de 2008.

**Fuente:** Campagne contre les violences faites aux femmes, 2004-2006, Seine Saint-Denis.



**Los mensajes coercitivos: las consecuencias de los actos violentos**

- Evitar dar órdenes sin soluciones ni explicaciones.
- Informar sobre las consecuencias (presupuesto, sanidad, mortalidad, prisión...) y las alternativas.



**Ambiente de terror**

- Permite captar la atención: presenta lo inaceptable, evoca la angustia, hace un llamamiento a la solidaridad.
- Pero únicamente reconoce el paroxismo de la violencia: víctima y verdugo “cinematográficos”, irreales.



**Representar la sublevación de las víctimas**

- Pero incitar a la acción puede provocar el efecto contrario al representar la reacción como un acto “heroico” que no es viable para todo el mundo.



**El papel de la religión**

- La religión tiene una influencia indiscutible en el plano de la representación de los hombres y de las mujeres en una sociedad.
- También puede utilizarse para disuadir de cometer actos de violencia de género.

# 44 B

## ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE INCIDENCIA POLÍTICA

➤ La lucha contra la violencia de género tiene que hacer frente a numerosos obstáculos, que a menudo se recogen en las leyes. El acceso al certificado médico, la interrupción voluntaria del embarazo o la situación socioeconómica de las mujeres, son cuestiones fundamentales de las que pueden depender la calidad y la repercusión de las acciones de atención a las víctimas de la violencia. En la mayoría de los casos, estos obstáculos no se pueden superar sin que se produzca una evolución de las políticas y del marco legal, en las que solo se puede influir a través de la incidencia política.

**195.** Para más información, véase página 247, en el apartado relativo a la protección de las personas implicadas en las acciones de comunicación.

## 1 / DEFINICIÓN DE INCIDENCIA POLÍTICA

Los dos objetivos principales que se marca la organización Médicos del Mundo son prestar atención sanitaria y dar testimonio. El testimonio, si bien es esencial, se diferencia de la incidencia política.

Así, el testimonio forma parte de una actuación factual y puntual cuyo objetivo es describir una situación o dar visibilidad a una problemática, pero su objetivo primordial no es conseguir un cambio (aunque se participe en este cambio de forma indirecta). En la mayoría de los casos, el testimonio servirá para sensibilizar a la opinión pública sobre una situación en la que nos marcamos un objetivo<sup>195</sup>, pero también podrá utilizarse para apoyar una estrategia de incidencia política, e incluso en el marco de decisiones jurídicas (por ejemplo, en los pleitos de la Corte penal internacional).

La incidencia política, en cambio, se manifiesta por la aplicación de estrategias influyentes activas frente a los dirigentes políticos, con el objetivo de forzar la aplicación de soluciones concretas frente a un problema que se haya identificado.

**Dado que no siempre basta con prestar atención sanitaria y dar testimonio, puede ser necesario reforzar la capacidad de influencia de Médicos del Mundo frente a los dirigentes políticos, con el objetivo de alcanzar cambios duraderos. Éste es el objetivo de la incidencia política.**

Así, Médicos del Mundo Francia define la incidencia política como “la actividad que consiste en ejercer una influencia, con la ayuda de múltiples herramientas, en los lugares de poder y

decisión, con el objetivo de alcanzar cambios duraderos de las políticas y las prácticas que tienen una repercusión directa en la salud de las poblaciones a las que están dirigidas las misiones de Médicos del Mundo<sup>196</sup>.”

**Los cambios duraderos pueden tomar principalmente las orientaciones siguientes:**

- Adopción de nuevas políticas que permitan la mejora de la situación sanitaria de las poblaciones;
- Respeto de las políticas o reglas de derecho existentes pero no aplicadas; o, por el contrario,
- Cuestionamiento de las políticas o prácticas que MmM juzga contrarias a los intereses de las poblaciones en cuestión.

## 2 / ELECCIÓN DE UNA TEMÁTICA DE INCIDENCIA POLÍTICA Y FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

**El objetivo general** de la incidencia política es el cambio que deseamos alcanzar a largo plazo (entre diez y veinte años) y, por tanto, no es alcanzable durante la duración de la misión.

Para facilitar la puesta en marcha de las actividades, este objetivo **debe dividirse en distintos objetivos específicos**. Se trata de objetivos más a corto plazo, que se refieren a cada uno de los cambios concretos que deseamos alcanzar, precisando claramente quién puede producir este cambio, cómo y en qué plazo.

<sup>196</sup>. Consejo de Administración de Médicos del Mundo Francia, noviembre de 2007.

**Para responder al problema de salud pública/violación de los derechos humanos escogido por el proyecto,** es necesario determinar tanto el objetivo general como los objetivos específicos de la incidencia política.



Partiendo del problema de salud pública o de violación de los derechos humanos elegido por el proyecto de MdM (morbilidad relacionada con el VIH/sida, violencia de género, paludismo, mortalidad materno-infantil...), se trata de realizar una lista de los determinantes que llevan a esta situación o elegir en cuál queremos intervenir.

**La elección del determinante equivale a la determinación de la temática de incidencia política.** A la hora de realizar esta elección, habrá que tener en cuenta una serie de criterios para establecer prioridades (como la disponibilidad de recursos económicos y materiales, el valor añadido de MdM, e incluso la presencia/ausencia de colaboradores potenciales...).

Una vez elegida la temática de incidencia política se pasa al análisis del contexto, a la vista de esta temática, para **identificar, de forma más precisa, los principales aspectos (determinantes del determinante) que se plantean en términos de cambio.** Una vez más, es necesario aplicar unos criterios para establecer prioridades (objetivos que permitan obtener avances más significativos, actividades de incidencia política que más repercusión podrían tener, oportunidades políticas en la agenda nacional y/o internacional, etc.). A continuación, la siguiente etapa consistiría en **formular el objetivo general que queramos defender y los objetivos específicos que queramos alcanzar.**

Por último, se podrá iniciar la **programación de actividades** y poner en marcha la intervención de incidencia política.

**197.** Para más información, véase la sección relativa al certificado médico y al kit de herramientas para desarrollar una estrategia de incidencia política para el acceso al certificado médico por caso de violencia, en la página 249.

**EJEMPLO: GARANTIZAR A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL UN ACCESO DIRECTO A UN CERTIFICADO MÉDICO DE CALIDAD<sup>197</sup>**

**Problema de salud pública/violación de los derechos humanos**

Mortalidad y morbilidad derivadas del fenómeno de la violencia de género

**Determinantes (análisis del contexto)**

- Acceso limitado a un certificado médico de calidad;
- Percepción contextual de la violencia de género;
- Estigmatización de las víctimas de la violencia de género;
- Falta de estructuras de atención sanitaria.

**Elección del determinante entre los determinantes identificados**

- Acceso limitado a un certificado médico de calidad.

**Aspectos relacionados con el determinante escogido**

- Número insuficiente de personal habilitado para expedir un certificado médico;
- Número insuficiente de personal con formación y sensibilizado;
- Falta de información entre las víctimas sobre su derecho a obtener un certificado médico;
- No gratuidad del certificado médico.

**Objetivo general:**

- Garantizar a las víctimas de violencia de género un acceso directo a un certificado médico de calidad.

**Objetivos específicos:**

- De aquí al próximo año, el Ministerio de Educación incluirá en el curriculum formal de los médicos sesiones de

formación sobre la redacción del certificado médico;

- De aquí a dos años, el Ministerio de Justicia habilitará a las matronas para expedir certificados médicos por violencia de género.

**Actividades:**

- Reuniones con los Ministerios de Educación y de Salud;
- Sesiones de formalización del contenido del curriculum junto con los organismos implicados;
- Sesiones de elaboración de un modelo de certificado médico común;
- Reuniones regulares con los colaboradores de la sociedad civil implicados en las actividades de incidencia política;
- Elaboración de un informe sobre el valor jurídico del certificado médico, denunciando los obstáculos que encuentran las víctimas de la violencia en sus trámites jurídicos.

**Por tanto, la incidencia política no se realiza de forma independiente, sino que forma parte de la planificación de un programa:** se trata de una de las distintas intervenciones posibles frente al problema de salud pública diagnosticado o frente a la violación de los derechos humanos que se hayan identificado en un contexto determinado. Esta intervención se encuentra al mismo nivel que las intervenciones sanitarias, el desarrollo de acciones comunitarias, la creación de un entorno favorable, etc. **Durante la fase de análisis del problema es esencial tener en mente la posibilidad de realizar una intervención de incidencia política, así como reflexionar sobre las distintas estrategias a seguir.**

### **3 / APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE INCIDENCIA POLÍTICA**

Para alcanzar los objetivos fijados, es necesario aplicar estrategias influyentes proactivas frente a los dirigentes políticos, con el objetivo de fomentar la aplicación de soluciones concretas frente a un problema que se haya identificado.

**En primer lugar, es necesario analizar el contexto de toma de decisiones:**

**¿Cuáles son las partes que intervienen?**

Hacer una lista con las instituciones implicadas, indicando su nivel de implicación y su postura (aliados, neutrales u obstáculo).

**¿Quiénes son los destinatarios de la iniciativa de incidencia política?**

Identificar a las personas en quienes debemos intentar tener algún tipo de influencia: dirigentes políticos que tienen la responsabilidad directa de aprobar el cambio político deseado, así como individuos o grupos con un cierto poder de influencia frente a los dirigentes.

MdM inició en 2007, **en Guatemala**, actividades de incidencia política para defender el acceso a la sanidad de las mujeres que trabajan en las maquilas textiles y agroalimentarias.

Estas actividades están dirigidas a los siguientes agentes:

- **Las instancias locales y nacionales de prevención de conflictos en las maquilas:** se trata de apoyar y de reforzar a la sociedad civil representada por estas instancias con el objetivo de facilitar, a medio plazo, que se lleven

a cabo acciones concretas en defensa de estas mujeres. En la instancia local, ya se han realizado cuatro talleres con representantes de distintas ONG con el objetivo de mejorar la atención sanitaria de las trabajadoras de las maquilas.

→ **Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS):** gracias a la recopilación de información sobre la situación social y médica de las trabajadoras, y de las visitas de las maquilas, MdM tiene la capacidad de informar y sensibilizar al IGSS y de incitarlo para que se implique aún más en la identificación de las maquilas que no cotizan al IGSS para su personal.

→ **Los dirigentes de las maquilas** que aceptan que MdM organice consultas médicas en sus fábricas.

→ **El Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL):** organización local de apoyo a las mujeres trabajadoras. Esta asociación está muy implicada en el seguimiento y la organización de la instancia local de prevención de conflictos. Por tanto, la estrategia de Médicos del Mundo consiste en apoyar a esta asociación con el objetivo de ejercer presión a la instancia nacional, tanto en grupo (todos los participantes) como individualmente (divididos por organizaciones o por temas laborales). Efectivamente, ésta última tiene potestad para realizar revisiones gubernamentales relativas al respeto de los derechos de los trabajadores (a través de la Asamblea Nacional de Guatemala) y a las prácticas de las maquilas.

→ **La Redicam** (Red Integral de Centros de Atención para las Mujeres Maltratadas): en esta red, que se reúne una vez al mes, participan una trabajadora social y el coordinador del equipo de MdM. Estas reuniones permiten informar a los distintos miembros de los últimos eventos y las acciones de la red. Durante las reuniones se organizan también talleres de trabajo sobre las distintas temáticas, como “el análisis

de experiencias en los centros de acogida para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar”, o incluso “la intervención del ministerio público y de la medicina legal en la atención a las mujeres víctimas de violencia”.

→ **La red de víctimas de violencia:** formada, desde julio de 2008, por las distintas instituciones gubernamentales, la sociedad civil, la Iglesia católica y MdM.

**MdM**, Informe intermedio de operaciones, programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer, MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.

### A continuación hay que construir el mensaje que se quiere transmitir.

El mensaje debe presentar, de forma concisa y persuasiva, **el cambio que pretendemos conseguir**, dejando claro:

- El objetivo,
- El porqué,
- El cómo,
- La o las acciones que sugerimos que ponga en práctica el destinatario del mensaje.

La difusión del mensaje debe hacerse de forma repetida, pero el contenido debe ser siempre el mismo para mantener la esencia del mensaje a pesar su múltiple difusión. En función del destinatario, variarán los modos de difusión, así como la elección del emisor.

### Tipos de recursos y acciones que pueden utilizarse para difundir un mensaje:

- Lobbying (estrategia de influencia directa dirigida a las personas o los organismos meta)
- Medios de comunicación
- Alianzas y colaboraciones
- Movilización ciudadana
- Investigación y pericia

## 1. El lobbying

La presión política es la actividad más común de la incidencia política. Consiste en entrar en contacto directo con el o los dirigentes escogidos para instaurar un verdadero espacio de debate y diálogo. Estas entrevistas permitirán presentarles los cambios deseados e intentar convencerles. A continuación, habrá que intentar mantener un contacto regular.

### **Otras actividades de lobbying son las siguientes:**

- Envío de cartas a los responsables políticos escogidos;
- Firma de peticiones dirigida a los responsables políticos escogidos;
- Interpelación a los responsables políticos a través de la intervenciones en conferencias, coloquios, seminarios, etc;
- Participación en el proceso de consulta entre gobierno y ONG;
- Presencia activa en las reuniones oficiales de diálogo entre poderes públicos y sociedad civil, si existen;
- Participación en los grupos de trabajo ministeriales.

## 2. Medios de comunicación

Una “estrategia de comunicación”, cuando forma parte de un proceso de incidencia política, suele perseguir el cumplimiento de **dos funciones**:

- Reforzar el trabajo de lobbying, por ejemplo, en vísperas de reuniones importantes (por medio de tribunas y encartes dirigidos a los responsables políticos);
- Dar una mayor visibilidad a la causa defendida: informar y sensibilizar a la opinión pública, presentando los argumentos a favor del cambio.

En función de la estrategia de incidencia política desarrollada y del destinatario del mensaje, variarán tanto el tipo de medio de

comunicación escogido como la difusión del mensaje. De esta forma, cuando se trata de fomentar una toma de decisiones que debería producirse en un acontecimiento concreto, se podrá utilizar la prensa especializada (tribunas, encartes, etc.) como interfaz para dirigirse a los responsables políticos. Si la acción se enmarca en un pulso con las autoridades, puede ser pertinente recurrir a las radios comunitarias para sensibilizar a la población.

Para garantizar la pertinencia de la acción emprendida es importante tener en cuenta estos aspectos. Por último, para que funcione esta estrategia de comunicación, es imprescindible crear vínculos, personalizados, en la medida de lo posible, con los periodistas.

## 3. Formación de alianzas y colaboraciones

La formación de colaboraciones es beneficiosa para apoyar la incidencia política, ya que una actuación colectiva puede dar más peso al alcance del mensaje y demostrar que el objetivo defendido cuenta con un amplio apoyo. Además, ya que los proyectos de MdM no están concebidos para continuar a largo plazo, la construcción de alianzas constituye un elemento clave para que el proceso de incidencia política pueda continuar más allá de la retirada de la asociación.

Puede estudiarse la posibilidad de establecer colaboraciones muy variadas, como con otras ONG locales e internacionales, con universitarios y, más ocasionalmente, con organizaciones institucionales.

## 4. Movilización ciudadana

Con frecuencia, a pesar de la precisión de los objetivos de la campaña de incidencia política y de los esfuerzos realizados en términos de lobbying o mediante la campaña mediática, nos

damos de bruces con posturas irrevocables por parte de los políticos. En estos casos, la movilización de la opinión pública por medio de campañas ciudadanas se convierte en uno de los últimos recursos frente a las reticencias políticas. No obstante, es muy importante tener en cuenta el contexto nacional: el recurso a la movilización ciudadana solo es posible en contextos democráticos estables, donde la opinión pública puede realmente influir en las posiciones de la clase dirigente.

#### **Esta movilización ciudadana puede hacerse a través de:**

- Peticiones y entrega de las peticiones a los responsables políticos determinados, en presencia de los medios de comunicación;
- Acciones a través de Internet (peticiones en línea, blogs interactivos, etc.);
- Concentraciones ciudadanas (por ejemplo, pirámides de zapatos, manifestaciones, etc.);
- Cartas para interpelar a un diputado o representante local;
- El uso de un signo distintivo militante (lazo rojo, pulsera blanca, etc.).

A menudo, estas acciones se sumarán al trabajo realizado con los medios de comunicación, para garantizar que la movilización alcance la mayor visibilidad y repercusión posible.

## **5. Investigación y pericia**

La legitimidad de la incidencia política se basa en argumentos procedentes de información que nos llega desde el terreno. Esta información, que debe actualizarse regularmente, puede proceder de la investigación (recopilación de datos o realización de estudios de caso-país o de investigación-acciones a partir de los programas y de las misiones) y/o de la experiencia de terreno. De esta forma, se contribuye a conseguir una

reputación de interlocutores fiables, objetivos y pertinentes entre los poderes públicos y otros dirigentes. Así, las soluciones que se proponen a través de la incidencia política deben ser coherentes con la constatación realizada en el terreno.

Uno de los objetivos del programa de Guatemala es promover, a escala continental, el derecho de acceso a la sanidad de las mujeres que trabajan en las maquilas. Entre 2006 y 2009, **MdM realizó una encuesta entre estas mujeres para evaluar las condiciones en las que trabajaban y la posible violación de sus derechos.**

El 21 de abril de 2010, MdM y sus colaboradores organizaron, en la capital, un coloquio internacional sobre el derecho a la sanidad de las trabajadoras de las maquilas y de la industria agroalimentaria. Se invitó a distintas organizaciones de la sociedad civil guatemalteca, así como de otros países de América Latina, para debatir sobre esta cuestión. Esta actividad fue organizada para **hacer públicos los resultados de la encuesta** y sensibilizar a las empresas sobre los derechos de las trabajadoras y las carencias en su aplicación. Así, más de 500 personas procedentes de distintos sectores participaron en las mesas redondas que se utilizaron para formular, de forma proactiva, propuestas concretas para defender a las trabajadoras.

El uso de las distintas formas de intervención se decide en función del contexto sociopolítico del país de intervención, de las oportunidades y de los medios (principalmente, humanos) disponibles. Así, si el recurso a la incidencia política no es común en un contexto determinado, es preferible concentrarse en el lobbying y en la experiencia del terreno.

## 4 / ACCIONES DE INCIDENCIA POLÍTICA SOBRE EL TERRENO: EJEMPLOS

Desde 2007, la lucha contra la violencia de género ha constituido, para MdM, un tema prioritario de incidencia política, junto con otros temas como la accesibilidad económica a la atención sanitaria, los recursos humanos disponibles en sanidad, la financiación de la sanidad y la salud de los migrantes.

Existen distintos ejemplos que ilustran las acciones de incidencia política sobre la problemática de la violencia de género que lleva a cabo MdM sobre el terreno. Evidentemente, los objetivos perseguidos y los recursos utilizados para la incidencia política están vinculados a los contextos de intervención y a las especificidades de los programas, lo que explica la gran variedad de temáticas en las que se implica MdM.

### 1. Ejemplos de temáticas escogidas

#### **En el marco de los programas de MdM**

**El objetivo del proyecto desarrollado en Níger** y de su continuación en la subregión “Níger-Mali-Burkina Faso” es realizar un análisis comparado de los distintos sistemas sanitarios y fomentar una financiación justa de la salud, con vistas a eliminar las barreras que se interponen al acceso a la salud, especialmente para las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años.

**El proyecto de Haití**, con catorce años de experiencia, se ha centrado en cuatro temáticas principales de incidencia política:

- La atención multidisciplinar e integrada de las víctimas de violencia;
- El reconocimiento del certificado médico, como acto médico,

- para las víctimas de violencia y la aplicación del principio de gratuidad en las instituciones públicas;
- La instauración de un plan nacional de lucha contra la violencia contra la mujer en las estructuras de salud pública;
- La importancia del aspecto psicológico en la rehabilitación de las víctimas de violencia, a través de la valoración de la relación de ayuda.

En Perú, las temáticas de incidencia política que inspiran las actividades del proyecto pretenden mejorar el desarrollo local, prestando una atención especial al respeto de los derechos humanos y a la igualdad entre sexos, con el objetivo de erradicar la violencia estructural y familiar y de reducir los embarazos de adolescentes.

El proyecto llevado a cabo en Pakistán está también implicado en una acción de incidencia política cuyos objetivos principales son la consideración por parte de los agentes clave del Departamento de Asuntos Sociales del Punjab de la violencia contra la mujer, y el cambio de actitud institucional y pública frente a las residentes de los Dar-ul-Amans y con los propios *Dar-ul-Amans* en sí.

#### **En el marco de programas desarrollados por asociaciones colaboradoras**

**Proyecto de “Promoción de los derechos de las mujeres a través del contrato de matrimonio” – Asociación Amusnaw, Argelia**

El objetivo general de este proyecto es promover los derechos de la mujer en el Magreb (Marruecos, Argelia y Túnez) por medio del uso estratégico de los contratos de matrimonio, en el marco de actividades de movilización comunitaria y de educación cívica. Este proyecto consiste en la organización de un conjunto de

consultas comunitarias con mujeres, en distintas regiones de los tres países, así como en la elaboración de un modelo de contrato y en el diseño de una campaña de incidencia política que acompañe la adopción de éste último. Las consultas hacen posible:

- Evaluar los conocimientos de las mujeres sobre el matrimonio y sobre las leyes relativas a éste;
- Conocer, a partir de las experiencias personales de las mujeres, lo que opinan del contrato de matrimonio y de la repercusión que tiene en su vida;
- Implicar a las mujeres en la elaboración de la lista de cláusulas que habría que integrar en el contrato de matrimonio;
- Identificar los desafíos y obstáculos que prevén las mujeres a la hora de negociar un contrato de matrimonio;
- Desarrollar, junto con las mujeres, estrategias para negociar un modelo de contrato de matrimonio<sup>198</sup>.

### En el marco de programas desarrollados por otras organizaciones

**Programa sobre los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero – Human Rights Watch, Burundi**  
Human Rights Watch y otras 62 organizaciones burundesas e internacionales de defensa de los derechos humanos publicaron una declaración común reclamando la retirada de la disposición del nuevo código penal, que criminaliza la práctica homosexual. Para ello, se basaron principalmente en testimonios que ponían de manifiesto que “la nueva ley burundesa ilegalizaba su identidad más profunda”. El informe de este colectivo de asociaciones se publicó el 30 de julio de 2009 y se titula: Interdit – Institutionnalisation de la discrimination contre les gays et lesbiennes au Burundi (disponible en francés y en inglés).

<sup>198</sup>. Moussaoui Faroudja, Asociación Amusnaw, “Campañas sobre la violencia contra la mujer y sobre el Código de la Familia en la región de la Cabília (Argelia)”, taller regional de atención a mujeres víctimas de violencia, El Cairo, (Egipto) MdM, septiembre de 2009.

## 2. Ejemplos de recursos utilizados

Los programas de MdM utilizan distintos recursos de incidencia política. En la mayoría de los casos, las acciones se llevan a cabo en **espacios de concertación** nacionales o locales, a través de **redes de apoyo** ya existentes o por medio de redes desarrolladas por los programas. Asimismo, se realiza regularmente **un trabajo más cercano** con los responsables políticos identificados. Por otro lado, algunos proyectos basan su acción en la redacción y la difusión de informes realizados a partir del análisis de los **datos recopilados**. En ocasiones, se transmiten los mensajes de incidencia política a través de **los medios de comunicación o de campañas de sensibilización** de la opinión pública. Por último, algunos programas desarrollan también estrategias a escala continental e interregional.

En Haití, la Concertación Nacional contra la Violencia contra la Mujer nació en 2002 a partir de la voluntad de coordinar las actividades de prevención y de atención en casos de violencia específica contra la mujer. Esta instancia reúne a instituciones públicas, sociedad civil y organizaciones internacionales. Médicos del Mundo Francia se encarga de coordinar una comisión de atención psicosocial y participa activamente en otras dos comisiones: “prevención y comunicación” y “atención médica”. **La Concertación Nacional reúne a sus miembros en torno a una misma mesa para buscar, juntos, una respuesta multidisciplinaria a la violencia y reflexionar sobre los mecanismos de coordinación necesarios.**

En Pakistán, MdM trabaja en el Departamento de Asuntos Sociales encargado de los Dar-ul-Amans (centros de alojamiento temporal destinados a mujeres en situaciones

## ACCIONES DE PREVENCIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y DE INCIDENCIA POLÍTICA

especialmente difíciles y a sus hijos) y, más en concreto, en la rama provincial del Punityab. MdM cuenta con locales dentro del departamento, lo que permite **estar presentes y tener contactos regulares**. Por otro lado, MdM está invitado a todas las reuniones de trabajo del departamento, donde se debaten también las acciones realizadas conjuntamente. Al trabajar en estrecha colaboración con las instancias gubernamentales del Punityab, MdM participa activamente en el cambio social dentro de las estructuras públicas.

**MdM**, Informe intermedio de operaciones,  
programa internacional de lucha contra la violencia contra la mujer,  
MAAIONG/AFD, septiembre de 2009.





5

ANEXO



A

## ACRÓNIMOS

B

## BIBLIOGRAFÍA

356 Documentos MdM

356 Referencias

371 Declaraciones y textos  
internacionales

372 Textos Regionales

373 Textos Legales

373 Páginas web

5A

## ACRÓNIMOS

**ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Refugiados**AFD:** Agence Française de Développement  
(Agencia Francesa de Desarrollo)**AFP:** Agence France Presse (Agencia Francesa de Prensa)**ARV:** antirretrovirales**CEADEL:** Centro de Apoyo al Desarrollo Local**CEA-ONU:** Comisión Económica de la ONU para África**Cedef:** Convención sobre la eliminación de todas las formas  
de discriminación contra la mujer**CEDH:** Convención Europea para la Salvaguarda de los  
Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS**CNCDH:** Commission nationale consultative des droits  
de l'Homme (comisión francesa de consulta sobre  
los Derechos Humanos)**Comede:** Comité médical pour les exilés  
(Comité médical Français para los exiliados)**CPI:** Corte penal internacional**CPTF:** Centro de prevención de la trata de mujeres**CRR:** Comisión de Recursos de Refugiados**DH/DIH:** Derechos Humanos/Derecho internacional humanitario**DUA:** Dar-UI-Aman

- EEPT:** Estado de estrés postraumático
- EPU:** Examen periódico universal
- FNUAP:** Fondo de las Naciones Unidas para la Población
- FPAB:** Family Planning Association of Bangladesh  
(Asociación de Planificación Familiar en Bangladesh)
- FPAN:** Family Planning Association of Nepal  
(Asociación Nepalí de Planificación Familiar)
- HRW:** Human Rights Watch
- IASC:** Inter-Agency standing committee  
(Comité permanente entre organismos)
- ICPD:** International conference on population and development  
(Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo)
- IGSS:** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- IPPF:** International planned parenthood federation  
(Federación internacional de planificación familiar)
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual/infecciones transmisibles sexualmente
- ITT:** incapacidad temporal total laboral
- MAAIONG:** Mission d'Appui à l'Action Internationale des ONG  
(Misión de Apoyo a la acción internacional de las ONG)
- MdM:** Médecins du Monde (Médicos del Mundo Francia)
- MONUC:** misión de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo
- MSF:** Médicos sin Fronteras
- OACDH:** Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
- OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- OEA:** Organización de los Estados Americanos
- Ofpra:** oficina francesa de protección de los refugiados y de los apátridas
- OIM:** Organización Internacional para las Migraciones
- OIT:** Organización internacional del Trabajo
- OMS:** Organización Mundial de la salud
- ONG:** Organización no gubernamental
- Onusida:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y Sida
- ONSMF:** Observatoire national de pratique en santé mentale et précarité (Observatorio nacional de practica en salud mental y precarida)
- ORSPERE:** Observatoire régional Rhône Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (Observatorio regional Rhône Alpes sobre el dolor psíquico en relación con la exclusión)
- OSAGI:** Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women
- Popin:** Red de Información sobre Población de las Naciones Unidas
- PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- PPE:** profilaxis post exposición
- RDC:** República Democrática del Congo
- Redicam:** Red Integral de Centros de Atención para las Mujeres Maltratadas
- S2AP:** Service d'Appui, d'Analyse et de Plaidoyer (Unidad de Apoyo, Análisis e Incidencia política)
- UNESCAP:** United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Comisión Economía y Social para Asia y el Pacífico de Naciones Unidas)
- UNIFEM:** Fondo de las Naciones Unidas para la mujer
- VIH/SIDA:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



## BIBLIOGRAFÍA

### DOCUMENTOS MDM

Todos los documentos mencionados en esta guía están disponibles a petición en el Departamento de Análisis, Apoyo e Incidencia política de la sede de MdM Francia.

### REFERENCIAS

→ **Agency for Health Care Policy and Research**,  
“HIV Cost and Services Utilization Study”,  
fact sheet, Rockville, MD, 1998.

→ **Alcalá María José**,  
*Estado de la Población Mundial 2005. La promesa de  
igualdad: equidad de género, salud reproductiva  
y objetivos de Desarrollo del Milenio*, Fnuap, 2005.

→ **Alta autoridad de salud francesa**,  
*Commission de la transparence*,  
dictamen del 15 de febrero de 2006.  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/  
ct032519.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032519.pdf)

→ **Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Refugiados (ACNUR)**,  
*Violencia sexual y por motivos de género en contra  
de personas refugiadas retornadas y desplazadas  
internas – guía para la prevención y respuesta*,  
mayo de 2003.

→ **Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Refugiados (ACNUR)**,  
“Protección internacional”, Glosario, junio de 2006.

→ **Alto Comisionado para los Derechos Humanos**,  
“Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud  
de mujeres y niños”,  
Ficha técnica n° 23, 2009.

→ **Amnistía Internacional**, “Pakistán: Homicidios de niñas  
y mujeres por motivos de honor”, septiembre de 1999.

→ **Amnistía Internacional**,  
“Chine: Une opposante à l’avortement forcé est envoyée  
dans un camp de travail”, 8 de octubre de 2004.

→ **Amnistía Internacional**,  
“Les crimes commis contre les femmes lors des conflits  
armés”, informe público, 8 de diciembre de 2004.  
[http://www.amnesty.org/fr/library/asset/ACT77/075/2004/fr/  
b74332dc-d57f-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/act770752004fr.pdf](http://www.amnesty.org/fr/library/asset/ACT77/075/2004/fr/b74332dc-d57f-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/act770752004fr.pdf)

→ **Amnistía Internacional**,  
“La niña lapidada tenía 13 años” 31 de octubre de 2008.  
[www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/la-nina-  
lapidada-tenia-13-anos/](http://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/la-nina-lapidada-tenia-13-anos/)

→ **Amnistía Internacional,**

“Mujeres, violencia y pobreza: Escapar de la trampa del género”, 25 de noviembre de 2009.

[www.amnesty.org/es/news-and-updates/feature-stories/mujeres-violencia-pobreza-escapar-trampa-genero-20091125](http://www.amnesty.org/es/news-and-updates/feature-stories/mujeres-violencia-pobreza-escapar-trampa-genero-20091125)

→ **Amnistía Internacional,**

“Ouganda les víctimas de viols et violences sexuelles sont privées de justice”, 7 de abril de 2010,

[www.amnestyinternational.be/doc/article16052.html](http://www.amnestyinternational.be/doc/article16052.html)

→ **Amon Joseph,**

“Abus commis à l’encontre des patients, complicité de certains fournisseurs de soins dans des actes de torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants”, Human Rights Watch, 2010.

→ **Asamblea General de las Naciones Unidas,**

Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer, Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, n°A/61/122/Add.1, 6 de julio de 2006.

→ **Asociación Americana de Psiquiatría,**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 3ª edición, 1980.

→ **Banco Asiático de desarrollo,**

Country briefing paper, Women in Pakistan, julio de 2000.

→ **Banco Mundial,**

World Development Report: investing in health, Oxford University Press, Nueva York, 1993.

→ “Bangladesh: Death for Man who Maimed Girl”, *New York Times*, 30 juillet 2003, citado en

“La violence contre les femmes – faits et chiffres”, **Unifem.**  
[www.unifem.org/attachments/gender\\_issues/violence\\_against\\_women/facts\\_figures\\_violence\\_against\\_women\\_2007\\_fra.pdf](http://www.unifem.org/attachments/gender_issues/violence_against_women/facts_figures_violence_against_women_2007_fra.pdf)

→ **Bourque Denis,** *L’approche communautaire – recueil de textes*, Valleyfield edición, 1987.

→ **Burgess Ann W. and Holmstrom Lynda L.,**

“Rape trauma syndrome”, *American Journal of Psychiatry*, 131:981-986, 1974.

→ **Carpenter R. Charli,**

“Recognising gender based violence against civilian men and boys in conflicts situations”, Department of Politics and International Relations, Drake University, marzo de 2004.

→ **Child Rights Information Network,**

“Les droits de l’enfant toujours mis à rude épreuve en RDC”, informe alternativo, presentado al Comité de derechos del niño de las Naciones Unidas, septiembre de 2008.

→ **Consortium “Reproductive Health Response in Conflict”,**

*Violences sexo-spécifiques : manuel d’outils pour l’évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l’évaluation des programmes en situations de conflit(s)*, febrero de 2004.

→ **Comisión mujer y desarrollo,** *L’approche de l’empowerment des femmes: un guide méthodologique*, Dirección General belga para la Cooperación al Desarrollo, junio de 2007.

- **Comisión de Derechos Humanos en Pakistán y la Fundación Aurat**, Informe anual, 2008.
- **Comision national francesa consultative des droits de l'homme**, Assemblée plénière, "Avis sur la traite et l'exploitation des êtres humains en France", 18 décembre 2009. [www.cncdh.fr/img/pdf/opinion\\_on\\_combating\\_the\\_trafficking\\_and\\_exploitation\\_of\\_human\\_beings\\_in\\_france.pdf](http://www.cncdh.fr/img/pdf/opinion_on_combating_the_trafficking_and_exploitation_of_human_beings_in_france.pdf)
- **Coomaraswamy Radhika**, Relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, "Lucha contra la violencia doméstica: las obligaciones del Estado", 2000.
- **Coomaraswamy Radhika**, Relatora especial sobre la violencia contra las mujeres, "Integration of the human rights of women and the gender perspective violence against women", presentado en aplicación de la resolución 2002/52 de la Comisión de derechos humanos, ONU, Cultural practices in the family that are violent towards women, 2003. [www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/a9c6321593428a.cfc1256cef0038513e/\\$FILE/G0311304.pdf](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/a9c6321593428a.cfc1256cef0038513e/$FILE/G0311304.pdf)
- **Daley-Harris Sam**, *State of the Microcredit Summit Campaign* Informe, 2009.
- **De Clercq Michel, Lebigot François**, *Le traumatisme psychique*, Masson, París, 2001.
- **D'hauwe Philippe**, "Le médecin généraliste face à la violence conjugale", *La Revue de la médecine générale*, n°237, noviembre de 2006.
- **Dirección del desarrollo y de la cooperación suiza**, *Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial*, 2006.
- **Dromer Carole**, "Le certificat médical, pièce jointe à la demande d'asile en France", memoria de máster 2 Derechos humanos / Derecho internacional humanitario, 2007.
- **Escuela nacional de salud pública de Rennes** "Maltraitance, bientraitance: prévenir les violences institutionnelles", módulo interprofesional de salud pública, 2005.
- **Europol**, Informe, 2006.
- **Fassin Didier, D'halluin Estelle**, "The Truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers", *American Anthropologist*, 2008.
- **Fayner Elsa**, *Violences, féminin pluriel – Les violences envers les femmes dans le monde contemporain*, Libro, collection Document, 2006.
- **Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP)**, boletín informativo, Agosto de 2009.
- **Furtos Jean**, *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologies et dispositifs*, ONSMP – ORSPERE, Lyon, 2004.

- **Goetz Anne-Marie y Sen Gupta Rina**,  
“Who takes credit? Gender, Power, and Control Over Loan Use in Loan Programs in Rural Bangladesh”,  
World Development, vol. 24, n° 1: 45-63, 1996.
- **Guttmacher Institute**,  
*Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, 2009.  
[www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf)
- **Heise Lori**, “Violence against women: an integrated ecological framework”, *Violence against Women*, 1998.
- **Heise Lori, Ellsberg Mary et Gottemoeller Megan**,  
“Ending Violence against Women”, Population Reports. Série L. N°11:17. Population Information Program, School of Public Health auprès de Johns Hopkins University, Baltimore, 1999.
- **Hirigoyen Marie-France**, *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*, Paidós Ibérica, 2006.
- **Human Rights Watch**,  
“Integration of the human rights of women and the gender perspective : violence against women and “honour” crimes”, intervención oral en la 57e sesión de la Comisión de derechos humanos de las Naciones Unidas, 2001.
- **Human Rights Watch**,  
*Toujours en lutte : La justice, un parcours semé d’obstacles pour les victimes de viol au Rwanda*, Nueva York, 2004.
- **Human Rights Watch**, citado en “Sexual and gender-based violence”, taller Médicos sin Fronteras, 2005.
- **Human Rights Watch**,  
*Interdit - Institutionnalisation de la discrimination contre les gays et lesbiennes au Burundi*, junio de 2009.
- **INSEE**, “Être femme exposée, être femme et jeune surexposée”, encuesta “Cadre de vie et sécurité”, 2007.
- **Inter-Agency Standing Committee / Comité Permanente entre Organismos (IASC)**,  
*Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*, febrero de 2007.  
[www.who.int/mental\\_health/emergencias/iasc\\_guidelines\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf)
- **Inter-Agency Standing Committee / Comité Permanente entre Organismos (IASC)**,  
*Mujeres, Niñas, Niños y Hombres: Diferentes Necesidades - Iguales Oportunidades*, 2008.
- **Inter-Agency Standing Committee / Comité Permanente entre Organismos (IASC)**,  
Grupo de referencia, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Actors Know?*, Ginebra, 2010.
- **International Planned Parenthood Federation (IPPF)**,  
*Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence, A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*, septiembre de 2004.
- **Johnson Cate**, *Violence Against Women : An Issue of Human Rights*, Office of Women in Development, Agency for International Development of United States, 1997.

- **Jones Nicola, Moore Karen, Villar-Marquez Eliana avec Broadbent Emma**, *Painful Lessons: The Politics of Preventing Sexual Violence and Bullying at School*, Overseas Development Institute, Londres, octubre de 2008.
- **Josse Evelyne**, “Déceler les violences sexuelles faites aux femmes”, abril de 2007.
- **Josse Evelyne**, “Victimes, une épopée conceptuelle – première partie : définitions”, mayo de 2007.
- **Josse Evelyne**, “Causes et facteurs de risque des violences sexospécifiques et sexuelles exercées contre les enfants”, julio de 2007.
- **Josse Evelyne**, *Les violences sexuelles entre détenus de sexe masculin: un révélateur de la subordination de la femme dans la société*, julio de 2007.
- **Josse Evelyne**, “Les violences sexospécifiques et sexuelles à l’égard des hommes”, julio de 2007.
- **Josse Evelyne**, “Le traumatisme psychique : quelques repères notionnels”, *Journal international de victimologie*, Tomo 5, n°3, julio de 2007.
- **Josse Evelyne**, “Violences conjugales, quelques repères”, documento de formación para profesionales argelinos a cargo de mujeres víctimas de violencia conyugal, octubre de 2007.
- **Josse Evelyne, et Dubois Vincent**, *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, Universidad De Boeck, Colección Crisis, septiembre de 2009.
- **Kim Julia, Motsei Mmatshilo**, “‘Women enjoy punishment’: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa”, *Social Science & Medicine*, vol. 54, Issue 8, pp. 1243-1254, abril de 2002.
- “*La lutte contre les violences conjugales*”, Les documents de travail du Sénat, n° LC 144, febrero de 2005.
- **Longpre Caroline, Forte Danielle, O’doherty Christine, Vissandjee Bilkis**, *Projet d’empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l’empowerment (phase 1)*, Centre d’excellence pour la santé des femmes (Cesaf), Consortium Université de Montréal, Montréal, 1998.
- **Lovell Anne**, *Trabajos preparatorios para la elaboración del Plan Violencia y Salud en aplicación de la ley relativa a la política de sanidad pública de 9 de agosto de 2004*. Comisión de violencia y salud mental, marzo de 2005.
- **Macinko James, Starfield Barbara, Shi Leiyu**, “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries”, 1970-1998, Health Services research, 2003.

- **Malengrez Maude,**  
 “Haïti: légaliser l’avortement pour plus de justice sociale”,  
 agencia de prensa Syfia, noviembre de 2004. [www.syfia.info/  
 index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=3916](http://www.syfia.info/index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=3916)
- **Mangham Colin, Ph.D., Mcgrath Patrick, Ph.D., Reid Graham, Ph.D., Stewart Miriam, Ph.D.,**  
*Résilience, Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé.*  
 Documento de trabajo – Análisis de tallado presentado a Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Universidad Dalhousie, 1995.
- **Médicos Sin Fronteras,**  
*Vies brisées, l’aide médicale urgente, vitale pour les victimes de violences sexuelles,*  
 2ª edición, Bruselas, junio de 2009.
- **Médicos Sin Fronteras,** *Médicaments essentiels – guide pratique d’utilisation à l’usage des médecins, pharmaciens, infirmiers et auxiliaires de santé,* edición 2010.
- **Médicos Sin Fronteras Bélgica,**  
 “Protocole d’interruption de grossesse”,  
 ficha 23, mémento VSX, enero de 2006.
- **Ministerio del Interior Francés,**  
 Estudio nacional sobre las muertes violentas en la pareja,  
 año 2008, Delegación de víctimas, octubre 2009.
- **Mohsen-Finan Khadija,**  
 “L’évolution du statut de la femme dans les pays du Maghreb”,  
 Institut français des relations internationales, junio de 2008.
- **Nicolai Susan.,** *Psychosocial needs of conflict-affected children and adolescents,* Paris: IEP-Unesco World Bank-IEP Summer School, Julio de 2003.
- **OACDH, ONUSIDA, PNUD, CEA-ONU, UNESCO, FNUAP, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS,**  
*Eliminar las mutilaciones genitales femininas, declaracion inter-instituciones,* 2008.
- **OIT, Organización Internacional del Trabajo,**  
 “Alianza global contra el trabajo forzoso. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo”, Informe del director general, 2005.
- **OMS,** Constitución,  
 con fecha de entrada en vigor el 7 de abril de 1948.
- **OMS,** *Aspectos psicosociales y psiquiátricos de la salud de la mujer,* División de salud de la familia y División de salud mental, WHO/FHE/MNH/93.1, 1993.
- **OMS, FNUAP, UNICEF,** Declaración común  
 “la mutilación genital femenina”, Hoja informativa, 1997.
- **OMS,** *Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario,* 1997.  
[www.who.int/gender/violence/en/violencia\\_infopack1.pdf](http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf)
- **OMS,** *Contracepción de urgencia - guía para la prestación de atención,* 1998.
- **OMS,** *Informe sobre la salud mental en el mundo,* 2001.

- **OMS**, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.  
[www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)
- **OMS**, “Violencia contra las mujeres”, hoja informativa, 2003.
- **OMS**,  
*Avortement médicalisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, Genibra, 2004.
- **OMS**, *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica, Resumen del informe*, 2005.
- **OMS**, *Gestion Clinique des victimes de viols, Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, edición revisada*, 2005. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf)
- **OMS**, “La violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA: Principaux points de recoupements ; Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA”, *Serie de boletines informativos*, n° 1, 2005.
- **OMS**, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5ª edición, 2007.
- **OMS**, “Salud mental: un estado de bienestar”, octubre de 2009.
- **Perrone Reynaldo et Nannini Martine**, *Violences et abus sexuels dans la famille*, edición ESF, octubre de 2006.
- **Préfecture de la région d'Ile de France**, “Le développement de la pédagogie de l'égalité entre les femmes et les hommes”, *informe sobre la actividad de los servicios regionales del Estado en Île-de-France*, 2002.
- “Recommandations sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH”, **rapport Yeni**, 2008. (última conferencia de consenso francesa sobre la infección del VIH).
- **Red de información sobre Población de las Naciones Unidas (POPIN)**, “Guidelines on women's empowerment”, con el apoyo de Fnuap.  
[www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfwemp.gdl.html](http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfwemp.gdl.html)
- **Relief Web**, “Caritas et la Banque Mondiale appuient la réinsertion économique des ex-combattants”, **Kalémie - RDC, febrero de 2010**.  
[www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/shig-82hcqa?opendocument](http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/shig-82hcqa?opendocument)
- **Romani Rose**, “La Mémoire et au-delà; Les Roms et les Sintis pendant l'holocauste et dans la société contemporaine”, *Crónica de las Naciones Unidas*, edición en línea.
- **Shana Swiss M.D. et al.**, “Violence Against Women During the Liberian Civil Conflict”, Letter from Monrovia, *JAMA*, Tomo 279, n°8, febrero de 1998.

- **Taverne Bernard**, « Valeur morale et stratégie de prévention: la “fidélité” contre le sida au Burkina Faso », coloquio international “Sciences sociales et sida en Afrique: bilan et perspectives”, 1996, Codesria, CNLS, Orstom, Saly-Portudal, Sénégal, pp. 527-538.
- **Tourette-Turgis** “Las bases de la consejería”. [www.counselingvih.org/es/definicion/empathie.php](http://www.counselingvih.org/es/definicion/empathie.php)
- **UNESCO**, *Guidebook for planning education in emergencies and reconstruction*, 2006.
- **United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (Unescap)**, *Economic and Social Survey for Asia and the Pacific*, 2007, p. 123.
- **UNICEF**, *Women in transition*, The Monee project regional monitoring report summary no 6, Florence, 1999.
- **UNICEF**, *La violencia doméstica contra mujeres y niñas*, Digest Innocenti n°6, junio de 2000.
- **UNICEF**, “Early marriage: a harmful traditional practice”, 2005.
- **UNICEF**, *The impact of migration on children in Moldova*, octubre de 2008.
- **UNICEF**, informe 2009.
- **Walker Lenore E.**, “Battered Women and Learned Helplessness”, *Victimology: An International Journal*, Vol.2, N°3-4, 1977-1978.

## DECLARACIONES Y TEXTOS INTERNACIONALES

- **Carta de las Naciones Unidas**, adoptada en la Conferencia de San Francisco el 26 junio de 1945.
- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**, adoptada por en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.
- **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, Asamblea General de las Naciones unidas, noviembre de 1989.
- **“Decenio de las Naciones unidas de la Alfabetización: la educación para todos”**, Asamblea General de las Naciones unidas, resolución A/RES/56/116, 18 de diciembre de 2001.
- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, adoptada por la Asamblea General de las Naciones unidas, 10 de diciembre de 1948.
- **Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder**, Asamblea general de las Naciones unidas, 1985.
- **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**, adoptada por la Asamblea general de las Naciones unidas, 20 de diciembre de 1993.
- **Good Practice in Gender Mainstreaming Example**, Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women, United Nations International Drug Control Programme: Alternative Development Work in Peru, 1999.

→ **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, adoptado por la Asamblea general de las naciones unidas, 16 de diciembre de 1966.

→ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, adoptado por la Asamblea general de las naciones unidas, 16 de diciembre de 1966.

→ **Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de Naciones unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional**, diciembre de 2000.

### Textos regionales

→ **Carta Africana de derechos humanos y de los pueblos**, adoptada por la Organización para la unidad Africana, 27 de junio de 1981. [www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf](http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1297.pdf)

→ **Carta de la Organización de los Estados Americanos**, adoptada en la 9e conferencia internacional Americana, 30 de abril de 1948. [www.cidh.org/Default.htm](http://www.cidh.org/Default.htm)

→ **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer**, “Convención de Belem do Para”, adoptada por la Organización de los Estados Americanos, 9 de junio de 1994.

→ **Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales**, adoptada por el Consejo de Europa, 4 de noviembre de 1950. [www.echr.coe.int/echr/](http://www.echr.coe.int/echr/)

### Textos legales

- Circular interministerial francesa sobre las “recommandations sur la prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l’immunodéficience humaine (VIH)”, 13 de marzo de 2008.
- Sentencia M.C. c. Bulgarie, no 39272/98, Tribunal Europea de derechos humanos, 2003.

## **PÁGINAS WEB**

- **Alto Comisariado para los Derechos Humanos:** [www.ohchr.org/sp/pages/welcomepage.aspx](http://www.ohchr.org/sp/pages/welcomepage.aspx)
- **Amnistía Internacional:** [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)
- **Asociación Médica Mundial:** [www.wma.net/es/10home/index.html](http://www.wma.net/es/10home/index.html)
- **Boletín médico de IPPF:** [www.ippf.org/en/resources/medical/](http://www.ippf.org/en/resources/medical/)
- **Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer** [www.2.ohchr.org/spanish/bodies/cedaw/index.htm](http://www.2.ohchr.org/spanish/bodies/cedaw/index.htm)
- **Consejo Nacional francés consultivo de ética:** [www.ccne-ethique.fr/](http://www.ccne-ethique.fr/)
- **Consejo Nacional de la orden francesa de médicos** [www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)

→ **Instituto Francés de Relaciones Internacionales:**

[www.ifri.org](http://www.ifri.org)

→ **“Lutte contre les violences faites aux femmes: grande cause nationale pour 2010”,**

campana del gobierno francés:

[www.gouvernement.fr/premier-ministre/la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-grande-cause-nationale-2010](http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-grande-cause-nationale-2010)

→ **Red canadiense de salud:**

[www.phac-aspc.gc.ca/hcfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/hcfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvemotion_f.html)

→ **Résilience Psy** (artículos de evelyne josse):

[www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com).

### **Autoras**

Julia Branchat y Constance Duplessy

Asesoras temáticas y responsables

del programa internacional de lucha contra la violencia de género, Unidad de Análisis, Apoyo e Incidencia Política,

Médicos del Mundo Francia

### **Colaboración en la redacción**

Tiphaine Barral, Médica residente, voluntaria de Médicos del Mundo Francia

### **AGRADECIMIENTOS**

Queremos dar las gracias a todas las personas que han participado en las diferentes fases de la elaboración de esta guía:

Olivier Bernard, Magali Bouchon, Pauline Boureau, Juliette Chevalier,

Anne Desmarest, Carole Dromer, Pilar Giraud, Nicolas Guihard, Ali Imran,

Evelyne Josse, Jérôme Larché, Niklas Luhmann, Shadia Morchid,

Denis Mukwege, Marie-Dominique Pauti, Myriam Pomarel, Hugo Tiffou,

Sophie Zaccaria por su ayuda en la relectura

y a Thérèse Benoît por la revisión lingüística de la versión francesa;

Matthew Cush y Anne Withers por la traducción en inglés, Jaime Guitart,

Ana Medrano Gonzalez y Elena Martínez Suárez por la traducción en español,

y Alejandra García Patón por la coordinación de las traducciones.

**Asimismo queremos agradecer a todas las personas que nos han dedicado su tiempo y experiencia y que han contribuido así a la reflexión de MdM sobre la temática de la violencia de género.**



Diseño gráfico: polysemique.fr / Fotos: Lâm Duc Hiên  
(pp. 1-10-60-182-258-296), Jacky Naegelen/Reuters  
(pp. 2-304), Thierry Dudoit/L'express (p. 34-119),  
Bruno Fert (p. 100), MdM (pp.120-208),  
Stéphane Lehr (pp. 349-350), Lahcène Abib (p. 376) /  
Impresión: Imprimeries Paton

En todo el mundo **la violencia de género** **representa un problema mayor de salud pública** **y una violación incontestable de los derechos humanos.**

Esta constatación nos obliga a interrogarnos sobre las estrategias de intervención y las acciones de prevención y respuesta a la violencia de género, sin olvidar los contextos socioculturales. Sin dar respuestas definitivas, este guía ofrece **pistas de reflexión para el desarrollo de programas o actividades de lucha contra la violencia de género.**

A través de **conceptos claves,** **herramientas metodológicas,** y **ejemplos del terreno,** esta guía propone **mejorar la identificación de las personas víctimas de violencia y la atención multidisciplinaria de las mismas, así como las actividades de sensibilización y de incidencia política ligadas a la violencia de género.**

Esta guía se apoya en la capitalización del saber hacer de MdM en este ámbito, experiencia que ha desarrollado gracias al programa internacional de lucha contra la violencia de género, financiado por la Agencia Francesa de Desarrollo.



Con el apoyo de:

