

---

## mujer y desarrollo

# **V**iolencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia

Eliana Arauco Lemaitre  
Rosario Mamani Apaza  
Jimena Rojas Silva



NACIONES UNIDAS

**CEPAL**

Santiago de Chile, abril de 2007

Este documento fue preparado por Eliana Arauco Lemaitre, Rosario Mamani Apaza y Jimena Rojas Silva. Las autoras expresamos nuestro agradecimiento a quienes nos apoyaron en esta investigación y manifestamos nuestro respeto y admiración al personal de: centros de salud, Brigadas de Protección a la Familia, SLIMs, ONGS, Red de Atención y Prevención de la Violencia en El Alto, Dirección de Género y Gestión Social del Municipio de El Alto quienes en medio de muchas adversidades y limitaciones aportan cotidianamente a la construcción de una sociedad más equitativa. Así mismo, nuestro mayor respeto y homenaje a las mujeres que entrevistamos y a tantas otras que desde sus propias voces y desde sus propias historias, tejen nuevos caminos para todas/os nosotras/os.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1564-4170      ISSN versión electrónica 1680-8967

ISBN: 978-92-1-323059-6

LC/L.2721-P

N° de venta: S.07.II.G.62

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2007. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b>	5
<b>Introducción</b>	7
<b>I. Marco general</b>	11
1. El marco jurídico e institucional	11
2. El enfoque desde lo público	13
3. Los avances en los diferentes espacios institucionales	14
4. La violencia intrafamiliar en Bolivia	17
<b>II. Caracterización de los servicios de salud para la atención a la violencia contra la mujer</b>	19
1. El sector de salud	19
2. Políticas de salud y género	20
3. Ejes de intervención del sector de salud en relación a la violencia en razón de género	20
4. Normas y procedimientos para la atención de la vif en el sector de salud	22
5. Vigilancia epidemiológica, control y referencia	23
6. Capacitación del personal de salud	25
<b>III. Un análisis de caso: la ciudad de El Alto</b>	27
1. Alcance del trabajo	27
2. Características sociales, económicas y culturales de la ciudad de El Alto	28
3. La estructura de salud en la ciudad de El Alto	29
4. Servicios e instancias de atención a la vif en la ciudad de El Alto	29
5. Prácticas y modalidades de atención de mujeres víctimas vif observadas en los centros de salud de El Alto	36

<b>IV. Percepciones y testimonios de mujeres sobre los servicios de salud</b> .....	49
<b>V. Temas para la reflexión y análisis</b> .....	53
<b>VI. Algunos temas clave para profundizar</b> .....	57
<b>Bibliografía</b> .....	59
<b>Anexos</b> .....	61
Plan nacional de políticas públicas para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres 2004- 2007.....	63
Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar.....	70
Personas e instituciones entrevistadas .....	72
<b>Serie Mujer y desarrollo: números publicados</b> .....	83
<b>Índice de cuadros</b>	
Cuadro 1      Efecto I: Hombres y mujeres cuentan con información sobre su derecho a no ser víctimas de violencia y su obligación de no ejercerla .....	63
Cuadro 2      Efecto II: Maestros y maestras del sector público de la educación previenen, identifican y refieren la vif .....	65
Cuadro 3      Efecto III: Se ha incrementado el número de servicios legales integrales municipales y por lo menos 60% de los slims cuentan con personal calificado para atender la vif .....	66
Cuadro 4      Efecto IV: BPF cuentan con infraestructura y personal calificado .....	67
Cuadro 5      Efecto V: Operadores de salud atienden y reportan todos los casos de violencia intrafamiliar de vif que llegan a los servicios de salud .....	67
Cuadro 6      Actividades comunes a los efectos III, IV Y V .....	68
Cuadro 7      Actividades comunes a todos los efectos .....	69

## Resumen

---

*“El subdesarrollo no solo es consecuencia de la pobreza y de los indicadores macroeconómicos, sino también del tipo de relaciones de género que se arrastran desde el pasado y se proyectan al futuro”*

Vice-ministerio de Asuntos de Género,  
Generacionales y Familia. Bolivia 2001

La Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL ha decidido promover un trabajo de análisis y reflexión sobre la atención y respuesta que dan los servicios de salud a las mujeres que sufren violencia. El objetivo es acercarse a la problemática para identificar los desafíos que surgen de las declaraciones políticas y normas nacionales e internacionales ante la situación real de la atención en los servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia.

Se realizó un estudio cualitativo orientado a recuperar aspectos particulares en un contexto local específico, concentrándose en el análisis de casos que den pautas de lo que ocurre en situaciones reales.



## Introducción

---

La violencia contra la mujer se reconoce hoy en día como un problema social, de salud pública y de abuso a los derechos humanos, de grandes dimensiones. Por ello diferentes convenciones y declaraciones a nivel internacional, establecen acuerdos que los diferentes gobiernos se comprometen a desarrollar para abordar y eliminar la violencia basada en el género.

En respuesta a diversas demandas de la sociedad civil y a los compromisos internacionales asumidos, el Estado boliviano promulga un conjunto de leyes, normas y reglamentos ratificando su compromiso con estos acuerdos. En 1995, se aprueba la Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica y en 1998 el D.S. 25087 que reglamenta la ley. Esta disposición constituye un hito en el reconocimiento de la violencia intrafamiliar como un delito de orden público y como una violación a los derechos humanos. En el transcurso de 10 años, el Estado diseña e implementa un conjunto de políticas sectoriales y establece mecanismos e instancias de atención de la violencia intrafamiliar y doméstica.

El Ministerio de Salud, aborda la problemática desde un enfoque de Salud Pública en coordinación con el Viceministerio de la Mujer desarrollando políticas, estrategias y programas específicos para la atención a la violencia en razón de género. Se establecen así normas y protocolos para la atención de la violencia en el sector de salud.

El estudio tiene un carácter eminentemente cualitativo y no está orientado a la generalización, sino más bien a recuperar aspectos

particulares en un contexto local específico, por lo tanto no se pretende abarcar conclusiones universales, pero sí concentrarse en el análisis de casos que den pautas de lo que ocurre en situaciones reales. La pregunta fundamental que se formula es ¿Cuáles son las principales dificultades y limitaciones que se presentan en los servicios de atención en salud a mujeres afectadas por la violencia doméstica y cuáles son los factores que influyen en ese proceso?

La investigación buscó:

- Analizar la adecuación, calidad y limitaciones de la respuesta institucional, desde la perspectiva de las pautas internacionales y nacionales.
- Identificar aspectos institucionales referidos a: recursos, normas, gestión, formación, etc. asociados a las limitaciones o falencias de los servicios.
- Conocer las percepciones de diferentes actores sobre las respuestas encontradas en la búsqueda de ayuda y solución a problemas de violencia conyugal en relación de pareja.
- Presentar ejemplos concretos que den cuenta de la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud a mujeres víctimas de la violencia conyugal.
- Proponer temas de análisis para mejorar la capacidad institucional.

En este estudio se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos: búsqueda y análisis documental; observación participante en servicios de salud; aplicación de entrevistas semi-estructuradas a responsables de programas vinculados a la problemática en el Ministerio de Salud, el Vice-ministerio de la Mujer, la OPS; médicos, enfermeras, trabajadoras sociales; miembros de la Red de Prevención y Atención a la Violencia de la ciudad de El Alto; responsables Municipales de Salud; personal de los SLIMs y de la Brigada de Protección a la Familia, Así mismo, se realizaron entrevistas individuales con mujeres que acuden a los servicios de salud.

En la primera parte del documento, se presenta un marco general que incluye una breve descripción de aspectos jurídicos e institucionales, el enfoque de la **violencia intrafamiliar desde lo público**, los avances en los diferentes espacios institucionales y la situación de violencia intrafamiliar en el país.

En la segunda parte, se presenta una caracterización de los servicios de salud para la atención de la **violencia contra la mujer que comprende una descripción del sector salud, de las políticas de salud y género**, los principales ejes de intervención del sector salud en relación a la VIF y, las normas y procedimientos de atención, los sistemas de información, registro y los programas de capacitación.

En tercer lugar, se presentan los resultados del estudio de caso realizado en los servicios de atención a la VIF de la ciudad de El Alto, durante los meses de febrero y marzo del 2006, enfatizando en la comparación entre el plano de lo formal (lo establecido, normado) y el plano de “la realidad” o lo consuetudinario e identificando los principales nudos críticos observados en el sector de salud.

Se emplearon las siguientes técnicas e instrumentos (Ver anexo 4):

La observación participante en servicios de salud.

La aplicación de entrevistas semi-estructuradas a responsables de programas vinculados a la problemática.

La aplicación de entrevistas semi-estructuradas a personal de los servicios de salud: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales.



La aplicación de entrevistas a instituciones miembros de la Red de Prevención y Atención a la Violencia de la ciudad de El Alto y a responsables municipales de Salud.

La aplicación de entrevistas abiertas y semi-estructuradas a personal de los SLIMs y de la Brigada de Protección a la Familia.

La realización de entrevistas individuales con mujeres que acuden a los servicios de salud.

Finalmente y a modo de conclusión se propone un conjunto de temas para la reflexión y análisis, en el espíritu de contribuir a acortar la brecha existente.



## I. Marco general

---

### 1. El marco jurídico e institucional

La violencia intrafamiliar<sup>1</sup> contra la mujer se reconoce hoy en día como un serio problema de salud pública y una flagrante violación a los derechos humanos. Tiene un alto costo para la sociedad y para los Estados, constituyéndose también en un obstáculo, a veces oculto, para el desarrollo económico y social de los países. Es producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad y de relaciones de poder inequitativas entre géneros.

La violencia contra las mujeres comienza a ser visibilizada como un problema de magnitud a partir de los años ochenta, principalmente a través de campañas y denuncias de organizaciones de mujeres y de diferentes iniciativas de sensibilización a la sociedad y el Estado. En los años noventa, se ponen en marcha diversas acciones públicas emprendidas desde el Estado y articuladas con la sociedad civil, relacionadas con reformas legales, programas de salud, campañas de sensibilización y de capacitación, etc. Diferentes convenciones y declaraciones internacionales, establecen acuerdos que

---

<sup>1</sup> La Ley 1674 de Violencia Intrafamiliar y Doméstica, se refiere a la violencia en las relaciones de los diferentes miembros de la familia, incluyendo como víctimas niños, niñas, adultos mayores, hombres y mujeres, considerando las agresiones ocurridas tanto en el hogar como fuera del mismo. Este enfoque invisibiliza la violencia que se produce contra las mujeres y que es ejercida por hombres, muchas veces justificada por los condicionamientos sociales y culturales.

los gobiernos se comprometen a desarrollar para abordar y eliminar la violencia basada en género. En Bolivia, en respuesta a diversas demandas de la sociedad civil y a los compromisos internacionales asumidos, el Estado.

promulga un conjunto de leyes, normas y reglamentos que ratifican una voluntad política de avanzar en la lucha contra la violencia doméstica e intrafamiliar. Este proceso se fortalece desde el año 1992 con la creación del Programa Nacional de la Mujer y luego la Subsecretaría de Asuntos de Género de la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales del entonces Ministerio de Desarrollo Humano.

La Subsecretaría de Asuntos de Género -que posteriormente se constituye en el Vice-ministerio de la Mujer- es la instancia que diseña e implementa políticas públicas, entre las que ocupa un lugar prioritario la atención de la violencia en la familia o doméstica<sup>2</sup>. El Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (1994) crea los Servicios Legales Integrales (SLIs) en todo el país para la atención, orientación y consejería de la problemática de violencia contra la mujer y, las Brigadas de Protección a la Familia a cargo de la Policía Nacional.

La Ley 1100, promulgada en 1989 ratifica como Ley de la República las recomendaciones de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). La Ley 1599, promulgada en 1994, ratifica como Ley de la República a la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de “Belem do Pará” que se halla reforzada por la Ley 1551 de Participación Popular que promueve y consolida la articulación de la comunidad a la vida jurídica, política y económica, confiriendo competencias a los gobiernos municipales.

En 1995, se promulga la Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, que constituye un hito en el reconocimiento de la violencia intrafamiliar como un delito de orden público y como una violación a los derechos humanos. Hasta entonces el Código Penal no sancionaba actos de violencia familiar o doméstica que causaran lesiones con impedimentos o lesiones de menos de 8 días y las denuncias eran tratadas en instancias policiales. La Ley 1674 otorga nuevos roles a diferentes actores, tanto públicos como privados e introduce y delimita, los conceptos de Violencia Intrafamiliar y Doméstica.

El Reglamento de la Ley 1674, aprobado mediante Decreto Supremo No. 25087 en julio de 1998: “prevé la integralidad de la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y la implementación de programas de prevención, detección y atención de la violencia en la familia o doméstica, así como la difusión de la Ley 1674 y su Decreto Reglamentario a través del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación y tiene como organismo rector al Vice-ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, en coordinación con los Ministerios de Salud y Deportes, Educación, Gobierno, Justicia, Derechos Humanos y de la Presidencia.”<sup>3</sup>

La Reglamentación de la Ley 1674, designa al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) como responsable del registro de los casos de violencia a nivel nacional y, al sector de educación como responsable de incorporar los contenidos de la ley en el desarrollo curricular de los ciclos primario y secundario.

En 1999 se aprueba la Ley 2033 de Protección a Víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual, que reforma todos los artículos del Código Penal referidos a la violencia sexual, tipificándola como delito. Tiene por objeto: “proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano”.

<sup>2</sup> Mientras se realizaba este trabajo, el Gobierno Nacional aprobó la nueva LOPE, Ley 3351 de Organización del Poder Ejecutivo en la se transfiere la responsabilidad del tema de equidad de género al Ministerio de Justicia a nivel de una Jefatura dependiente de la Dirección General de Género y Generacionales del Vice-ministerio del mismo nombre.

<sup>3</sup> Viceministerio de la Mujer. Atención integral a las mujeres adolescentes y adultas víctimas de la violencia sexual. Normas Protocolos y procedimientos. La Paz, 2005. Pág.15

Este marco jurídico se complementa con un conjunto de normas y procedimientos policiales, para el funcionamiento de los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIMs), guías operativas para la aplicación de la Ley 1674 y su decreto reglamentario. En el sector de Salud se encuentran en vigencia: el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar dirigida al nivel operativo y gerencial y, la Guía para el Personal de Salud sobre la Vigilancia Epidemiológica para el control de la Violencia Intrafamiliar

Este breve panorama de las más importantes disposiciones legales nacionales, muestra el gran avance en el plano normativo y legal para abordar la problemática de la violencia intrafamiliar o doméstica, que se constituye en la plataforma para impulsar un conjunto de políticas y estrategias del sector público, articuladas con iniciativas de la sociedad civil.

Posteriormente (2001), como parte del Plan Nacional de Equidad de Género (2001-2003), se formula el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género que pone énfasis en el fortalecimiento de la prestación de servicios a través de una implementación integrada de prevención, atención y recuperación.

Actualmente se encuentra en vigencia el “Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004.2007” que establece como una de las políticas centrales del ámbito social: “favorecer a las mujeres bolivianas con mecanismos de prevención y servicios de calidad para la atención de la Violencia intrafamiliar y Violencia Sexual, en razón de género en el marco de una normativa eficiente y eficaz, a nivel nacional hasta el 2007”<sup>4</sup>. Este Plan fue presentado por el Vice-ministerio de la Mujer, como organismo normativo del Estado que tiene a su cargo la aplicación en todo el país.

## 2. El enfoque desde lo público

En Bolivia las políticas públicas de género han sido formuladas como parte de las políticas sociales y basan su accionar en correspondencia con políticas macroeconómicas y sectoriales. Las políticas de género conciben la “equidad centrada en tres ejes estratégicos cuyo fortalecimiento complementa la erradicación de la violencia de género: la ciudadanía política, con legislación, justicia y participación política y ciudadana; la ciudadanía económica, a través del desarrollo económico urbano y rural y medio ambiente; y, la ciudadanía social, mediante educación, salud, vivienda, servicios básicos, comunicación, cultura y deportes”<sup>5</sup>.

El Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004-2007, formulado a partir de un análisis de los últimos 10 años, tiene el propósito de disminuir las brechas de inequidad en los ámbitos económico, político, social y cultural: “basa su agenda en la agenda de discusión política del país, aporta al modelo de desarrollo del Estado a través de la correspondencia entre las prioridades del Vice-ministerio de la Mujer y las políticas de gobierno que serán definidas en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (PGDES), establecida en la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza (EBRP)...”<sup>6</sup>. Contempla 8 objetivos estratégicos de largo plazo, los mismos que se encuentran operacionalizados por políticas de desarrollo.

La violencia ha sido un tema de reflexión y análisis desde el campo social, desde el sector de salud y desde el campo del derecho. Es reconocida como uno de los problemas más graves de salud pública y de derechos humanos que afecta principalmente a mujeres, que requiere un abordaje

<sup>4</sup> Viceministerio de la Mujer. Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004 – 2007. La Paz, Bolivia, marzo 2005. Pág. 28

<sup>5</sup> Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Plan de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género. Pág. 3

<sup>6</sup> Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Plan de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género. Pág. 14

interinstitucional e intersectorial, demandando fuertes articulaciones tanto en el quehacer estatal como de la sociedad civil.

En ese contexto, las políticas de lucha contra la violencia en el país plantean una visión integral y sistémica, con énfasis en la calidad de los servicios, el fortalecimiento y articulación institucional y, el seguimiento. (Ver Anexo 1)

La ley 1674 señala que la Violencia en la Familia son aquellas agresiones físicas, psicológicas o sexuales, cometidas por el cónyuge o conviviente, ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa o colateral, tutores, curadores o encargados de la custodia.

La Ley considera como Violencia Doméstica a las agresiones cometidas entre ex-cónyuges, ex-convivientes o personas que hubieran procreado hijos en común, legalmente reconocidos o no, aún sin haber convivido.

La Ley reconoce tres formas de violencia:

- Violencia Física, son las conductas que causen lesión interna y externa o cualquier otro maltrato que afecte la integridad física.
- Violencia Psicológica, son las conductas que perturben emocionalmente a la víctima, perjudicando su desarrollo psíquico y emotivo.
- Violencia Sexual, son las conductas, amenazas o intimidaciones que afecten la integridad sexual o la autodeterminación sexual de la víctima.

Así mismo, se consideran hechos de violencia en la familia cuando los progenitores, tutores o encargados de la custodia pongan en peligro la integridad física y psicológica de los menores, por abuso de medios correctivos o disciplinarios o, por imposición de trabajo excesivo o inadecuado para la edad o condición física del/la menor.

Uno de los aspectos importantes de analizar en relación al enfoque, es que a pesar que Bolivia se adhiere a la Convención de Belem do Pará, que se refiere específicamente a la violencia contra las mujeres, la Ley 1674 considera a la violencia en la familia o doméstica, invisibilizando las formas particulares de violencia contra las mujeres al subsumirla en formas de violencia más generales. (M.Sagot 2000).

Desde este enfoque, se pone como centro de atención a la familia y a la mujer como “madre”, lo que limita un abordaje desde los derechos de las propias mujeres que se ven sacrificados en aras de la unión familiar y por el “bien” de los hijos y la sociedad. Esta perspectiva se refleja también en el sector de salud que tradicionalmente ha puesto la mirada en una función y en una etapa de la vida de las mujeres, generalmente la edad reproductiva, limitando la comprensión y abordaje de otros aspectos de la salud de las mujeres.

### **3. Los avances en los diferentes espacios institucionales**

Existe consenso en relación a que el país cuenta con una plataforma jurídica, normativa, procedimental e institucional que ha logrado agendar y posicionar el tema de la violencia en la familia o doméstica en lo público, en las acciones del Estado y en diversos ámbitos de la sociedad civil. A partir de las disposiciones legales adoptadas y de importantes movimientos reivindicativos de la sociedad civil, especialmente los movimientos de mujeres y, a pesar de los continuos cambios en la institucionalidad estatal, desde la primera Subsecretaría de Asuntos de Género del Ministerio de Desarrollo Humano, en Bolivia se instalan oficialmente un conjunto de mecanismos nacionales,

prefecturales, municipales y sectoriales que impulsan la implementación gradual de estrategias y estructuras institucionales, para la prevención, atención y sanción de la VIF.

Por ello se puede afirmar que hoy en día, diversas instituciones del aparato público y de la sociedad civil, tienen a su cargo la prevención, atención y seguimiento de la violencia doméstica e intrafamiliar desde un abordaje integral. Entre estas se destacan las siguientes:

Los **Servicios Legales Integrales Municipales (SLIMs)** que según la Ley 1674 son organismos de apoyo creados específicamente para luchar contra la violencia en la familia, forman parte de los programas o unidades municipales de género. Brindan orientación gratuita y apoyo socio-legal a víctimas de violencia, promocionan y difunden los derechos de las mujeres, la capacitación y formación de promotoras y, la coordinación interinstitucional.

Inicialmente dependían de la Subsecretaría de Asuntos de Género, actualmente dependen de los Gobiernos Municipales y están normados y reglamentados en la Ley de Municipalidades, que obliga a los municipios a asignar recursos financieros para su funcionamiento, la contratación de personal calificado y la dotación de infraestructura. Los SLIMs cuentan con equipos multidisciplinarios de profesionales en trabajo social, psicología y derecho. Según el Viceministerio de la Mujer, para el 2005 se han institucionalizado 128 SLIMs en todo el país.

Uno de los factores fundamentales para el buen funcionamiento de los SLIMs es la calificación de su personal. El Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una perspectiva de Género, en un estudio de los SLIMs de 6 ciudades (Sucre, La Paz, El Alto, Cochabamba Oruro y Potosí), señala que sobre 50 personas que trabajan, solo el 72% son profesionales capacitados en temas relacionados a la violencia intrafamiliar y la aplicación de la ley 1674 y, un 28% no está capacitado.<sup>7</sup>

El Plan Nacional de Políticas Públicas para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres 2004-2007, reconoce la necesidad de fortalecer e incrementar el número de SLIMs y mejorar la calificación del personal para atender la violencia intrafamiliar a través de las siguientes acciones:

- Pasantías a través de universidades y programas de jóvenes.
- Elaboración de propuestas de fortalecimiento de SLIMs por tipo de Municipio.
- Sensibilización a autoridades municipales para organizar y fortalecer los SLIMs.
- Funcionamiento del Sistema Nacional de Información para la violencia intrafamiliar y violencia sexual.
- Apertura y mantenimiento de casas de retiro.

Las **Brigadas de Protección a la Familia (BPF)**, creadas por un Convenio entre la Subsecretaría de Asuntos de Género y la Policía Nacional, son unidades especializadas, dependientes de los Comandos Departamentales de la Policía y tienen la misión de prestar auxilio y protección a las víctimas de violencia intrafamiliar o doméstica. “A nivel operativo cuentan con Divisiones de casos de Violencia Intrafamiliar (Recepción e Información, Sala de Denuncias y Atención), casos de Menores, casos de Ancianos y dormitorio de emergencia, que atienden gratuitamente durante 24 horas del día los 365 días”.<sup>8</sup>

De acuerdo a los procedimientos correspondientes, las BPF remiten los casos de violencia, cualquiera sea el tipo, a la Fiscalía y a los Jueces de Instrucción a la Familia. Según el Viceministerio de la Mujer, al 2005 se cuenta con 24 BPF en todo el país.

<sup>7</sup> Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género. Año 4 No 4. 2005. La Paz, Bolivia

<sup>8</sup> Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia – Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género. La Paz, Bolivia. Diciembre 2001. pág.10

El Plan Nacional para el Ejercicio de los Derechos de las Mujeres reconoce la necesidad de fortalecer las BPF con infraestructura y personal calificado a través de:

- Mecanismos institucionales con la Policía Nacional.
- Asesoramiento y asignación de recursos para su funcionamiento.
- Contenidos y metodologías de capacitación específicos.

Las **Redes de Prevención y Atención de la Violencia** se constituyen en iniciativas de concertación interinstitucional y multisectorial para el desarrollo de estrategias de atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar. Articulan servicios públicos y privados de atención en salud, educación, municipios, brigadas de protección a la familia, organizaciones comunitarias y servicios de atención psico-legal de ONGs. En algunos municipios participan activamente en la Red, las Unidades Comunitarias de Orientación Vecinal (UCOs).

“La red busca desarrollar políticas a favor de la mujer, controlar la violencia, negociar recursos con el Municipio y el Estado, intercambiar información y trabajar en contra de la violencia intrafamiliar... No son verticales, son participativas, informan, asesoran a la víctima, estructuran procesos de rehabilitación, promueven estilos de vida saludables y previenen la violencia”.<sup>9</sup>

Según el Vice-ministerio de la Mujer existen 53 Redes de Atención y prevención de la violencia en todo el país y su conformación ha sido fundamental para la aplicación de boletas de registro de casos de violencia. El trabajo de redes ha permitido en alguna medida la socialización de materiales y experiencias, la composición de fuerzas en la mejora de la atención en los servicios y se configuran en un factor clave para el registro de casos de violencia.

En relación a las Redes, las políticas públicas vigentes proponen su fortalecimiento, así como la articulación de acciones con organizaciones e instituciones de la sociedad civil.

**Servicios de Organizaciones no Gubernamentales.** Las entidades sin fines de lucro, tienen también un rol fundamental en la reducción de riesgos de la violencia doméstica, a través de prestación de servicios psico-legales y de salud. Tienen así mismo un rol de movilizadores de recursos institucionales y comunitarios para el desarrollo de acciones integrales e intersectoriales y para la constitución de las Redes. Estas instituciones aportan con diversas sistematizaciones y estudios que dan cuenta de los avances y desafíos permanentes que tiene la problemática de la violencia contra la mujer en el país, incidiendo de esta manera en las políticas públicas.

Como iniciativa de instituciones no gubernamentales, se desarrolla el Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género que realiza un monitoreo de las políticas nacionales relacionadas a la mujer.

**El Sistema Educativo** incorpora, a través de la Ley de Reforma Educativa, cuatro temas transversales: democracia, equidad de género, salud y sexualidad y, medio ambiente. En ese marco, define la equidad de género como “(...) el derecho de hombres y mujeres a tener igualdad de oportunidades y a un tratamiento con igual valoración en los diferentes ámbitos de la sociedad, como la familia, la educación, el mundo laboral, la esfera pública y otros.”<sup>10</sup>

Se comprende que la calidad educativa debe traducirse en un currículo que beneficie a hombres y mujeres con prácticas educativas, actitudes y comportamientos que valoren la equidad como parte de una convivencia social satisfactoria y de rechazo a la discriminación. Se reconoce como necesario e imprescindible que desde los espacios educativos se trabaje sobre actitudes y

<sup>9</sup> Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención de Víctimas y Sobrevivientes de la Violencia Sexual. IPAS Bolivia. Sistematización: Construcción de un Sistema Municipal de Información. La Paz, Bolivia 2004

<sup>10</sup> Ministerio de Educación *Diseño curricular para el nivel primario* Pág. 194



valores, particularmente aquellos que conllevan a la reflexión y crítica de situaciones de exclusión, discriminación o violencia por razón de género.

Desde las políticas de género en educación, se proponen estrategias específicas de profundización del tratamiento de la violencia en razón de género en el nivel primario, la elaboración de instrumentos dirigidos a docentes para detectar y referir la VIF en la escuela, así como incorporar en la curricula del nivel secundario la prevención de la violencia en razón de género.

#### 4. La violencia intrafamiliar en Bolivia

En Bolivia, la violencia intrafamiliar y doméstica se constituye en una de las formas más comunes de la violencia y afecta a aproximadamente 55,4% de mujeres y hombres casados o convivientes. Esto significa que entre 5 y 6 de cada 10 personas en edad fértil, son víctimas de algún tipo de violencia doméstica o intrafamiliar, con un predominio importante para las mujeres.<sup>11</sup>

“(…) la violencia intrafamiliar sigue siendo un problema que afecta a las mujeres, ya que 7 de cada 10 víctimas son mujeres que sufren algún tipo de violencia en sus hogares, en un 75% de los casos, tiende a ser repetitiva y no suele ser denunciada por las víctimas. Es así que del total de mujeres que declararon haber sufrido violencia en sus hogares, el 53% no tomó ninguna acción y solo poco más de un 17% realizaron denuncia ante las Brigadas de Protección a la Familia, los Servicios Legales Integrales o el Sistema Judicial: el 30% restante optó por hallar soluciones en el marco de sus propios núcleos familiares.<sup>12</sup>

El Ministerio de Salud y Deportes, con el apoyo de la OPS/OMS ha realizado dos estudios de prevalencia de la violencia doméstica e intrafamiliar.<sup>13</sup> El primer estudio se aplicó en 1997-1998 en 3 municipios -Viacha, Mizque y Riberalta- representativos de diferentes pisos ecológicos (altiplano, vales y llanos) con características socioculturales diferenciadas. Este estudio estimó que de cada 10 mujeres casadas o convivientes, 5 o 6 se reconocían víctimas de violencia doméstica y, entre 1 y 2 hombres.

El año 2003 se realiza un segundo estudio de prevalencia en 6 municipios, que abarca un análisis comparativo en los tres municipios del primer estudio y lo amplía a los municipios de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, que se constituyen en los más importantes desde el punto de vista de cantidad de población. Este estudio muestra diferentes temas de discusión.

A pesar de una disminución en la prevalencia de la violencia intrafamiliar, esta sigue siendo alta. Para 1997-98 la prevalencia era de 68,2%, lo que significa que 7 de cada 10 personas eran víctimas de violencia en su propia familia. Para el 2003 la prevalencia es de 55,4%, es decir que 5 de cada 10 personas son víctimas de violencia intrafamiliar.

La magnitud del problema es mayor en los municipios grandes (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), en los que la prevalencia es de 57,66%, esto podría deberse a que en los municipios más urbanizados existe menos control social que en poblaciones más pequeñas donde las familias se conocen más entre sí y existen redes parentales que ayudan al control.

Para el año 2003, un gran porcentaje de los actos de violencia ocurre en la casa: 90% en el caso de la violencia contra las mujeres y 68,9% en el caso de violencia contra los hombres. El estudio señala que son las/os hijos los que se constituyen en los testigos más frecuentes de los actos

<sup>11</sup> Dora Caballero. “Estudio de Prevalencia Violencia Doméstica e Intrafamiliar en 6 Municipios de Bolivia” (2004) Ministerio de Salud y Deportes OPS. La Paz, Bolivia.

<sup>12</sup> Viceministerio de la Mujer. Plan Nacional de Políticas Públicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004 – 2007. La Paz, Bolivia, marzo 2005. Pág. 27.

<sup>13</sup> Dora Caballero. “Estudio de Prevalencia Violencia Doméstica e Intrafamiliar en 6 Municipios de Bolivia” (2004) Ministerio de Salud y Deportes OPS. La Paz, Bolivia.

de violencia en la familia. Para el año 2003 este porcentaje alcanza al 41.7% visualizando una reducción considerable en relación a 1997-98 que era de 99%.

El hogar, la familia se constituye en el espacio más importante de reproducción biológica, social y cultural donde la persona aprende comportamientos y estilos de vida. Es así mismo la unidad básica de transmisión y mantenimiento de normas sociales y por lo tanto el espacio donde se estimulan y afianzan los estereotipos de género y la violencia “aprendida”. Esto continúa en la escuela y en todo tipo de organizaciones y espacios de la sociedad, por lo que la violencia en la familia o doméstica, tiene una relación directa con otro tipo de violencias.

Un buen porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, han sido criadas en un entorno maltratante, aprendiendo una actitud tolerante y “natural” frente a ella. Así mismo un buen número de hombres agresores vienen de hogares en los que fueron víctimas de violencia u observaron la violencia del padre hacia una madre pasiva, convirtiéndose en maltratadores “naturales”.

La forma más reconocida de violencia para las mujeres es la física, en tanto que para los hombres, es la psicológica. La violencia psicológica es la de mayor prevalencia y tiene repercusiones sobre la salud mental y la autoestima de las víctimas.

El factor más importante percibido como desencadenante de la violencia intrafamiliar es el estado de ebriedad, además de otros factores relacionados a la disfuncionalidad de la pareja: celos, conflictos por dinero, asuntos de trabajo, discusión por los hijos/hijas, altercados por supuestos adulterios. Y una constante en la permanencia de la violencia es la dependencia económica de las mujeres.

En los últimos años, existe una mayor conciencia en la sociedad sobre la problemática, sobretodo en su abordaje social y en la denuncia pública *“ahora las propias mujeres denuncian abiertamente y ese es un paso que traerá consecuencias importantes”*.

## **II. Caracterización de los servicios de salud para la atención a la violencia contra la mujer**

---

### **1. El sector de salud**

El Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector del Sistema de Salud a nivel nacional, que cuenta con tres subsistemas: público, seguridad social y privado. En el marco de las Leyes de Descentralización y Participación Popular, el Ministerio de Salud tiene el rol de normar, supervisar y fiscalizar. A nivel departamental, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) dependientes de las Prefecturas, tienen a su cargo la adecuación y ejecución de políticas departamentales, coherentes con las políticas y estrategias nacionales. En el ámbito municipal, como unidades desconcentradas, se encuentran las instancias locales con competencias operativas para la prestación de servicios.

El Nuevo Modelo de Gestión en salud, actualmente en vigencia, centra sus esfuerzos en profundizar la descentralización y desarrollar los ámbitos municipales y locales, garantizando la participación de la sociedad civil en la gestión pública, para lo que se organizan lineamientos operacionales de integración de una red de salud a nivel nacional, departamental, municipal y local.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Deportes. Salud y Equidad de Género. Plan Nacional 2004. 2007. Primera Edición 2003. Pág.15

## 2. Políticas de salud y género

En los últimos años, el sector de salud promueve la aplicación de políticas y estrategias en respuesta a la problemática de la Violencia contra la Mujer. El “Plan Nacional de Equidad de Género y Salud 2004-2007”, parte del reconocimiento que las diferencias biológicas entre los sexos interactúan con las construcciones sociales de la feminidad y masculinidad para modelar, de manera distinta, tanto los perfiles de salud de mujeres y de hombres, como los perfiles de su propia participación en el trabajo en el sector de salud.

Desde esa perspectiva, “...el centro de interés del análisis de género en salud, es la interacción entre factores psicológicos y biológicos que crean ventajas o desventajas para hombres y para mujeres”<sup>15</sup> y, se reconoce que los problemas de salud de la población, no son solo el resultado de las condiciones biológicas sino que se encuentran ligados a construcciones inequitativas de género. Mujeres y hombres están expuestos a diferentes riesgos de enfermedad y muerte, no solo por razones de orden biológico, sino por los diferentes roles, derechos, oportunidades y restricciones que socialmente se les asignan en una sociedad determinada.

El hecho que hombres y mujeres desempeñen distintos roles en la sociedad, implica también diferentes niveles de acceso y control de los recursos para cuidar la salud. La posición de subordinación de las mujeres limita su acceso y control de los recursos y por ello, desde un análisis de género en la salud, sin ignorar la situación de los hombres, se enfatiza en la situación de las mujeres.

El énfasis en las mujeres se argumenta además, desde las siguientes razones.<sup>16</sup>

- La mayor necesidad de los servicios de salud, ligada -aunque no exclusivamente- a su rol biológico reproductivo.
- La sobre representación femenina entre los pobres, que implica menores ingresos, menores oportunidades de acceso a la salud y seguridad.
- La posición de desventaja dentro del sistema de salud: puestos de menor remuneración, prestigio y poder de decisión en el sistema formal; desempeño de roles de promotoras de salud en la comunidad y en la familia, sin remuneración.
- Subrepresentación en estructuras de poder comunitario donde se definen prioridades y se asignan recursos para la salud.
- Como principales proveedoras de atención y cuidado dentro de la familia, son más afectadas por el aumento o reducción de los servicios de salud.
- Como principales gestoras de salud en la familia pueden ejercer un mayor control sobre los recursos, lo que incide en la eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones.

## 3. Ejes de intervención del sector de salud en relación a la violencia en razón de género

El Plan Nacional de Salud y Equidad de Género, tiene como un componente el “Programa Nacional de Género y Violencias” dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Deportes. Tiene a su cargo el desarrollo de planes a nivel nacional y su misión es la de “generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir las incidencias de todos los

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Deportes. OPS. Salud y Equidad de Género. Plan Nacional 2004-2007. La Paz, Bolivia, Pág.10.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud y Deportes. OPS. Salud y Equidad de Género. Plan Nacional 2004-2007. La Paz, Bolivia, Pág.11 y 12

tipos de violencia e inequidades de género, difusión, aplicación y su adecuado control con eficiencia, responsabilidad y convicción. Todo esto orientado a mejorar la salud de la población en general y grupos vulnerables de la comunidad”.<sup>17</sup>

El modelo de atención y prevención de violencias, desde el enfoque de la OPS/OMS señala como repercusiones de la violencia a nivel de salud que las lesiones físicas producen discapacidades transitorias o permanentes en las víctimas, y en el caso de las lesiones psicológicas, además de la víctima directa, afectan a las/os testigos. Así mismo, en los servicios de salud, produce una carga considerable que requiere una mayor asignación de recursos.

Esto obliga a desarrollar un abordaje desde la salud pública que permita: definir y observar la magnitud del problema, identificar causas, formular y poner en marcha modos de afrontar el problema.

Desde este Programa se comprende que las causas de la violencia se relacionan con factores sociales y económicos. Si bien existe un reducido número de patologías psiquiátricas como causa de comportamientos violentos, por lo general la violencia se encuentra en el entorno micro (la familia, la pareja, los vecinos), meso (instituciones de la comunidad) y, macro (normas e instrumentos legales).<sup>18</sup>

Comprender como interactúan y se vinculan estos factores es uno de los elementos clave para desarrollar, desde un enfoque de salud pública, acciones de prevención de la violencia: “...un fenómeno complejo como la violencia, puede reconocer variados elementos causales, los cuales asumen distinta importancia de acuerdo al contexto en el cuál se sitúen. Así por ejemplo las brechas de injusticia social y económica, la discriminación, el ejercicio de poder en forma autoritaria y el debilitamiento de las instituciones del estado, actúan como “telón de fondo” en este fenómeno. A su vez, factores predisponentes y desencadenantes, que podrían llamarse factores de riesgo, actúan sobre aquel “telón”, facilitando la aparición de hechos violentos”.<sup>19</sup>

A partir de un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en el sector de salud, el Plan Nacional 2004-2007 define cuatro ejes de intervención para que en el corto, mediano y largo plazo, se contribuya a mejorar esta situación. Estos son:

- Potenciamiento individual y comunitario para la prevención primaria que permita la promoción de comportamientos y ambientes seguros y saludables.
- Fortalecimiento de la respuesta del sector de salud en el sistema público y particularmente en la atención primaria en salud y en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Desarrollo de recursos humanos en salud para la generación de respuestas e implementación de estrategias de intervención con participación social.
- Articulación con otros actores y sectores estratégicos involucrados, para el intercambio de información y acciones de prevención de la violencia, de acuerdo a los contextos propios.

Estos ejes de intervención han sido operacionalizados en objetivos de proceso, acciones prioritarias, población y ámbito priorizado. Las acciones se desarrollan prioritariamente en los ámbitos urbanos en las capitales de departamento de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto.

<sup>17</sup> Ministerio de Salud y Deportes. Salud y Equidad de Género. Plan Nacional 2004. 2007. Primera Edición 2003. Pág.17

<sup>18</sup> La OMS propone el modelo ecológico de cuatro niveles para explicar la violencia: i) el nivel individual ligado a factores biológicos y a la historia personal que define los comportamientos de una persona para desarrollar actos violentos, ii) el nivel de relaciones, que indaga sobre las relaciones sociales cercanas: amigos, pareja y miembros de la familia que pueden convertirse en víctimas o perpetradores de la violencia, iii) en el nivel de la comunidad, indaga sobre los contextos comunitarios: escuela, trabajo, vecindario, etc. identificando los factores de estos contextos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de violencia y, iv) el nivel social, indaga sobre aspectos más generales que determinan las tasas de violencia o los factores que crean un clima de aceptación de esta.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud y Deportes. OPS. Prevención y Atención de Violencias. Plan Nacional 2004-2007. La Paz, Bolivia. Págs.10 y 11.

Para llevar adelante sus políticas, el Programa Nacional de Género y Violencias desarrolla planes operativos anuales, así como instrumentos normativos, materiales de información y guías para el seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de objetivos. Además establece mecanismos activos de coordinación con los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Desarrollo Integral de las/os Adolescentes y otros.

Por su parte, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), incorporan en sus planificaciones anuales los lineamientos establecidos en el Programa de Género y Violencias, adecuándolos a sus propios contextos y particularidades. Los servicios de salud del sistema público son los encargados de implementar las acciones previstas en el plan. Para la ejecución de este se asigna un presupuesto anual, que para 2004 al 2007, alcanza a un total de US\$ 374.000.

#### **4. Normas y procedimientos para la atención de la vif en el sector de salud**

En 1998, el Ministerio de Salud aprueba el Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la Violencia Intrafamiliar, como instrumento normativo que proporciona elementos teóricos y prácticos, traducidos en reglas de trabajo a ser aplicadas por el personal de salud (médicos/as, enfermeros/as y equipos de salud, principalmente de los niveles I y II, para la prevención tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la VIF. Con las normas se busca:

- “Proporcionar criterios, de procedimientos técnicos y bases legales, que faciliten el accionar del personal de salud para garantizar a las personas una atención de calidad.
- Uniformar el desempeño de los equipos de salud evitando que cada persona sea atendida de manera diferente y permitiendo la comparación de resultados.
- Proporcionar instrumentos de registro, que permitan rescatar información para la planificación, supervisión y evaluación.
- Definir las responsabilidades respecto al abordaje de la violencia intrafamiliar por niveles de atención en el sector de salud”.

Con ese enfoque se define un conjunto de 17 normas generales (Ver Anexo 2), normas de estructura y normas de procedimientos, estas últimas incluyen normas para:

- la atención para las víctimas de VIF,
- el diagnóstico,
- tratamiento físico,
- tratamiento emocional-consejería,
- criterios de referencia y contra-referencia,
- control de la VIF,
- prevención primaria y rehabilitación.

## 5. Vigilancia epidemiológica, control y referencia

### El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) proporciona información periódica sobre producción de los servicios de salud y la morbilidad sujeta a la acción programática y de vigilancia que desarrolla el sector. Incorpora desde 1997 la violencia intrafamiliar o doméstica en el sistema de vigilancia epidemiológica con el propósito de contribuir a la prevención y control de la morbimortalidad ocasionada por ésta. Asimismo pretende guiar las acciones pertinentes en vigilancia epidemiológica, interpretar datos sobre VIF, informar casos de hallazgos de VIF y, evaluar las intervenciones.

La información del SNIS se desagrega por Servicios Departamentales de Salud (SEDES), distritos, municipios, establecimientos de salud, sub-sector, institución, según nivel de atención, por año y por mes. Los resultados son publicados en una página web, que da cuenta de la información recogida en más de 2400 establecimientos de salud públicos, privados y ONGs, con un retraso de 3 a 4 semanas.

La Norma No 15 del Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar señala: “Todo personal de salud que preste atención a toda persona víctima de violencia Intrafamiliar, debe registrar y mantener información vigente sobre el problema”.

La boleta de Notificación para la Vigilancia Epidemiológica del SNIS que realiza el establecimiento de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica y por lo tanto debe ser certificada por la dirección de cada establecimiento. En esta boleta se consignan semanalmente los siguientes datos en referencia a la VIF:

Violencia Intrafamiliar	Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 59 años	60 y más
Hombres					
Mujeres					

El SNIS establece además un proceso de control de la VIF que comprende las etapas de captación, consolidación y análisis de datos con el propósito de apoyar la toma de decisiones compartidas con instancias de la sociedad civil y de la comunidad. Sin embargo diversos estudios señalan la existencia de un elevado sub-registro en los datos de VIF, debido a que estos se ocultan bajo diagnósticos no relacionados, la baja cobertura de los servicios de salud y el número de personas que son atendidas en relación a las denuncias de las Brigadas de Protección a la Familia, que son las fuentes de notificación más importantes.

Las personas entrevistadas tienen diferentes opiniones con respecto al SNIS. Entre las limitaciones, se señala la gran cantidad de datos que se incorporan desde diferentes programas de salud, sin un análisis suficiente de su utilidad:

*“Viene un jefe de programa y dice yo quiero saber esto, aunque no le sirva, sin mayor análisis a veces, entonces se integra a la boleta, viene otro y dice yo quiero saber esto que tampoco le sirve, va y lo mete... por eso el SNIS tiene muchas cosas inútiles. En el Ministerio están en varios procesos para recortar la información que se pide” (Doctora).*

Existen también distintas opiniones en relación a la desagregación de la información sobre VIF. Por un lado, hay quienes sostienen que la información debiera tener una mayor desagregación:

*“El SNIS es un instrumento de la ley 1667, pero solamente registra la violencia de una manera muy genérica, no está fraccionada por violencia física, psicológica, o sexual, lo que limita el análisis” (CESIN.)*

*“El SNIS no cuenta con un instrumento de registro de la violencia sexual, por lo que se invisibiliza el problema” (IPAS 2003).*

Sin embargo, otros entrevistados consideran que no se debe sobrecargar al SNIS:

*“En 1997 se integra al SNIS los registros de violencia intra familiar, desglosados por grupo y sexo y no desglosado por tipo de violencia - física, sexual y psicológica- porque en ese momento otros programas no estaban desglosados por grupo y sexo, entonces esto era un avance importante en ese momento. Evidentemente en los últimos años surge la necesidad de proyectos e iniciativas que demandan información desagregada. El tema es que no se puede sobrecargar demasiado un sistema nacional de información, de qué nos sirve por ejemplo, tener información de un día al otro si hay o no un caso de violencia sexual, ...si fuera cólera nos sirve porque eso se contagia, entonces para el cólera obvio que el tipo de información tendría que ser diario, si es sarampión es igual, porque si no se hace un brote y es una epidemia en todo el país. ¿Pero en violencia sexual, será importante que recarguemos un sistema que no lo van a hacer? Porque además, los casos de violencia hay que comprobarlos y eso necesita su tiempo para que lo pongan día por día” (OPS).*

Al respecto existen propuestas para desarrollar estudios centinela con las comunidades en determinados lugares y momentos sobre el comportamiento en salud, cada 5 años:

*“Es lo más representativo para ver cambios en este tipo de problemas sociales. Son estudios en la comunidad, es decir lo que la gente siente, porque lo que esta anotado por los prestadores de servicio es poco. En este tipo de estudios se hace un muestro en la comunidad y a ellos se les pregunta”.OPS*

## Referencia y contrarreferencia

La norma 14 señala: “La prestación de salud debe completarse considerando las necesidades de atención integral y la gravedad de las lesiones presentadas mediante el uso de Referencias y Contrarreferencias a otros actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad, como: la Policía, Brigadas de Protección a la familia, Sector Judicial, ONG’s, Grupos Comunitarios, Grupos de autoayuda y otros”.

Las normas señalan las siguientes referencias:

- A otros servicios de salud cuando se requiere un mayor nivel de complejidad en la atención.
- A otros servicios de salud si cuentan con personal médico, en caso de puestos sanitarios y ante la necesidad de certificado médico.
- A la policía o Brigadas de protección a la familia.
- Al sector judicial.
- A otros actores de la comunidad: SLIMs, Defensorías de la niñez y adolescencia, ONG’s, Iglesias, grupos comunitarios y de autoayuda.

En el Manual de Normas y Procedimientos se incluye una Boleta de Referencia y Contrarreferencia para complementar las necesidades de atención integral y de acuerdo a la gravedad de las lesiones presentadas. En relación a la aplicación de la boleta, la responsable de un programa nacional del Ministerio de Salud comentaba:



“La boleta de referencia institucional se la ha aplicado, se la ha validado, en varios municipios inicialmente. Esta boleta no está registrada en el SNIS pero si registra los casos de violencia intrafamiliar.”

## 6. Capacitación del personal de salud

Como se mencionó anteriormente, uno de los ejes de trabajo del Plan del Nacional de Género y Violencias es el desarrollo de recursos humanos en salud, para la conducción de respuestas e implementación de estrategias de intervención con participación social. Como parte de este eje se realizan, a través de diversos programas nacionales, acciones de capacitación y sensibilización de salud.

La responsable del Programa de Género y Violencias del Ministerio de Salud mencionaba al respecto a la estrategia de capacitación utilizada:

“En cuanto a capacitación como Programa se ha logrado tener puntos focales en cada Servicio Departamental de Salud, algo pendiente es ya la bajada en el ámbito municipal que se tiene previsto para el corto plazo. Tenemos infraestructura, tenemos responsables departamentales del programa y en ese marco nosotros hemos hecho un plan estratégico de capacitación en cascada, hemos bajado toda la información de todo lo que se tiene. El año pasado se ha sacado una guía para todo lo de servicio de salud con enfoque de género o sea este está todavía aquí arriba, pero el resto ha llegado hasta los SEDES y ellos son responsables de multiplicar a los responsables de las Redes y de los establecimientos de salud. Por razones de financiamiento, hemos utilizado esta metodología en cascada. Tenemos un proyecto aprobado para fortalecer mejor esta temática entre el 2006 y el 2008 con la Cooperación Japonesa (JICA) y hay un fuerte compromiso de Canadá.”

Sin embargo una de las dificultades que se presentan en este ámbito es la excesiva rotación del personal, por lo cual las personas capacitadas en determinados centros dejan su lugar de trabajo.

En Salud, la capacitación en violencia intrafamiliar es también abordada desde otros ámbitos, uno de ellos es el Plan Nacional de Salud y Desarrollo Integral de las y los Adolescentes del Ministerio de Salud y que tiene el apoyo del UNFPA.

Este programa, desde una visión preventiva de la VIF se plantea como una de las líneas de acción para el período 2005 al 2008, el desarrollo y actualización del recurso humano institucional para responder las necesidades de las/os adolescentes, respetando la interculturalidad, el género y los derechos humanos.

Este programa ha realizado importantes avances en las siguientes actividades: elaboración de un plan curricular de capacitación para el personal de salud y líderes adolescentes, conformación de equipos facilitadores a nivel nacional y municipal, sensibilización al personal de salud en atención diferenciada, capacitación de recursos humanos de las redes de servicios, elaborar y difundir guías pedagógicas dirigidas al personal de salud.



### **III. Un análisis de caso: la ciudad de El Alto**

---

#### **1. Alcance del trabajo**

En el marco de la presente investigación, se tomó como caso de estudio la ciudad de El Alto con el propósito de conocer la perspectiva de diferentes actores.

Los objetivos de este trabajo fueron recoger información directa de las/os prestadores de servicios y de grupos de mujeres afectadas por violencia doméstica, que acuden a los servicios de salud y de quienes toman decisiones a nivel de políticas públicas, sobre los principales nudos críticos en la atención en salud para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar o doméstica.

Conocer las percepciones de diferentes actores sobre las respuestas encontradas en la búsqueda de ayuda y solución a problemas de violencia intrafamiliar.

Presentar testimonios de ejemplos concretos que den cuenta de la calidad y calidez en la prestación de servicios de salud a mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar o doméstica.

Adoptar una perspectiva comparativa entre el plano formal (lo establecido, normado) y el plano de “la realidad” o lo consuetudinario.

El estudio tiene un carácter eminentemente cualitativo y busca presentar una caracterización general de la respuesta actual que los servicios de salud dan a mujeres con casos de violencia doméstica, en la ciudad de El Alto. Por las limitaciones de tiempo, este estudio no pretende abarcar conclusiones universales, pero sí concentrarse en el análisis de casos que den pautas de lo que ocurre en situaciones reales. Considerando que en el caso de VIF, el trabajo del sector de salud debe ser comprendido como una parte de la ruta crítica que recorren las mujeres y que está directamente relacionado con otras instancias intersectoriales, se entrevistó además a personal de los SLIMs, las Brigadas de Protección a la Familia e instituciones públicas y privadas de la Red de Protección y Atención a la Violencia de la ciudad de El Alto. (Ver anexo 3).

## 2. Características sociales, económicas y culturales de la ciudad de El Alto

El Alto cuenta con una población de 800.273 habitantes, es la tercera ciudad más poblada de Bolivia. La población es mayoritariamente aymara, herederos de una milenaria cultura agrícola y comercial, es la ciudad más industrializada del país. Sin embargo, tiene el IDH más bajo del país (52,4) y la tasa de pobreza urbana más alta. Es una población principalmente joven, el 50% de sus habitantes tiene menos de 19 años que presentan importantes niveles de desempleo y subempleo (INE Censo 2001).

La actividad económica se orienta hacia el comercio, la artesanía y los servicios, además destaca la diversidad de industrias desde la unifamiliar, micro, pequeña, mediana y grandes empresas. El 40 % de las mujeres se inserta en actividades por cuenta propia particularmente en el comercio minorista, donde su participación sobrepasa al 50%.

La cobertura de agua potable alcanza al 89.24%, la conexión de energía eléctrica al 85.20%, la instalación de alcantarillado a un 45.8% y el combustible utilizado para la preparación de alimentos es el gas por garrafa o cañería en un 91.18%.<sup>20</sup>

La ciudad de El Alto, cuenta con 302 unidades educativas públicas distribuidas en los diferentes niveles: inicial primaria y secundaria. Hasta el 2004 la población escolar inscrita alcanzaba a 237.002, de los cuales el 49.3% son mujeres y el 50.7% varones.<sup>21</sup> Pese al incremento de la oferta y la demanda, aún se consideran insuficientes la infraestructura y los servicios educativos.

La tasa global de fecundidad es de 4 hijos por mujer en edad fértil, la tasa de mortalidad infantil es de 86 niños de cada mil nacidos vivos y la esperanza de vida es de 62 años de vida.<sup>22</sup> Cuenta con 65 establecimientos de salud distribuidos en todo el municipio, 29 del subsector público, 2 de la seguridad social, 19 de ONGs, 6 de organismos privados y 9 de la Iglesia Católica. Por cada 10.000 habitantes hay 2 médicos/as.<sup>23</sup> Co-existe la medicina tradicional que tiene preferencia y confianza de la población alteña.

Es una ciudad con importantes niveles de organización vecinal y ciudadana, aspecto que fue ampliamente demostrado en las movilizaciones ocurridas en los últimos años, relacionadas con demandas políticas y ciudadanas locales y nacionales.

Las condiciones de pobreza de la gran mayoría de la población de El Alto, el desempleo y las dificultades de acceso a servicios, favorecen a la inseguridad ciudadana como la delincuencia, el

<sup>20</sup> GMEA y Unión Europea. "El Alto 9 aspectos que configuran la ciudad". Pág. 227

<sup>21</sup> Ídem. Pág. 251

<sup>22</sup> El Alto ([www.enlared.org.bo/elalto/main.html](http://www.enlared.org.bo/elalto/main.html))

<sup>23</sup> GMEA y Unión Europea. "El Alto 9 aspectos que configuran la ciudad". Pág. 215

alcoholismo, drogadicción y prostitución. En ese contexto, la Violencia intrafamiliar y social configuran un espectro que afecta a la salud y seguridad física, mental y social de la población de El Alto.

Este es el escenario donde las mujeres alteñas, que sufren violencia intrafamiliar y construyen las rutas críticas cuando deciden buscar ayuda para enfrentar su problema.

### **3. La estructura de salud en la ciudad de El Alto**

La estructura sanitaria de la ciudad de El Alto tiene como ente normativo y regulador al Ministerio de Salud y Deportes, encargado de dictar las políticas y normas nacionales y de fiscalizar el proceso de atención de la salud en el país. El Servicio Departamental de Salud (SEDES), tiene la función de adaptar las políticas de salud a la realidad de la población del departamento de La Paz y hacer seguimiento de la aplicación de estas políticas en los servicios de salud. Además tiene bajo su responsabilidad la gerencia de los recursos humanos en salud y el funcionamiento de los servicios.

En El Alto, el SEDES está parcialmente descentralizado en la Unidad Desconcentrada de Salud de El Alto (UDSEA) que tiene bajo su responsabilidad la fiscalización y control de la prestación de servicios de salud y, el manejo parcial de los recursos humanos de salud de El Alto.

El municipio de El Alto tiene en su estructura la Dirección Municipal de Salud (DIMUSA), con la responsabilidad del mantenimiento y construcción de la infraestructura sanitaria y el equipamiento de los establecimientos, además cubre las prestaciones de los seguros y está desarrollando una red social para el cuidado de la salud.

Actualmente este municipio desarrolla los siguientes programas de salud: manzaneras de la salud; defensorías de la salud; manitos; movimiento alteño por la niñez; mercados amigos de la salud; nutrición y economía popular; centros del adolescente; centro integral de la mujer (dirigido a la atención integral de mujeres víctimas de violencia; se ofrecen servicios de ginecología y asistencia psicológica); médicos de barrio; sistema de urgencias del municipio de El Alto (SUMA 911); Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO); Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y por último, el Seguro de Vejez, Programa Karis y Warmis del CIES.

El sistema de salud de El Alto está organizado en 4 redes las cuales son responsables de un territorio y una población establecida conformadas por establecimientos públicos y privados de primer y segundo nivel.

### **4. Servicios e instancias de atención a la vif en la ciudad de El Alto**

#### **La dirección de género y gestión social de municipio**

El Municipio cuenta con una Dirección de Género y Gestión Social (DGGS) creada el año 1999, bajo una ordenanza municipal y como producto de la participación activa de organizaciones de mujeres que solicitaron su creación al municipio. Se crea bajo la consigna de organizar las unidades de juventudes, defensoría de la niñez y adolescencia, servicios legales integrales y la unidad del adulto mayor. Su misión es precisamente la de mejorar las condiciones de vida tanto de las mujeres como de los ciudadanos alteños a través de la restitución de derechos y la prevención de maltrato y violencia intra familiar.

La DGGS tiene recursos humanos capacitados en la temática de violencia intra familiar y maltrato infantil. Son 8 equipos interdisciplinarios que trabajan esta temática, psicólogos, abogados, trabajadoras sociales y procuradores que hacen la tarea de prevenir y restituir los derechos de las personas violentadas. La Directora de Género y Gestión Social del Municipio del Alto señala:

*“Somos el primer municipio que actualmente cuenta con 3 servicios integrales, (SLIMs) que han asumido el rol de defender primordialmente a la mujer porque sabemos que los indicadores de violencia en El Alto son muy altos y por lo tanto el municipio ha tenido el objetivo de presentar estos servicios en atención a la mujer de manera integral”.*

La DGGS ha desarrollado en coordinación con la Red de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, talleres de prevención y capacitación en toda la ciudad de El Alto, con todos los colegios, sin embargo desde la Dirección se considera que esta actividad debe profundizarse:

*“Creemos que todavía es una labor que la tenemos que continuar, este año tenemos un presupuesto fijo para poder trabajar esta temática porque nuestros casos ya son desbordantes, tenemos una afluencia de 20.000 casos al año, es muchísimo, tenemos que trabajar en la prevención ahora y ese es nuestro objetivo para este año”.*

En base a diferentes estudios, la DGGS ha identificado las zonas de mayor prevalencia, así como grupos de riesgo. Se ha determinado que las mayores usuarias de los SLIMs son comerciantes, por lo que ha decidido impulsar estrategias de prevención focalizadas, además trabajar el tema de prevención secundaria en una fuerte coordinación con organizaciones vecinales, comunitarias y de base.

*“Las zonas de mayor prevalencia en violencia en el Alto son la Ceja y Alto Lima, no pueden recibir el mismo tratamiento que otras zonas como Satélite, que tiene menos indicadores de violencia. Trabajamos con asociaciones de madres que se han formado en algunas zonas para combatir pobreza o restituir derechos a nivel de comunidad, tenemos que trabajar en coordinación con estos centros y con la federación de mujeres que también se ha tornado en un eje para poder tener nexo con estas asociaciones”.*

Respecto de la coordinación interinstitucional, la DGGS, es parte de un convenio entre el Programa Municipal de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar (PROMUVIF), del municipio que incluye a la red de violencia y en el que participan más de 32 organizaciones. Este trabajo coordinado ha posibilitado que la DGGS, ingrese a un proceso de institucionalización. Lo que constituye un gran logro porque en el Gobierno Municipal no existe otra unidad que esté en proceso de institucionalización que ha sido posible por la activa participación de la Red. Al respecto la Presidenta de la Red de El Alto:

*“Hemos logrado con la dirección de género que la misma directora de género sea resultado de la institucionalización, la red y PROMUVIF hemos sido partícipes como veedores, inclusive como parte de la calificación, desde la convocatoria pública, calificación de curriculas, se ha tomado exámen, entrevistas. Nos ha costado y aún nos está costando, porque cuando llamamos a convocatoria pública, sabemos a quiénes reciben en el municipio lo importante es que ese grupo que entra, tenga conocimiento, tenga título y una de las condiciones es que a fines de marzo las vamos a evaluar para que se continúe o se tenga que cambiar”.*

*“... si bien estos SLIM tienen 4 personas, abogada, psicóloga, trabajadora social y una procuradora que es la que recibe los casos, este es un puesto político, no hemos podido lograr que estas procuradoras sean institucionalizadas, por ejemplo hemos tenido que denunciar a una de ellas para que salga porque les cobraba a los niños por certificado médico, inclusive había tenido su propia oficina en otro lugar y remitía sus casos a ese lado, ella renunci” (miembro de la Red).*

Entre las restricciones más importantes que se mencionan en la DGGS, se encuentran las limitaciones para contratar personal calificado:

*“Tenemos personal limitado, aproximadamente 30 personas contra casi un millón de habitantes en El Alto y la demanda es muy alta, aproximadamente 600 casos mes registrados en las defensorías de la niñez y 400 en los SLIMs. A consideración de los sueldos de todo el municipio,*

*son los sueldos más bajos, siempre se ha dado el menor presupuesto a nivel del gobierno central al área social, específicamente a género, entonces para nosotros es muy importante que se optimicen estos recursos o se potencialice al recurso humano particularmente porque trabajamos directamente con la gente y considero que el mejor capital que tenemos aquí es el recurso humano, tenemos que optimizarlo de alguna manera y esa es una dificultad”.*

En las entrevistas realizadas a profesionales de los SLIMS, se pudo apreciar que el personal tiene capacidad y sensibilidad para atender a las usuarias y, se informó que las profesionales abogadas, trabajadoras sociales y psicólogas tienen un sueldo mensual de Bs. 1800 (US\$ 225) además que las condiciones de trabajo son en muchos casos deficientes.

Otra de las grandes limitaciones en los SLIMs es la infraestructura. La mayoría funciona en ambientes pequeños en los que no existe ninguna privacidad para la atención individual de las usuarias en las consultas con abogados, psicólogos o trabajadoras sociales. Estos servicios tampoco tienen equipamiento suficiente, como ser computadoras y teléfonos que permitan hacer un seguimiento en casos de referencia.

*“Hemos diseñado construcciones modelo como no existe en otro lugar para poder dar una atención de calidad a los usuarios y usuarias que requieren nuestra atención. Tenemos convenios con organismos internacionales como UNICEF que nos está posibilitando financiamiento para iniciar 7 estructuras modelo de atención a mujeres que comprenden infraestructura y equipamiento. Hasta el año 2007 vamos a tener 7 servicios de defensorías y servicios legales integrales que asuman defensa en casos de violencia, todo esto con el objetivo de precautelar la seguridad de los niños, adolescentes, familias en general”.*

Por otra parte, el Gobierno Municipal tiene un centro integral de salud - CESIM - donde funciona un consultorio médico y un SLIM en la misma infraestructura, lo que constituye un servicio de atención integral que muchas personas consideran como un modelo a seguir. Este se constituye en un centro de referencia para toda la ciudad de El Alto por que ha demostrado su capacidad para atender a mujeres que requieren servicios integrales de atención.

Uno de los factores que hace que el CESIM desarrolle sus actividades de manera efectiva es que en el mismo centro, en la misma infraestructura, se encuentran los servicios de salud y el SLIM, lo que hace posible una atención integral efectiva, sin que las mujeres deban desplazarse largas distancias para llegar a las diferentes instancias de la ruta crítica. Este resulta ser un factor crucial, ya que la ciudad de El Alto es muy extensa y con pocos servicios de transporte público, lo que dificulta el desplazamiento de las víctimas de violencia de una zona a otra donde se encuentran los SLIMs y los servicios de salud.

## **La red de prevención y atención de la violencia en El Alto**

Una instancia clave de seguimiento, control y vigilancia de la aplicación de la normativa vigente contra la violencia intrafamiliar y doméstica es la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar de la ciudad de El Alto, que a lo largo de siete años de trabajo ha logrado un reconocimiento y presencia local. La Red es una instancia conformada a partir de la Ley 1674 y aglutina a 30 instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales.

El objetivo principal de la Red es “reducir los riesgos de la violencia de género expresada en violencia intrafamiliar y/o doméstica, sexual y maltrato infantil a través de acciones de prevención y atención de calidad y calidez e incidencia en políticas públicas, movilizand o recursos institucionales y comunitarios en acciones integrales e intersectoriales”.

Para este propósito, la Red cuenta con estatutos y reglamento interno y, una estructura organizativa de: presidencia, vicepresidencia, secretaria general y comisiones de trabajo como las de

formación y capacitación continua, de seguimiento y atención integral y la de incidencia a políticas públicas.<sup>24</sup> Esta estructura es renovada cada dos años.

Las actividades de la Red han estado orientadas al control y vigilancia para el cumplimiento de la normativa vigente a nivel local y constituirse en un referente de defensa de los derechos de las mujeres. Ha desarrollado una serie de actividades de capacitación, sensibilización, tanto al interior de la Red en un sistema de fortalecimiento organizativo como al exterior, dirigido a la población en general a través de campañas de información, etc., además de acciones de sensibilización y capacitación con autoridades, prestadores y operadores de servicios de salud, judicial, policial y educativos. Esta estrategia, ha rendido sus frutos para el posicionamiento y reconocimiento de la Red a nivel local por autoridades, organizaciones de base, de mujeres e instituciones, como espacio de lucha contra la violencia en razón de género.

El trabajo coordinado, el compromiso y voluntad política de las instituciones y organizaciones de la Red y el liderazgo de instituciones como el CIDEM y DNI,<sup>25</sup> han abierto espacios de interlocución y negociación con las autoridades municipales e institucionales, lo que ha posibilitado la institucionalización del cargo de la Dirección de Género y Gestión Social del Gobierno Municipal de El Alto y con ello los profesionales del equipo de los SLIMs, que anteriormente era puestos políticos.

La Red promueve actividades de capacitación y sensibilización con el personal de salud, la Brigada de Protección a la Familia, autoridades judiciales, policiales y municipales y reuniones de coordinación con las autoridades locales y, el seguimiento a instituciones que prestan servicios de atención integral a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, entre ellos los servicios de salud.

En las visitas de campo realizadas a diferentes espacios e instituciones relacionados con la atención de VIF, se pudo constatar el rol fundamental de vigilancia y control social que realiza la Red, labor que muchas veces resulta cansadora y hasta amenzadora para los miembros de la RED, como se demuestra en los siguientes cometarios recogidos:

*“Pedimos al alcalde que este personal (de la DGGs, SLIMs) sea institucionalizado pero es una pelea fuerte con los concejales porque son sus recomendados”.*

*“Denunciamos a una procuradora porque les cobraba a los niños por certificado médico, inclusive había tenido su propia oficina en otro lugar y remitía sus casos a ese lado, ella renunció esta señora salió y empezó a amenazar a la directora de género. También han salido profesionales de la defensoría que han abandonado a un niño en la calle, la policía lo llevó a es direcció y la profesional lo llevó a la calle, la misma policía volvió a encontrar al niño, denunciaron el caso en medios de comunicación, nosotros hemos sugerido que se considere esta situación y el alcalde la despidió”.*

*“Estas personas que salen con estas denuncias, empiezan a hacer un grupo y empiezan a presionar, nosotras sugerimos a la directora de género que haga la denuncia en la PTJ y que vaya dando las pruebas”.*

## **Las brigadas de protección a la familia**

Es la instancia que mayor reconocimiento tiene de parte de la sociedad, como un espacio de atención a la VIF. Su misión, de acuerdo a la ley, es la de brindar auxilio inmediato, protección y prevención en casos de violencia intrafamiliar en el marco de las relaciones de género. Sin embargo,

<sup>24</sup> En esta gestión (2004 –2005) la estructura organizativa de la Red fue conformada por: Presidencia por el CIDEM, Vicepresidencia D.N.I. El Alto, Secretaria General por las Red de Difusoras y las comisiones de trabajo por: Comisión de Formación y Capacitación Continua, dirigida por el CIES El Alto, Comisión de Seguimiento y Atención Integral por Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza y la Comisión de Incidencia a Políticas Públicas, dirigida por Sartasim Warmi.

<sup>25</sup> Mery Marca del CIDEM es presidenta de la Red durante dos gestiones.



esta misión se está perdiendo por las múltiples funciones que debe cumplir: patrullaje, cuidado en los colegios y bancos, actuarios, etc.

*Si bien es la instancia que mayor demanda de atención tiene y que registra la mayor cantidad de casos de VIF, es evidente la insuficiencia de recursos e infraestructura. No dispone de equipos de computación que permitan un mejor cumplimiento de esta función con mayor calidad, eficacia y seguimiento. En el caso de infraestructura enfrentan la falta de un dormitorio transitorio, guardería y baño porque muchas veces les dejan mujeres, niños o ancianos que deben pasar la noche allí.*

Perciben que son muy cuestionadas por las ONGs e instancias de la sociedad civil en cuanto al trato a las víctimas de VIF, sin embargo consideran que es una de las instituciones que recibe la mayor carga de casos de VIF y la que menos apoyo tiene tanto económico como institucional. La falta de recursos muchas veces las obliga a desarrollar sus propias estrategias para cubrir estas falencias. Por ejemplo realizar campañas para recolectar ropa, alimentos para las/os niños y mujeres que deben atender, etc.

El personal ha sido capacitado en género y violencia. En muchas ocasiones se insiste en esta capacitación de parte de ONGs, sin embargo las policías señalan que es parte de la curricula de formación y que no necesitan más capacitación.

## **Hoja de referencia y contrarreferencia como instrumento de coordinación**

Uno de los instrumentos de coordinación interinstitucional de los servicios legales, judicial, policial y salud en la atención de la VIF, es la hoja de referencia y contrarreferencia, que moviliza recursos institucionales para la atención de personas afectadas por la VIF.

En la ciudad de El Alto, en los servicios observados se pudo constatar la utilización de este instrumento, diseñado por la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Tiene 3 copias (el original va con la persona que es referida, una copia va a la Comisión de Seguimiento de la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y otra a la institución que refiere el caso). A través de este instrumento la Red puede realizar seguimiento y control de los casos de violencia atendidos en los servicios que son parte de la Red. Se ha logrado que el instrumento sea aplicado por las diferentes instituciones de la Red, agilizando la coordinación para que la víctima reciba atención integral. La debilidad de este instrumento está en la contrarreferencia que no logra el mismo resultado que la referencia. Una entrevistada señalaba:

*“...lo correcto sería que si viene una paciente con violencia la deberían contra referir también, porque va, hace su seguimiento, su trámite...esa persona necesita no solamente tratamiento psicológico sino también médico, hay pacientes que vienen con unos hematomas tremendos, con probables fracturas, yo no se dónde las han llevado, no se cómo están, si están con amenazas de parto prematuro necesito que las transfieran a algún otro lado, no se si han tenido al niño, si lo han perdido” (Médica servicio privado).*

Otra entrevistada añade:

*“tenemos un instrumento que es muy bueno, pero creemos que no existe un seguimiento de esa contrarreferencia y referencia, se queda en la nada, no sabemos qué pasa después que recibimos la otra parte de la contrarreferencia. Está como si no existiera continuidad, está el documento pero nada más que para coordinar”.*

Este instrumento funciona principalmente en los centros de salud de segundo nivel ubicados en el centro de la ciudad o zonas más pobladas. En los centros de primer nivel, ubicados por lo general en zonas alejadas, se manifiestan dificultades en la información sobre la Ley 1674, las normas del ministerio, en algunos se desconoce que los centros están obligados por ley a dar

certificados médicos gratuitos y no se utiliza la hoja de referencia y contrarreferencia. Los casos de violencia intrafamiliar aún son considerados problemas policiales y se los remite a la Brigada de Protección a la familia o al 110.

### **Esquema de atención a la VIF en El Alto<sup>26</sup>**

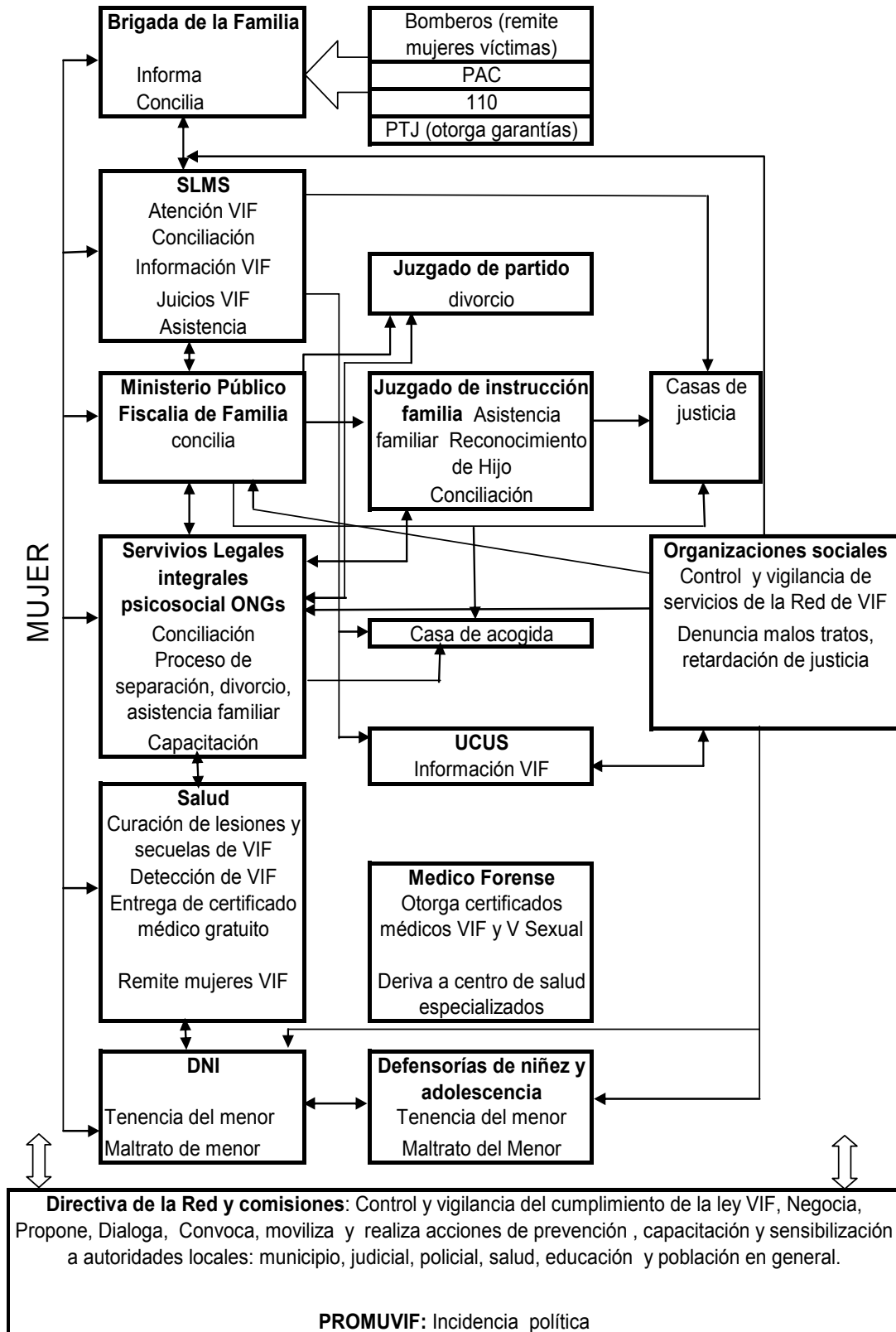
De acuerdo a la observación y entrevistas realizadas, la Red de atención a la VIF en el Alto puede ser graficada como lo muestra el siguiente cuadro:

---

<sup>26</sup>. La Red de atención y prevención de la VIF El Alto, componen 30 miembros instituciones y organizaciones como: CFI “Sartasin Warmi”, CIDEM, PROMUJER, CPM. “Gregoria Apaza”, D.N.I., Red de Salud Lotes y Servicios, Red de Salud Corea, Red de Salud Hospital Materno Infantil Los Andes, Red de Salud Hospital Boliviano Holandés,, Red de Difusoras, FEJUVE, Casa de la Mujer “Suma Jak’aña”, Gobierno Municipal Dirección de Género y Gestión Social (SLIMS y Defensorías de la Niñez), DIMUSA, Unidad de Conciliación y Orientación - UCOS, Gestión Social de la Prefectura, CIES El Alto, CESIM, Brigada de Protección a la Familia, Defensor del Pueblo, Juzgado de Instrucción de Familia, Radio Patrulla 110, Federación Única de Organizaciones Populares de Mujeres de El Alto, COMAI – Pachamama, Defensoras de Salud, FUNDASE, USSEA, CECOPI, Radio Atipiri, INTER VIDA y Centro Integrado e Justicia.

\* Las casas de justicias cumplen las funciones de Fiscalía de Familia, Juzgado de Instrucción Familia, descentralizado en seis distritos de la ciudad de El Alto.

\*\* En la ciudad de El Alto existen dos casas de acogida a mujeres afectadas por la VIF (Sartasin Warmi y Suma Jak’aña) dependientes de la Iglesia Católica.



## 5. Prácticas y modalidades de atención de mujeres víctimas vif observadas en los centros de salud de El Alto

### Salud, el primer eslabón de la ruta crítica

“La Ruta Crítica son los caminos que recorren las mujeres, para salir de su situación de violencia. La ruta empieza con la decisión y determinación de las mujeres de apropiarse de sus vidas y las de sus hijos. Siguiendo esta ruta, conocemos los factores que impulsan a las mujeres a buscar ayuda, las dificultades encontradas para llevar a delante tal decisión, sus percepciones sobre las respuestas institucionales y las representaciones sociales y significados sobre la violencia intrafamiliar que existen en el personal de las instituciones que deben ofrecer respuestas a este serio problema de salud pública. Al fin aprendemos sobre sus frustraciones y resignaciones que, en muchos casos, las llevan otra vez a la situación de violencia” (Montserrat S. OPS, 2000).

En la ciudad de El Alto la violencia intrafamiliar afecta a 6 de cada 10 mujeres. Estas mujeres cuando deciden romper el silencio obligadas ante la gravedad de la situación, recurren a pedir ayuda a instituciones privadas o públicas, como la Brigada de Protección a la Familia, los SLIMs, Fiscalía de Familia y Servicios Integrales de atención a la VIF y, ONGs. En estas instancias reciben atención integral legal, psicológica y social.

En este transitar, los servicios de salud son, muchas veces, las primeras instancias a las que acuden las mujeres afectadas por la VIF, no necesariamente a denunciar la violencia de la que son o han sido objeto, sino a curar sus lesiones, fracturas y otras secuelas que les marca la violencia. Al ser “la puerta de entrada” para la atención integral de la VIF, los establecimientos de salud tienen en un rol fundamental, en la ruta crítica que siguen las mujeres.

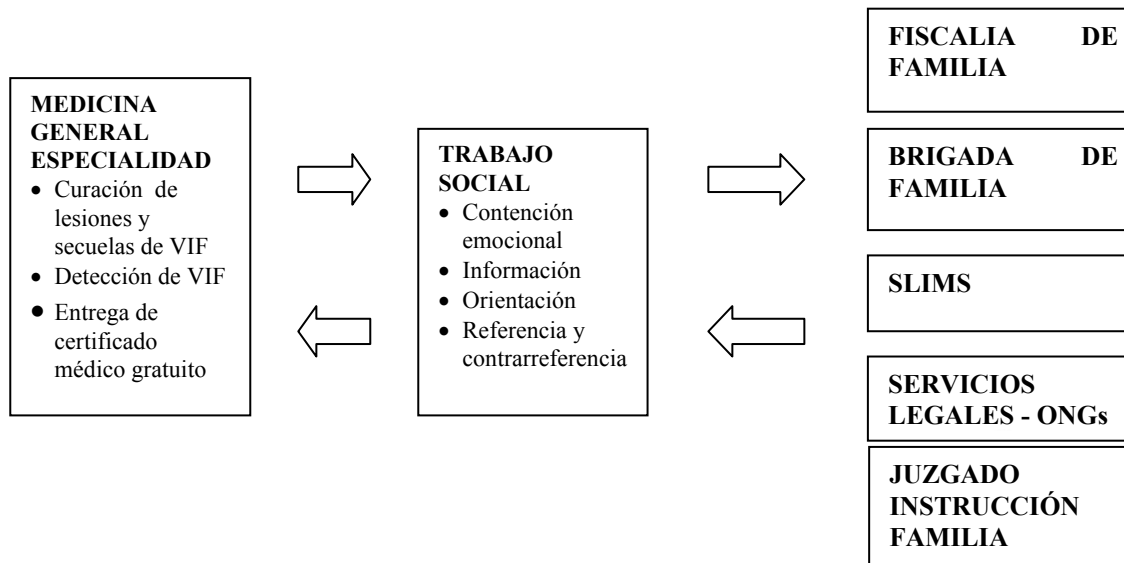
Uno de los médicos entrevistados señala:

*“... los centros de salud son el primer eslabón en la atención de casos de violencia intrafamiliar, ...si hay un caso de violencia, la mujer que está golpeada o herida, va a ir primero donde el médico o a un centro de salud, imagínese la importancia. Estimamos que de todos los casos de violencia casi el 70% van primero a los establecimientos de salud. Imagínense si ese doctor, si ese servicio de salud estaría bien orientado, conocería las normas, la ruta crítica, la ley 1674, cuánto nos podría ayuda y orientar. Y si es que le han dado una buena atención a la víctima, ese caso no se pierde, creemos que en primer lugar deberíamos trabajar en eso.”(Médico. Responsable de Seguimiento, RED).*

Las mujeres afectadas por la VIF llegan a los servicios de salud por dos vías: aquellas que son referidas por las instituciones de atención legal pública o privada, Brigadas de la Familia, ONGs, que requieren el certificado médico como prueba documental de la situación de violencia vivida y por otro lado, en la mayoría de los casos, las mujeres llegan primero al servicio de salud para una atención de sus lesiones, sin declarar la causa. Una enfermera auxiliar relata:

*“...en el área de ginecología... se ven abortos incompletos, partos prematuros, provocados por golpes, por peleas. Llegan mujeres embarazadas ebrias, con un sangrado provocado, ni siquiera es involuntario, es provocado por la pareja pero generalmente las señoras se callan, no dicen la causa y terminan llorando y diciendo mi esposo se ha parado sobre mi estómago, me ha dado una patada, de una señora se veía el feto, maltratado..”*

El esquema de la ruta crítica en los servicios de salud en el sector público es el siguiente:



### Nudos críticos

La atención a las mujeres muchas veces se remite a una intervención exclusiva sobre las lesiones, las/os médicos no llevan adelante los procedimientos vigentes para la detección de la violencia intrafamiliar. Las entrevistas realizadas muestran algunos factores críticos relacionados con esta situación:

### Pocos médicos y tiempo insuficiente para la atención de pacientes

El sector salud se constituye en uno de los espacios en los que las víctimas de violencia ejercen mayor presión, por la necesidad de una atención de los servicios de emergencia, medicina general y atención especializada, además de requerir también apoyo psicológico, rehabilitación y contención. Frente a esta situación, en la ciudad de El Alto la cantidad de médicas/os es absolutamente insuficiente para la cantidad de población: 2 médicas/os por cada 10.000 habitantes<sup>27</sup> por lo que existe una gran sobrecarga de trabajo para el personal.

El tiempo programado para la atención de cada paciente es de 15 minutos, lo que resulta totalmente insuficiente para profundizar en un diagnóstico completo en el caso de VIF. A esta situación se añade la cantidad de registros y boletas que los médicos deben llenar. Algunos testimonios dan cuenta de esta situación, que fue reiterativamente planteada en las entrevistas:

*“...tenemos que registrar, si doy una receta tengo que llenar una boleta para cada medicamento, tenemos este otro para transferencia, este para exámenes de laboratorio, esto es del SUMI, tengo otro tanto del seguro escolar. Reviso a un paciente 7 minutos y 15 estoy escribiendo, además tengo que llenar la historia clínica... A un médico le dices un formulario más y te bota, si pudiéramos tener más tiempo para atender a los pacientes, seríamos más meticulosos. Yo como pediatra charlo con las mamás pero los otros doctores no, ellos revisan al paciente, le dan su receta y ahí termina” (Médica de Hospital Público).*

*“..... si para una paciente tengo que tomarme un tiempo, para una paciente con violencia tengo que tomar el doble y me siento mal porque me limito, no me puede contar, no se puede*

<sup>27</sup> GMEA y Unión Europea. “El Alto 9 aspectos que configuran la ciudad”. Pág. 215

*desahogar conmigo completamente por mi límite de tiempo. Eso me mortifica porque tengo que darle el espacio necesario, se que ya ha pasado por orientación y que ya ha habido esa descarga emocional, pero otra cosa es con el médico que la va a examinar, le va hacer un certificado, es esa persona que le va a brindar la ayuda que ella esta pidiendo” (Médica de ONG).*

### **El temor a involucrase en procesos legales**

*“Necesitamos mucha información, hasta dónde nosotros podemos actuar de tal forma que no nos metamos en problemas legales, la mayor parte de esas cosas se callan para evitarnos problemas, los médicos si es que no se les exige, no van a dar la certificación, porque no saben si se están metiendo en un problema...La mayor parte de las violencias se ocultan en complicidad con el médico, no queremos meternos en problemas.....no tenemos tiempo ni para atender a los paciente, imagínate si vamos a ir a declarar, ir a buscar a un abogado, es complicad” (Médica).*

Lo manifestado por esta médica entrevistada, refleja la opinión de la mayoría de las y los entrevistados como causa frecuente para no profundizar en los casos de VIF y para evitar la entrega de certificados que señala la Ley 1674. Al parecer, esta situación responde principalmente a una falta de información sobre los procedimientos legales en la materia, que de acuerdo a las/os abogados entrevistados solo en casos de lesiones graves, considerados delitos en materia penal, podrían ser llamados por el juez a ratificar y ampliar su informe médico. La ley 1674 establece que hasta 8 días de impedimento puede procesarse por materia familiar, pasado estos días se considera un delito de materia penal.

Llama la atención que a pesar que la mayoría de las/os médicos entrevistados señalaron reiterativamente este temor, ninguno/a había sido convocado a declarar en procesos legales y tampoco conocía algún colega que lo hubiera sido. Por el contrario un médico señala:

*“En mi experiencia yo habré hecho como unos 200 certificados para casos de VIF y en ningún momento me citaron, si alguna vez vino alguna persona que me dijo que por qué yo había hecho ese certificado, pero se les indica muy claro que la Ley nos respalda” (Médico).*

### **Formación insuficiente de los recursos humanos en la temática de VIF**

Varias/os entrevistados expresan la necesidad de incorporar, en la formación de las/os profesionales de salud, la temática de VIF. Esto se refleja en la opinión de uno de los entrevistados.

*“...como médico podría decir que incluso nuestra formación universitaria es tan materialista, biologicista, no vemos al ser humano vemos a la enfermedad, eso esta plasmado identificando a ciertos órganos enfermos o a ciertos sistemas enfermos, no vemos el componente social de esa persona...trabajar en este tipo de instituciones (la red) nos ayuda....ampliar nuestra visión, una visión más social, socializamos la enfermedad y la vemos desde otro punto de vista. Lamentablemente no todos nuestros colegas que están centrados en lo que es la práctica médica específica tienen ese enfoque. No vemos el aspecto social...que sentimientos tiene la persona, qué problemas socio-económicos, culturales, etc. que repercuten en la enfermedad”.*

*“.....ese es el tema de nuestra universidad, nosotros criticamos desde aquí adentro, por que hay otros temas, el tema bio- ético o la misma ética, no están bien enfocados en nuestra formación”. (Médico).*

*“... en salud pública, en el quinto año nos dan como pequeños destellos, pero de las leyes que he aprendido, las he aprendido aquí cuando me han mandado a capacitación en el Ministerio” (Médica).*

## Los esfuerzos en capacitación

Con respecto a la sensibilización y capacitación, durante el trabajo se pudo observar que por iniciativa del Viceministerio de la Mujer, como del SEDES, de la Red de Prevención y Atención a la VIF, de las ONGs y de Programas específicos, se realizan esfuerzos importantes de capacitación sobre VIF, tanto al personal de salud, como a los SLIMs y la Brigada de Protección a la familia. Casi todos estos equipos entrevistados asistieron a capacitaciones en el último año, lo que es un indicador de actualización en la materia.

Dado que la falta de tiempo del personal de salud es también una dificultad a la hora de desarrollar programas de capacitación, se van adecuando una serie de estrategias, para abordar la capacitación de manera integral, sin que esta afecte a la atención de las pacientes que solicitan los servicios de salud. En las entrevistas realizadas se pudo detectar que hay dos factores clave para el desarrollo de las capacitaciones: por un lado los horarios y por otro que estas sean llevadas adelante por equipos multidisciplinarios calificados en la temática.

*“Es bueno desarrollar las capacitaciones con el personal de salud de 12 a 2 de la tarde, a la hora del almuerzo, tenemos pocos recursos, pero hemos aprovechado ese horario y ha habido relativo éxito, es el compromiso de ell” (Miembro de la Red de El Alto).*

*“Lo que mas nos ha surtido es la sensibilización y capacitación con dinámicas de grupo, hacerles analizar a ellos mismos cómo sufrirían siendo el paciente, son diferentes técnicas. Hay unas técnicas que les hace retroceder y hemos tenido problemas en la capacitación de gente que ha tenido problemas en su adolescencia, es importante porque si no está preparado el personal tampoco puede atender al paciente. Hemos tenido un Dr. que por ejemplo se ha puesto histérico y ha tenido que atenderlo un psicólogo y hablar con él y hacerle entender por qué, nosotros como médicos no estamos preparados para atender la parte psicológica, estos facilitadores se están formado así, tenemos dos psicólogos, un odontólogo inclusive, dos pediatras y el resto son médicos pero se les ha capacitado en tal forma que ya están casi dos años con estas técnicas cómo tienen que manejarlas (Responsable del Programa de Adolescentes)”.*

Es importante mencionar el esfuerzo que se realiza desde el Programa de Atención Integral de los y las Adolescentes en relación a la prevención de la VIF. La responsable de la ciudad de El Alto señala:

*“tenemos una técnica y 7 facilitadores para todo este proceso que en coordinación del gobierno municipal desarrollan capacitaciones con diversos actores. Desde el componente de educación para la sexualidad se vio como conveniente de llegar incluso a los padres de familia a través de las denominadas Escuelas de Padres. Esto se está haciendo en coordinación con la federación de padres de familia, los oficiales mayores de cada sub alcaldía... que directamente trabajan con las juntas escolares, para estratégicamente identificar a las personas que van a ser parte del curso de la escuela de padres. La escuela de padres tiene elaborados 3 módulos donde uno trata específicamente la violencia intra familiar, queremos llegar a los padres de familia con esta información para que se pueda prevenir y de alguna manera orientar, dónde y en qué lugares se atiende casos de violencia intra familiar”.*

El Programa de Adolescentes desarrolla además un componente de movilización con estudiantes de 3° y 4° de secundaria, que de acuerdo a un diagnóstico que se ha realizado, son alrededor de 22.000 en la ciudad de El Alto. Se están organizando brigadas municipales, de cada 10 estudiantes se elegirá un representante de la brigada que recibirá capacitación intensiva para que luego pueda replicarla al interior de su brigada y también, un tema fundamental de esta capacitación es la violencia en razón de género.

En relación a las estrategias de capacitación en cascada, se pudo también observar que cuando son los Directores lo que asisten, la capacitación no baja necesariamente a los niveles operativos. Una médica señalaba:

*“(...de nada sirve capacitar a todo el personal...es un gasto innecesario porque hay médicos que realmente no quieren, yo no sé para qué van los directores, ellos necesitan otro tipo de capacitación, una cosa es la capacitación al personal que atiende a los pacientes, pero los directores...)”*

En muchos casos las mujeres afectadas por la violencia, son atendidas por enfermeras auxiliares, por lo que es fundamental su capacitación:

*“hay pacientes que vienen con una crisis nerviosa, lo que nosotros típicamente llamamos el HI, un ataque de nervio, esto es para el médico un síntoma probable de que ha peleado con su esposo, ahí es donde el médico ve y habla, el ataque de nervios hace que se nos endurezcan los nervios y las manos, la respiración es más torpe ya no es correcta, empieza a encogerse las manos, eso es lo más típico. Yo veía en las señoras lo mismo y nosotros como área auxiliar, les apoyamos hablándoles, psicológicamente, a veces fácilmente no dicen, pero vamos hablándole, hacemos que se desahoguen, a medida de que se desahogan hace que sus nervios se vayan relajando.”*

### **Resistencias para otorgar certificados médicos**

El Art. 37. De la Ley 1674, señala: “Se admitirá como prueba documental cualquier certificado médico expedido por profesional que trabaje en institución pública de salud” y a su vez el reglamento de la Ley, señala: “En ningún caso el trámite ocasionara gastos a la demandante, la expedición del certificado médico o informe de los auxiliares serán gratuitos, debiendo otorgarse en papel corriente, con solo la firma y sello del profesional” (Art. 17).

Al constituirse el certificado médico una prueba documental y su valor probatorio en los juzgados, en casos de violencia doméstica, las instituciones de servicio legal, las mujeres y la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar en El Alto, demandan el cumplimiento de esta norma a los servicios de salud con la extensión gratuita del certificado médico.<sup>28</sup> Esto ha provocado diversas reacciones de resistencia y rechazo de los médicos y médicas, incluso de su organización gremial como el Colegio Médico de El Alto. Esto se debió principalmente a la falta de información y desconocimiento de la Ley 1674.

La Presidenta de la Red de El Alto señala:

*“... las mujeres no son informadas por el sector salud que pueden sacar certificado médico y si ellas van a pedir no les quieren dar o a veces les cobran. También hemos visto que en medicina forense muchas mujeres están haciendo fila desde muy temprano, cuando estas mujeres podían haber sido atendidas en sus zonas por el centro de salud...”*

Por otra parte una usuaria manifiesta:

*“... me han mandado del SLIMS al hospital a pedir certificado médico, porque estaba bien pegada, mis ojos verdes estaban, todo mi cuerpo estaba morado, el doctor me ha dicho tienes que ir a comprar certificado me ha dicho y te va costar.... llorando me he salido, la señorita me ha dicho gratis es, cuando mentira había sido...”*

<sup>28</sup> “El certificado médico es un documento que otorga constancia escrita de un hecho o hechos que la/el médico ha comprobado con base en exámenes clínicos de laboratorio, o en otros exámenes complementarios realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Es solicitado por parte interesada (el paciente) o por autoridad judicial. En este sentido cualquier profesional médico puede extender un certificado sin requerir especialidad específica”... (Ver Ministerio de Salud y Deportes – OPS/OMS, 2003).



Otra comenta:

*“no me querían dar certificado, por emergencia me han atendido, tampoco me han extendido ese rato, sino me han dicho que debería volver dentro de dos días, solamente me dio una ficha, ya no he podido regresar para recoger, yo le había explicado que necesitaba urgente”.*

En Bolivia el certificado médico es otorgado exclusivamente en formularios impresos por el Colegio Médico Nacional y tiene un costo.<sup>29</sup> Al determinar la Ley 1674 la otorgación de este certificado en papel corriente y de forma gratuita, anula este reglamento gremial. Sin embargo esto es solo para lesiones leves, las graves deben recurrir al médico forense y a la compra del certificado médico.

La Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar en El Alto, realizó diversas gestiones que lograron revertir comunicados del Colegio Médico de El Alto en sentido de no otorgar certificados en papel corriente, así lo manifiesta su presidenta:

*“...lo que hemos hecho es mandarles una carta como respuesta, haciendo conocer que existe una ley, que existen normas y que por ley tienen que dar certificados médicos..... El Presidente del Colegio de Médico de El Alto sacó una nota indicando que en el tema de violencia intrafamiliar deben dar certificados en hoja membretada de la institución, en hoja blanca, de acuerdo a la ley, esa nota la hicieron llegar a todos sus colegas, centros de salud, hospitales y esta carta se la ha exhibido para que no se contrarreste, ahí hemos quedado con el sector salud.”*

El ex director del SERES confirma estas acciones:

*“conocida la ley, lo que hemos hecho es sacar una resolución del SERES para que todos los profesionales pudieran emitir certificados con estas particularidades y hemos tenido también dificultades con el Colegio Médico, porque ellos no permiten otorgar certificados de cualquier índole si no es en el formulario único... Con el Colegio Médico de la ciudad de El Alto y con el SERES se ha buscado un acuerdo que actualmente los certificados se los emite en cualquier tipo de papel y con carácter gratuito...”*

## Sub Registro de la violencia

Existe consenso entre las/os entrevistados en relación a que en los últimos años ha habido un avance muy significativo en la visibilización y registro de la VIF contra las mujeres. En los centros de salud visitados se pudo comprobar la existencia de formularios de registro de la VIF, así como información en cuadernos, hojas diarias, historias clínicas, etc., pero resultó bastante común que el propio personal de salud reconozca que se invisibilizan casos de VIF y su registro en el SNIS.

*“como podemos afirmar qué realmente le ha golpeado el marido, siempre nos recomiendan... cuando hagamos un informe solo tienes que escribir lo que estas viendo,...” (Médico).*

Una doctora señala:

*“si yo veo un caso de violencia no lo registro como violencia porque no me consta, no lo pongo como violencia porque yo no he visto que la hayan golpeado, ya sea a un niño o a una mujer y pienso que lo mismo ocurre en los otros consultorios, los otros médicos registran lo que ven, así sea un aborto provocado por una paliza, lo único que pueden poner es aborto provocado, no pueden poner violencia, ...yo pienso que lo que registran es muy bajo en relación a lo que ocurre...” (Médica).*

<sup>29</sup> Este documento se adquiere exclusivamente en las oficinas de los Colegios Médicos, tiene un costo que varía entre 5 y 10 Bs. La extensión por el profesional médico/a también tiene otro costo.

Sin embargo, se expresaron también las siguientes opiniones:

*“... el médico no va a poner en ningún momento producto de la violencia, siempre hemos puesto en la referencia la palabra “refiere”, la usuaria refiere haber sido víctima de violencia intrafamiliar por su cónyuge, ya depende de ella...si es mentira o es verdad, con el término refiere no estoy aseverando que fue el cónyuge, sino estoy dándole credibilidad a la usuaria, si le digo por ahí no te ha pegado, estoy agrediéndola...” (Trabajadora Social).*

## **Trabajadoras sociales, la clave en la atención de VIF en los centros de salud**

La Norma 13 señala: “El tratamiento a las personas víctimas de violencia intrafamiliar debe incluir el abordaje emocional para lo cual, se utilizarán procedimientos de consejería en salud”. Como producto de esta norma, en los servicios de salud de segundo nivel existen servicios de Trabajadoras Sociales que tienen la misión de realizar el seguimiento hospitalario de las víctimas que se internan, así como la referencia y contrarreferencia.

Las Trabajadoras Sociales tienen un rol fundamental y reconocido en los servicios de salud.

*“En trabajo social yo tengo que hacer la investigación, hacer que los familiares vengan, si ven los doctores a pacientes con golpes o hematomas, nos los refieren a trabajo social, nosotros hacemos el seguimiento hasta que esté en el hospital a nivel hospitalario y los mandamos a SLIM que es la instancia correspondiente porque esto es solamente a nivel hospitalari” (Trabajadora Social Hospital Público).*

Otra Trabajadora Social reconoce que los médicos no disponen del tiempo para realizar el trabajo que ella desarrolla:

*“Los doctores no tienen tanto tiempo...para empezar el sistema de salud les controla por producción, una consulta con el médico no es igual que una consulta con trabajo social, yo puedo atender 30 minutos o una hora a la usuaria, sin embargo ellos no lo pueden hacer por la presión que hay afuera, por la cantidad de usuarios que deben atender por día, yo pienso que en ese aspecto están limitados.”*

Sin embargo, en algunos médicos prevalece aún, una visión asistencial ya que los servicios de trabajo social y salud mental se constituyen, en algunos casos, en las profesiones exclusivas de la atención de la VIF y por lo general se ven sobrecargadas con muchas responsabilidades, sin disponer de los recursos necesarios. Los médicos en algunos casos reconocen que no saben a donde referir a las pacientes y consideran que esa es una labor exclusiva de la trabajadora social, como lo demuestran estos testimonios de médicos del sector público.

*“todos los casos de violencia siempre los vemos con la trabajadora social, ella da parte a la defensoría, a los SLIMs, muchas veces solo hacemos el informe médico de las lesiones que se pueden encontrar, si no está la trabajadora social estamos perdidos...”*

*“en los servicios de internación vemos mucha violencia, mujeres golpeadas que vienen con trabajo de parto provocados por la paliza y, la trabajadora social, no puede cubrir todos esos casos, pensamos que por lo menos podríamos contar con el apoyo de estudiantes, no tenemos tampoco psicología y tenemos que ver la manera de cómo vamos a referir a nuestros pacientes... porque no sabemos qué tenemos que hacer, nos dicen tienen que llamar a la PTJ, a veces viene la PTJ y se carga a todo el mundo, a la niña abusada, a la familia que esta con la niña y no se qué hacen después...”*

*“cuando hablamos con la trabajadora social ella pone en movimiento una serie de cosas,...pero si estamos solos no sabemos qué hacer...”*

Por otra parte, las oficinas de trabajo social son las encargadas de la referencia y contrarreferencia, sin embargo no disponen de los recursos necesarios para realizar esta labor de manera mínimamente satisfactoria. No disponen de teléfonos, ni de computadoras, ni siquiera de una caja chica que les permita desplazarse por la ciudad para realizar visitas a las mujeres víctimas de VIF. Por otra parte, las trabajadoras sociales se sienten, a veces, solas en su lucha contra la VIF y desconocen el Plan de Género y Violencias u otras iniciativas programáticas del Ministerio de Salud. Una trabajadora social comenta:

*“Tenemos que hacer seguimiento a casos que ameritan... el hospital no te proporciona una facilidad económica para eso, si tengo que hacer alguna visita, tengo que hacerla con mis propios recursos, esa es la gran limitante, y como no es programa violencia intra familiar, obviamente nosotros como trabajo social tratamos de sustentar...la vigilancia, todo lo que es la prevención se realiza a través de trabajo social, no tratamos de quedarnos ahí, lo hacemos...”*

*“Parece que nosotros fuéramos los únicos soldados en la lucha contra la violencia intra familiar, nadie toma a este tema como un tema de salud pública, está considerado a ciertos niveles solamente, porque si realmente lo considerarían crearían un programa con apoyo, sólido, con algo que realmente respalde a este tipo de acciones aisladas, que no son tan aisladas en El Alto, cuanto no me gustaría seguir en ese proceso de sensibilización al personal médico...”*

Las mujeres encuentran en el servicio de trabajo social un espacio de comprensión, escucha e información que es muy valorado:

*“mis amigas me han contado, dice que hay una Ley diciendo, pero no conozco, como será, aquí viniendo me estoy enterando de algunas cosas, a la licenciada (Trabajadora Social) a ella nomás le he contado mis penas, ella me ayuda, me escucha...”*

## **Barreras culturales**

En la ruta crítica que recorren las mujeres migrantes alteñas, afectadas por la violencia intrafamiliar, enfrentan diversas barreras económicas, sociales, culturales y de género, en las instituciones a las que acuden en busca de ayuda, cuando deciden enfrentar su problema.

Una de las barreras que enfrentan en los servicios de salud, es el trato que reciben las mujeres indígenas, campesinas y pobres.

En general la mujer prefiere a otra mujer para que la examine y si habla aymará mejor, para poder hablar libremente y sin miedo de su situación de salud y VIF. En muchos casos, el idioma se ha convertido en una barrera en la comunicación entre usuario/a y proveedor/a. El lenguaje técnico que utilizan los profesionales inhibe a las mujeres a realizar preguntas acerca de su estado de salud y más aún a expresar sus sentimientos y contar sus historias de VIF. Hablar el idioma de las mujeres y tratarlas con respeto, se convierte en una influencia positiva en la de atención. Uno de los médicos entrevistados señala:

*“... trabajar con mayor compromiso y que hablen libremente de su salud...no tengan miedo,...influye en nuestra forma de atención el hablarles en aymará, eso ayuda mucho...”*

Por otro lado, las mujeres al migrar a la ciudad cargan consigo su cosmovisión aymara y esto se expresa en su vida cotidiana y en su relación con las diversas instituciones. En muchos casos, las mujeres acuden primero a consultar a un médico tradicional, para luego buscar ayuda en el sistema formal de salud. Muchas veces, al no encontrar respuesta que satisfaga sus necesidades de atención integral o si encuentra malos tratos y discriminación e incomprensión, decide optar por la medicina tradicional como un único y último recurso. Así lo describe la presidenta de la Red:

*“...el servicio de salud es distante, las mujeres prefieren curarse primero con medicina tradicional o ir a la farmacia, cuando ya están mal recién van a los centros de salud. Los centros*

*de salud de zonas alejadas a veces están vacíos, tienen problemas de sostener su cobertura, porque les tratan mal, no las atienden, les riñen, muchas veces no saben el idioma. La población en las zonas marginales de la ciudad de El Alto en su mayoría son migrantes aymaras, entonces hay esta ruptura en estos servicios, peor en el tema de violencia, no hacen promoción...”*

Esta ruptura entre la medicina occidental y la tradicional, afecta en el acceso a los servicios de salud y el tratamiento de VIF. El comportamiento de las mujeres con el kallawayaya<sup>30</sup> es distinto, puede hablar en su mismo idioma y sin miedo sobre su problema de salud o VIF, sin temor a ser maltratada o criticada por sus costumbres y su manera de entender la salud.

Al igual que en salud, las mujeres afectadas por la VIF acuden primero a la familia, padrinos, etc. a pedir ayuda para resolver el problema, solo cuando han agotado estos espacios o el problema se convierte en un peligro para la mujer acuden a las instituciones, en busca de soluciones efectivas. Al no encontrar una respuesta efectiva para su problema, muchas vuelven a su situación de violencia con mayor riesgo para su salud y su vida.

*“Vemos que las mujeres tanto en salud como en violencia, primero tratan de resolverlo con la familia, en la casa, en la zona. En el caso de violencia acuden a los familiares, a los padrinos, incluso a la junta de vecinos, los directores de colegio también intervienen en estos problemas. Cuando las cosas rebalsan del vaso de agua, recién acuden a buscar el servicio. Muchas veces desde el CIDEM hacemos llamar al padrino, al dirigente de la comunidad para que conjuntamente apoyemos a resolver el problema de violencia de esta familia, pero el estado no hace esto, todavía hay falencias en ese sentido, ni siquiera preguntan si han hecho el intento de resolver el problema en esos espacios, la señora a veces no cuenta todo...”*

Muchas veces la toma de decisiones de las mujeres para cuidar su salud y para asistir a los servicios de salud, se ve influenciada por la opinión de la familia y la pareja que a menudo se imponen sobre la mujer, a esto se suma la falta de confianza que se tiene en los centros de salud, aspecto que muchas veces es reforzado por concepciones de salud tradicionales. El siguiente testimonio de una mujer entrevistada ilustra esta situación.

*“...Las primeras veces no, solo en mi casa con mi cara moreteada, mi cuerpo... me daba golpes, patadas ... al día siguiente me decía discúlpame, es que tu me haces renegar, ya no voy a ser así, pasaba eso y otra vez, siempre era por celos, hasta que un día cuando mi hija tenía 5 meses, sufrí violencia física, he quedado con discapacidad, cuando teníamos un acontecimiento, ...en la tarde había invitado a uno de mis familiares lejanos que trabajaba con él, con él ha empezado a discutir, se ha puesto celoso, yo le dije no discutan, él me ha empujado con toda su fuerza, yo estaba cargado de mi bebe, ya no pude levantarme. Mi mamá hasta el día que ha fallecido siempre me ha preguntado, me decía no creo que con ese empujón te hayas hecho tu pie así, sino que te ha debido patear, golpear, ella pensó eso, yo no recuerdo, sus familiares me dijeron se debe estar haciendo la mañuda, yo no podía caminar porque mi pie no respondía, ...me trajo uno de mis cuñados cargada, me dejaron y al día siguiente como si nada, mi hermana ha venido a recogerme ...estaba con dolor, no eran capaces de llevarme al médico ... ellos han pensado en los yatiris,<sup>31</sup> había un yatiri cerca de mi casa, el decía que si me llevaban al médico me iban a traer muerta, ellos han creído. Después de 3 meses, había sido una luxación de cadera...”*

<sup>30</sup> Médico tradicional.

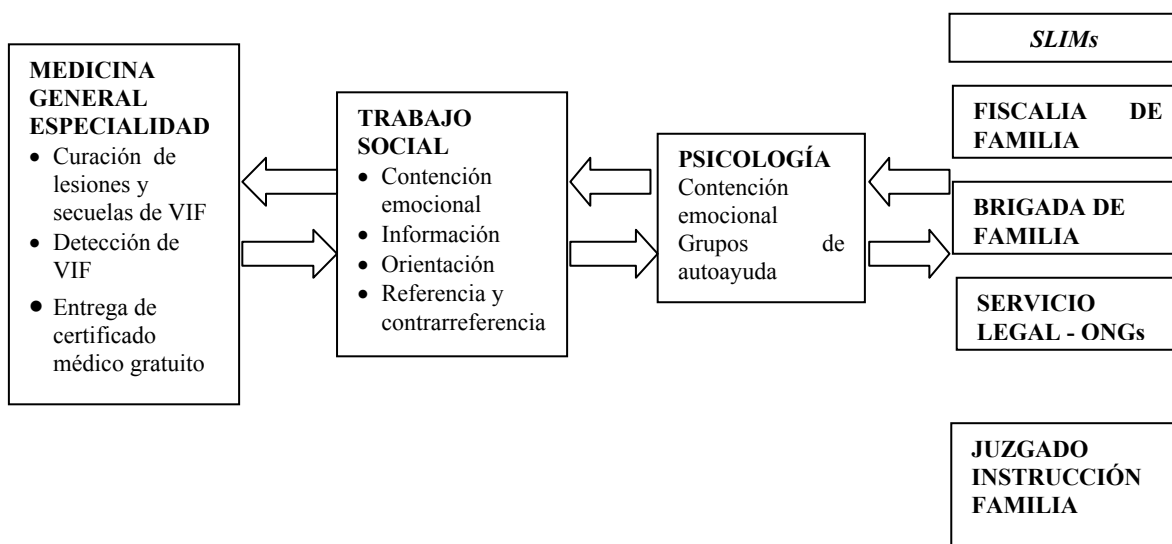
<sup>31</sup> Yatiri, médico naturista andino.

## Modelos integrales de los servicios privados de salud

En términos generales, en los centros privados existen mejores condiciones de atención a las mujeres, aspecto que está determinado principalmente por algunas “ventajas comparativas” en relación al sector público. Por lo general en los servicios de salud privados se pudieron observar las siguientes condiciones:

- la infraestructura y equipamiento adecuados,
- privacidad en la atención a las víctimas,
- las condiciones salariales, incentivos al personas,
- lógicas de administración de los servicios,
- trabajo en equipo entre médicos, orientadoras, trabajadoras sociales y psicólogas,
- instalación y acompañamiento de grupos de autoayuda para mujeres víctimas de VIF.

El esquema de la ruta crítica en los servicios de salud de ONGs es el siguiente:



Para el CIES, la violencia contra las mujeres es un programa más de los siete que tiene de especialidad la institución. El programa se denomina violencia basada en género y se realiza con un enfoque integral que reconoce la violencia como un problema estructural y de relaciones de poder basadas en género. Brinda un servicio integral a las mujeres maltratadas como la asistencia médica, psicología y trabajo social.

*“En el CIES a partir de mayo del año pasado, hemos incorporado violencia basada en género y como una de las primeras tareas ha sido la parte de sensibilización al personal con un taller de género y violencia basada en género... ha sido una preocupación del CIES, dar una atención integral a las mujeres, porque si antes había la parte de orientación... había muchos casos de violencia que no podían ser atendidos,.. se derivaba a Gregoria Apaza o a otras instituciones, pero se perdían en el camino, entonces se ha implementado el servicio de psicología para las víctimas de violencia... otra de nuestras preocupaciones es poder complementar con pasantías... de estudiantes de derecho de universidades privadas, que puedan dar asesoría legal en estos casos”.*

Este enfoque integral se refleja en la atención que brinda el personal de estas instituciones a víctimas de violencia intrafamiliar, tal como manifiesta una orientadora del CIES:

*“Las mujeres llegan con una carga emocional muy fuerte, lo primero que hacemos es recibirlas de una manera apropiada, para ese tipo de personas es bien importante, nosotros como*

*institución partimos de eso, de que se le debe recibir y apoyar en ese momento.... La reciben en caja, donde les remiten al servicio de orientación si es que es necesario o a veces directamente pasa a un servicio médico de inmediato. Todo el personal está capacitado para recibir a este tipo de personas, si sabemos que es violencia, la persona tiene que ser inmediatamente atendida, le revisa el médico, es necesario abrir la historia clínica y se otorga el certificado médico gratuito. A veces nosotros identificamos acá estos casos, porque no necesariamente son referidas, vienen directamente aquí e indagamos. Dicen yo sufro violencia, me pega mi marido, me ha pegado varias veces y, qué has hecho, nada, es que no se dónde ir, qué hacer, pero sabías que en los centros de salud te dan certificados médicos, etc., ellas dicen que no. Entonces aquí les decimos podemos hacer esto, te vamos a dar el certificado médico, algunas mujeres no quieren llevar el certificado médico, y les explicamos la importancia de éste como antecedente y prueba que les sirve para que puedan hacer la denuncia cuando ellas creen que es necesario,...en estos casos les remitimos al área de psicología, que nosotros tenemos y es ahí donde van trabajando en este aspecto.”*

## Percepciones sobre la Ley 1674

En las entrevistas se indagó sobre los logros y las limitaciones en la aplicación de la Ley 1674, las respuestas de las/os diferentes entrevistados enfatizan en los siguientes aspectos:

Entre los logros se menciona que la Ley 1674 ha contribuido a un avance importante en la visibilización de la violencia, a destapar esta problemática y su complejidad aunque no resuelve todo el problema. Se la reconoce como un instrumento para acceder a la justicia que ha incrementado la demanda de servicios integrales en esta materia, incluyendo al sector salud.

A partir de la ley se registra, aunque de manera insuficiente los casos de violencia contra las mujeres y se reconoce también como un gran avance el abordaje de la violencia intrafamiliar en el sector de salud, a través de normas y protocolos que probablemente deben ser ajustados, pero ya están establecidos en la normativa.

Entre las limitaciones se menciona:

La Ley es más preventiva que sancionadora, no da castigos a los agresores, los SLIMs reciben el caso, orientan y asesoran un poco y al final lo pasan al juez que no siempre sanciona. Las reiteradas citaciones de los actores de violencia a veces son improductivas y pueden generar mayor violencia.

*“ yo encuentro una falencia grande, son las sanciones, no son las mejores y no vienen a solucionar el problema, lo que hacen a veces es empeorar la situación, porque la sanción es de 4 días de arresto o una multa y eso no va a reducir los índices de violencia, es más la persona que ha sido detenida por 4 días sale más resentida en contra de la persona... considero que la terapia psicológica debería ser intensiva y deberían existir instituciones que respondan a esto, aquí por nuestros espacios no podemos dar terapia, necesitamos ambientes más cómodos y más tiempo...”* (Abogada SLIM).

Existen otras percepciones que desde una visión más “familista” ponen como centro de atención a la familia y a la mujer como madre, por encima de su bienestar e integridad como persona y consideran que la Ley debe hacer énfasis en lo preventivo y no en las sanciones.

*“...La ley es más preventiva, me parece eso algo positivo, pienso permanentemente cuando hay un divorcio hay muchas pérdidas, una pérdida económica, afectiva, hasta pérdidas sociales, la pareja se desacredita en su grupo social y esta ley me parece que es más de tipo preventiva.”*

También se mencionan limitaciones en el proceso de aplicación de la Ley por falta de recursos en los juzgados. Una miembro de la red entrevistada señala:

*“En el tema jurídico hemos visto que hay muchas limitantes, prácticamente hay un juzgado de instrucción que según la ley debería resolver en 48 horas el tema de violencia, en El Alto esto se resuelve en 2 semanas insistiendo.... los mismos jueces y fiscales no conocen la ley 1664, entonces eso es un obstáculo porque las abogadas tienen que fundamentar, dar a conocer y recién exigir su aplicación, incluso hay mucha resistencia en el sentido de que todavía no están sensibilizados desde una perspectiva de género, entonces terminan culpabilizando a la mujer de la violencia intra familiar”.*

Por otra parte se menciona frecuentemente una debilidad en el seguimiento y evaluación de impacto a los procesos de capacitación de funcionarios de salud y de justicia en el tema de la Ley. Si bien se hacen muchos esfuerzos, no se conoce el resultado de los mismos.





## IV. Percepciones y testimonios de mujeres sobre los servicios de salud

---

Se realizaron entrevistas con mujeres que acuden o acudieron a servicios de salud por violencia intrafamiliar, así mismo se efectuaron sondeos de opinión y observación en centros de salud. Los testimonios de las mujeres vienen cargados de mucha emoción y sufrimiento al recordar las situaciones de violencia vividas. Esto demuestra que las huellas y las secuelas físicas, psicológicas y emocionales, aún después de muchos años o de haber incluso tomado medidas para resolver la situación, son muy profundas. Estos testimonios, en términos de su carga humana y emocional son irreproducibles, sin embargo algunos aspectos centrales se incluyen a continuación.

### **“Yo veía como algo normal”**

En muchos casos las mujeres, como producto de representaciones sociales patriarcales y de relaciones desiguales de poder entre sexos, viven la violencia como un hecho natural, aspecto que se ve reforzado por las costumbres y patrones culturales:

*“cuando yo vine de mi pueblo, he venido con el ánimo de estudiar, porque allá ya no daba la producción, de ese motivo aquí en El Alto me vine a trabajar y estudiar pero ya no era así, tuve mi pareja en 1988, tuve mi primera hija, desde ese momento he sufrido*

*violencia intra familiar, pero yo lo veía normal, por nuestras costumbres, que el esposo es la cabeza, los esposos reniegan, tuve que aguantar hasta que en 1989 he sufrido violencia física, cuando tenía casi 20 años, mi hija tenía 5 meses, mi esposo era muy celoso, siempre ha sido así, hasta ahora sigue siendo así, no ha cambiado, con eso de que dicen que el esposo es celoso porque te quiere, yo mas antes creía eso, cuando yo vine por primera vez a la ciudad y me he informado, he recibido estos talleres, he aprendido mucho ...”*

*“cuando me pegaba yo quería quejarme, mi amiga me ha contado que podía ir a denunciar a la brigada o a la PTJ, pero que ahí te piden que vayas al médico forense y eso era para dinero, por eso no se ir. 14 años he aguantado, antes no sabía nada, todo el tiempo estaba de miedo, cuando llegaba borracho mi marido, me pegaba y después me pedía perdón, yo también pensaba así nomás debe ser. Mis hijos cuando le ven llegar mareado se escapan, todavía son chicos para que me puedan defender.”*

### **“Falta de información sobre derechos y la ley”**

Las mujeres entrevistadas así como aquellas encontradas en las salas de espera de los servicios de salud, afirman que tienen muy poca información sobre la ley 1674 y desconocen que los centros de salud otorguen certificados médicos en forma gratuita. Se percibe a estas instituciones como lugares donde se curan enfermedades y lesiones y no se las aprovecha como instancias para informar a las mujeres sobre sus derechos, tal como relata una entrevistada:

*“siempre vengo a este consultorio porque atiende gratis a los niños. Pero el doctor no pregunta si te peleas o no con tu marido, solo te examina y te pregunta que te duele y te da un papelito para comprar medicamentos” (Mujer de 27 años).*

Otras continúan:

*“Los doctores son solo para curar, da vergüenza contar nuestras penas, calladita nomás me aguanto”.*

*“Dicen que hay una ley pero no conozco. Las mujeres sufrimos mucho de eso a veces andamos con los ojos verdes, pasando vergüenza que vamos hacer, solita nomás uno se aguanta. Yo de vergüenza no sé salir de mi casa hasta, tampoco sé avisar a mis parientes de vergüenza, ellos viven en el campo. Me gustaría conocer la ley, es bueno conocer esas cosas, para defenderse.”*

### **“El certificado médico no tiene validez para procesos legales”**

Las mujeres desconocen que los certificados otorgados por los centros de salud, tienen un valor para los procesos legales y piensan que solo el certificado del médico forense tiene validez legal. Esta idea es a veces reforzada por el personal de salud:

*“Muchas mujeres no van a los centros de salud, se quedan en la casa, a veces no saben los derechos o que deben ir a hacerse una revisión médica, si es que algunas van. Yo pienso que deberían atender bien, extender inmediatamente un certificado médico y eso que tenga validez para el seguimiento legal, pero como dicen que no tienen validez para un seguimiento legal. Para el médico forense es tiempo, hay que ir desde temprano, la atención en el centro de salud debería ser buena y tener validez para los procesos legales, si una mujer va con golpes fuertes, debería dar internación rápida y no hacer esperar, siempre dicen a las mujeres que ellas les han hecho renegar o que han hecho mal, tampoco creo que los que atienden, las enfermeras, saben de las leyes, lo primero que preguntan es por qué te pegó, a veces uno no puede explicar, su obligación es que atiendan y den el certificado médico.”*

## La soledad y las redes familiares

La presencia de familiares o de amistades cercanas es percibida por las mujeres como un factor determinante que las condiciona a buscar ayuda y sobretodo si son hermanos varones. Ante la ausencia de ellos, las mujeres se sienten desprotegidas y viven la violencia en soledad, solo cuando se llega a extremos buscan ayuda.

*“Yo vivo con mi suegra, cuando me quejo a ella, me dice tu eres mujer tienes que aguantar, yo peores cosas he aguantado, por eso para en vano grito, nadie me ayuda. Yo soy huérfana, no tengo papá ni mamá, tengo hermanos pero ellos ya han hecho sus vidas”.*

*“Dentro de mi analizando veía las cosas, de ahí en una de esas el problema se agravó en mi casa y me decidí decirle a alguien, porque no tenía hermanos, soy hija única, no tenía en quién desahogarme, a quién contar las cosas... si tuviera mis hermanos por lo menos me quejaría”.*

*“Mi tía me ha traído al CIES, ella me ha dicho que ya no debo tener más hijos y que por eso debo cuidarme, ella también viene aquí, me hago colocar la vacuna (depo provera), ya he tenido 7 embarazos, 3 he abortado porque me pegaba, me pateaba de mi barriga, todo eso he aguantado”.*

Sin embargo, desde la otra cara de la moneda, la familia o los padrinos a veces sancionan y condenan socialmente a las mujeres que deciden enfrentar las situaciones de violencia:

*“Ya estoy separada 3 años, pero sigue molestando, el acoso es por otras personas, me ha mandado personas pagadas por él porque no creo que lo hagan gratis, ahora estoy viviendo en la casa de mis padres hace ya unos 6 meses, mis papás me están reprochando de lo que me estoy separando, en vez de que ellos estén a favor mío están en contra mía y están a favor de él”.*

*“...a mis padrinos de matrimonio les conté. Me decían que yo tengo que aguantar, qué me va a decir la gente”.*

### “La profesión a veces te expone a las agresiones”

Las mujeres que trabajan en servicios de atención a la violencia en salud, en los SLIMs y en las Brigadas de protección a la familia e incluso en ONGs, también son víctimas de violencia. Una enfermera auxiliar víctima de violencia de su pareja relata:

*“Soy enfermera auxiliar... mi marido es demasiado celoso, hace algún tiempo le detectaron en ETS positivo del cual a mi me culpaba... mi error ha sido trabajar en el turno de la noche... fue su mejor excusa para decir que yo estaba llevando la enfermedad a casa, yo era la única que dormía lejos de casa... Pensando en eso rechace la renovación de mi contrato en el hospital, me salí del trabajo, dejé de trabajar un año, luego dije mi profesión no es para dejar, es siempre estar actualizada, hay cosas que una se olvida, la medicina está en constante cambio, entonces volví a trabajar..., al principio me dejó trabajar tranquila... luego no me dejaba trabajar, era bastante celoso, desde mi matrimonio siempre fue así...” (Enfermera Auxiliar).*

Esta situación se manifestó también en miembros de la Brigada de Protección a la Familia, en la que las funcionarias trabajan en turnos de hasta 36 horas, lo que las obliga a dejar de cumplir sus roles domésticos. Una funcionaria señalaba:

*“nosotras cuidamos a las familias y defendemos los derechos de las mujeres... ¿quien protege a nuestras familias y nuestros derechos?”*

## “Quiero ser una nueva persona”

Las usuarias reconocen un buen trato de parte de las/os profesionales de salud. Se puede considerar que esto es producto de los procesos de capacitación, sensibilización y atención integral en los servicios de salud:

*“Los médicos siempre por ese lado son más humanizados, son muy buenos, son muy minuciosos al examinar, eso es lo que más me ha gustado de ese hospital.”*

En las entrevistas, las mujeres cuentan el resultado de una atención integral:

*“fui 4 o 5 veces al Hospital Holandés, parece que ahí no entienden lo que nosotros explicamos, donde reciben a los pacientes, me transfirió el médico al psicólogo, yo le dije que no vine a una consulta psicológica sino a una valoración médica, el dijo que está situación es muy grave, tu has sufrido bastante. Me atendió muy bien el psicólogo, después le llamó a él (mi pareja) y los dos, después le dio una cita a él, ha sido casual, porque no me han entendido en recepción, eso parece que le ayudó bastante, él decía que tenemos que ir los dos, ya no quería estar solo, a veces me llamaba, en la mañana temprano llegaba, tenía llave, entonces el ha dicho voy a cambiar, estoy yendo al psicólogo, de esa manera a cambiado un poco”.*

*“nunca tiene dinero para pagar las pensiones de mis hijos, por eso es que me he decidido a iniciar el divorcio, la psicóloga me hizo entender en algunas charlas de que no solamente por eso tengo que ser libre, sino porque realmente yo quiero ser una nueva persona, el papá de mis hijos al hacerme daño psicológicamente es como si me hubiera matado, no soy nada de lo que yo era antes. Estoy tratando de recuperar mi valor como persona, rehacer mi vida...”*

## **V. Temas para la reflexión y análisis**

Al concluir el trabajo, es necesario resaltar que si bien se avanzado mucho en el tema, las carencias y desafíos son todavía enormes y la brecha entre lo normado y la realidad es aun grande. A fin de contribuir a la reflexión y análisis en la búsqueda de nuevas e innovadoras formas de acortar la brecha existente se señalan a continuación algunos temas:

### **A nivel normativo e institucional:**

Pese a los avances y logros mencionados en la formulación de políticas, en las instituciones creadas y en las disposiciones legales adoptadas, persisten importantes falencias institucionales, legislativas y presupuestarias, en el tratamiento de la violencia intrafamiliar y doméstica.

En el país, la temática de género tuvo en los últimos años un lugar importante en el Estado, ubicándose a nivel de Subsecretaria, Viceministerio o Dirección, desde donde se impulsaron políticas y normas orientadas a la atención integral de la VIF. Sin embargo, las modificaciones recientes en la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, ubican a esta instancia como una Jefatura (cuarto nivel) dentro del Ministerio de Justicia, lo que podría demostrar una cierta fragilidad institucional y que los avances que se han ido dando, con un gran esfuerzo en el país, puedan revertirse sin una voluntad política sólida.

El respaldo jurídico que otorga la Ley 1674 y las Normas de Atención de la Violencia Intrafamiliar, emitidas por el Ministerio de Salud, son instrumentos que posibilitan el control y vigilancia social para el acceso a un derecho, en este caso de salud. Las normas se constituyen en medidas regulatorias fundamentales de respaldo legal que posibilitan el respeto a los derechos, pero no aseguran por sí solas el cambio cultural necesario para erradicar la violencia intrafamiliar.

En el sector de salud se hace evidente el esfuerzo de diferentes actores del Estado (Ministerio de Salud, ex Vice-ministerio de la Mujer) y de la cooperación internacional (OPS), por introducir un nuevo enfoque de atención integral de la violencia en razón de género. Sin embargo, queda un largo camino por recorrer para que este enfoque impregne las estructuras institucionales y sea apropiado por los niveles operativos y en las rutinas del personal de salud. En la práctica subsiste un enfoque de atención a la mujer en su rol materno y reproductor, que pone a un lado sus derechos individuales a favor de conservar la familia y el statu quo.

El funcionamiento de los mecanismos de evaluación y seguimiento en las instituciones de salud en relación a la VIF son débiles, por lo que no se cuenta con información clara y confiable de la efectividad de la respuesta del sector.

Las deficiencias en la calidad de atención en salud a mujeres víctimas de VIF, se relacionan directamente con debilidades institucionales estructurales como son la alta rotación de personal y la insuficiencia de recursos en todos los niveles, aspectos que dificultan la continuidad en enfoques y procesos y en un mejor retorno de la inversión que se realiza en capacitación del personal.

En las instituciones prevalecen las normas culturales que están arraigadas en las prácticas institucionales, por encima de los adelantos en la legislación, normas y protocolos. Por ello, es necesario profundizar el análisis sobre el rol de las instituciones, las modalidades de gestión de recursos y pautas culturales que las constituyen, para lograr mejores resultados en relación a la temática de VIF y equidad de género.

## **A nivel de los servicios ofertados**

En el sector salud se va tomando conciencia que el tratamiento de la violencia intrafamiliar no debe quedarse solo en la entrega de un certificado médico, sino debe ser abordada de manera integral y multidisciplinaria, orientada a la prevención.

Es fundamental el rol que cumple la Red como instancia de la sociedad civil que promueve, impulsa, controla y vigila con acciones en cadena que movilizan y fortalecen compromisos, a nivel individual, institucional y colectivo. Su accionar es fundamental en la visibilización de la VIF como un problema estructural de la sociedad en su conjunto y en la demostración de que son efectivas las acciones articuladas entre el estado, la sociedad civil y las organizaciones de base. Su gran motor son voluntades individuales que movilizan voluntades institucionales.

Sin embargo, uno de los problemas fundamentales que existen en las redes de atención a la violencia es la “efectiva resolución” de los casos. Muchas veces en los servicios de salud se hacen esfuerzos para la sensibilización y la detección de la violencia, pero al no contarse con servicios legales se transfieren a otras instituciones que se ven sobrepasadas en su capacidad. Esto determina que las mujeres deben regresar y ya no lo hacen, lo que les hace perder confianza en el sistema.

Las Redes requieren de un mayor fortalecimiento ya que la magnitud del problema no les permite la total atención de los casos, muchos de los cuales quedan sin atención e incluso los atendidos no son resueltos, ocasionando desconfianza y descrédito del sistema.

Los modelos de atención integral desarrollados por el Municipio de El Alto a través del CESIM y por las ONGs, muestran resultados positivos en la atención de la VIF que pueden ser recuperados y replicados en el sector público para que se amplíe la cobertura y se mejore la calidad de atención a las mujeres. Estos modelos requieren de ciertas condiciones y requisitos que faciliten

su desarrollo e implementación como ser contar con una infraestructura adecuada y personal capacitado y remunerado de acuerdo a las funciones especializadas que desempeñan.

Los sistemas de registro de la violencia, basados en una pretendida “objetividad”, enfatizan en lo que se considera como “prueba”, es decir, la lesión inmediata y visible y no toman en cuenta el testimonio de las mujeres, su situación, dificultades o su disposición para someterse al examen.<sup>32</sup> Este descrédito que sufren las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, revela las representaciones sociales que prevalecen de parte de algunas/os prestatarios de servicio que tienden a minimizar el tema, mantener el silencio y a “aceptar” la violencia.

Es difícil garantizar calidad y calidez en los servicios cuando no se dispone mínimamente de medios de comunicación, de registro, privacidad, ambientes adecuados, de un personal motivado y económicamente reconocido, para realizar su trabajo con eficiencia. La falta de recursos es generalizada en todas las instancias públicas de atención a la VIF.

El acceso a los servicios de salud privados supone un pago por la atención, por ello, a pesar de su eficiencia y la integralidad de su accionar, no llegan a personas con mayores necesidades.

### **A nivel de los recursos humanos**

La mayor parte del personal de salud del sector público en El Alto, tiene una gran presión por el tiempo lo que constituye un factor que atenta poderosamente a la calidad de atención a víctimas de VIF, así como para la asistencia programas de capacitación y seguimiento de casos.

Las respuestas efectivas que se dan en el sector de salud, así como en las otras instancias de atención a la VIF, parecen responder más a actitudes e iniciativas personales y normas culturales, que a la aplicación sistemática de normas o protocolos del sector de salud.

El personal que trabaja con casos de VIF debe afrontar las presiones y descargas emocionales de las mujeres que acuden a ellos, sin embargo no cuentan con el apoyo, acompañamiento y fortalecimiento necesario de parte de las instituciones en las que prestan sus servicios. Se requiere por lo tanto buscar nuevas formas de soporte emocional y psicológico para el personal a través de círculos de auto-apoyo u otros.

Es fundamental fortalecer los procesos de formación de las/os profesionales en salud en relación a los temas de género, violencia a interculturalidad, incorporando estos en la curricula universitaria. Si bien la sensibilización y capacitación son importantes, una “sobredosis” de talleres no puede compensar falencias que vienen desde la formación académica ni puede modificar representaciones sociales fuertemente arraigadas en la formación de las personas.

La excesiva rotación del personal en virtud de la cual las personas capacitadas en determinados centros dejan su lugar de trabajo, es otra de las dificultades en este ámbito.

### **A nivel de las mujeres**

Es fundamental cuestionar el modelo de sociedad basado en formas de convivencia que legitiman relaciones de desigualdad y de dominio entre hombres y mujeres y, no perder de vista el problema estructural que subyace a la violencia intrafamiliar, que atenta contra el potencial humano de las mujeres y de la sociedad en su conjunto.

Por detrás de los factores críticos señalados en la atención en salud a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, se encuentra un conjunto de representaciones sociales sobre la relación entre géneros y sobre la violencia contra la mujer, que influyen en la percepción y en la invisibilización

---

<sup>32</sup> Ver Montserrat Sagot y OPS, 2000.

de la VIF, tanto de los prestadores de servicios de salud, como de las propias mujeres y de la sociedad, que traspasa la aplicación de las normas y modalidades en la atención en salud.

A pesar de los avances logrados y las múltiples campañas de comunicación y sensibilización realizadas por los organismos estatales, las ONGs y los movimientos sociales especialmente los de mujeres, las mujeres entrevistadas manifiestan su desconocimiento de las leyes que las protegen y de sus derechos cuando son víctimas de violencia, por lo tanto se hace necesario re-pensar formas innovadoras y accesibles para su difusión.

Las acciones de control y vigilancia de la Red, en coordinación con autoridades locales y las mujeres, dan resultados positivos para el cumplimiento de la normas, sin embargo deberían fortalecer en sus capacidades de vigilancia de la calidad de los servicios prestados.

La falta de un diálogo intercultural entre las/os prestadores de servicios de salud y legales, se convierte en otra barrera en el acceso, tratamiento y prevención de la VIF. Es importante considerar el recorrido que realizan las mujeres antes de llegar a las instituciones tanto de salud, como de psico-legal, para desarrollar acciones integrales y oportunas.

La mayor parte del esfuerzo de sensibilización y educación han sido dirigidos a las mujeres para la defensa de sus derechos, donde aún existen falencias y, no hacia los hombres para el cambio de actitud. Por ello a nivel de las actividades educativas en salud debe hacerse énfasis en la prevención de la violencia con campañas educativas e informativas, tanto a adolescentes y jóvenes como a mujeres y hombres.

Si bien existen dos casas de refugio para mujeres víctimas de VIF en la ciudad de El Alto, estas no abastecen las necesidades. Debe considerarse además programas para que los agresores sean rehabilitados, en lo posible fuera del hogar, y no sean las víctimas quienes tengan que abandonarlo.

Otro aspecto importante es la no existencia de lugares de referencia para las mujeres víctimas de violencia, hacia programas de formación para el trabajo y capacitación laboral que les permitan bastarse a si mismas, ya que uno de los factores por los que las mujeres continúan en la espiral de la violencia, es la dependencia económica.

## **A nivel de los sistemas de información**

El registro de datos en los centros de salud es aún insuficiente, sin embargo hay avances significativos y esfuerzos del personal de salud por considerar a la VIF como un problema de salud pública y mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica. Es necesario asegurarse que se deba desagregar la información sobre violencia en el SNIS o, si más bien se realizan estudios e investigaciones específicas que permitan profundizar esta temática.



## **VI. Algunos temas clave para profundizar**

---

### **Sobre la institucionalidad y las políticas**

Uno de los temas clave para mejorar la calidad y calidez de la atención a víctimas de VIF es el de la institucionalidad, valorización y jerarquización de las organizaciones responsables de la definición de las políticas y de la prestación de los servicios.

En relación a políticas, preocupa la vulnerabilidad de los mecanismos públicos responsables del tema de equidad de género en el país, tanto a nivel de la ubicación en la estructura del estado como en la alta rotación del personal.

En relación a los servicios es necesario profundizar en el análisis de las propias instituciones que prestan los servicios y que por lo general se rigen por pautas culturales y representaciones sociales, asumiéndose neutrales frente al género, cuando es evidente que éstas reproducen los sesgos de género tanto al interior como en la prestación de servicios. Es necesario realizar estudios, pero fundamentalmente desarrollar herramientas efectivas que abarquen las diferentes esferas y ámbitos institucionales.

Si bien la idea no es desarrollar un modelo institucional único, se considera recomendable que las instituciones cuenten con mayores herramientas para abordar la temática de género en general y la VIF en particular, tanto a nivel político como técnico.

En lo político, es fundamental incorporar los principios de equidad de género en la formulación de políticas institucionales y repensar nuevas formas en que las políticas puedan efectivamente permearse en la cultura institucional, en las maneras de pensar y hacer, en los objetivos que se plantean las instituciones, en la distribución de recursos y en los servicios que se ofrece. En lo técnico, deberán revisarse los mecanismos de: planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones; de formación del personal operativo y directivo, así como de la propia gestión institucional.

### **Juzgados de familia, fiscalía de familia y brigadas de protección a la familia**

La experiencia desarrollada durante el trabajo, muestra que es también necesario realizar un estudio de mayor alcance y profundidad para analizar las brechas que se presentan entre las normas y declaraciones legales y lo que efectivamente sucede en los Juzgados de Familia, en la Fiscalía de Familia y en las Brigadas de Protección a la Familia, que se constituyen en los ámbitos efectivos de cumplimiento de las leyes.

## Bibliografía

---

- Comité Impulsor del Abordaje de Prevención, Detección y Atención a las Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual. “Sistematización: Construcción de un Sistema Municipal de Información en Violencia”. (2004). IPAS, Bolivia. La Paz, Bolivia.
- Dora Caballero y Marcia Arandia de Ramos (2005), “Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar, La Paz - Bolivia, OPS/OMS,
- Dora Caballero, Gregorio Quiroz, “Salud Pública y Violencia Doméstica /Intrafamiliar”, “Estudio de Prevalencia en Tres Municipios de Bolivia 1997 - 1998”, (2002), Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social.
- Dora Caballero. “Estudio de Prevalencia Violencia Doméstica e Intrafamiliar en 6 Municipios de Bolivia” (2004) Ministerio de Salud y Deportes OPS. La Paz, Bolivia.
- Fundación La Paz. “Percepciones Sobre Violencia Intrafamiliar. Un Estudio realizado en los Macrodistrictos 3 y 4 de la ciudad de La Paz. (2006). Fundación a Paz. La Paz, Bolivia.
- Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica
- Luz Rioseco Ortega. “Buenas Prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe”. (2005) Serie Mujer y Desarrollo No 75. Unidad Mujer y Desarrollo. CEPAL. Santiago de Chile.
- María Mendoza y Rita Uribe, “Redes Comunitarias para la Prevención y Atención d la Violencia Intrafamiliar y Metodologías de Intervención: Experiencias de Bolivia y Perú” (2003) Lima – Perú, OPS
- Marina Arratía J. “Encuentros y Desencuentros: Autoestima, Sexualidad y Violencia desde la Cosmovisión Andina” (2004), Sucre – Bolivia, Centro Juana Azurduy

- Maritza G. Rocha, Dora Caballero (1999), “Vigilancia Epidemiológica para el Control de la Violencia Intrafamiliar”, Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, OPS/OMS
- Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, Sociedad Boliviana Médica de Salud Pública, “Guía de Indicadores para Monitoreo de la Equidad de Género en Acciones de Salud” (2004), La Paz- Bolivia, OPS/OMS.
- Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, “Salud y Equidad de Género. Plan Nacional 2004 – 2007”, (2003) La Paz – Bolivia, Ministerio de Salud, OPS, Coordinadora de la Mujer.
- Ministerio de Salud y Deportes, OPS/OMS, “Prevención y Atención de Violencias. Plan Nacional 2004 – 2007”, (2004) La Paz – Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes OPS/OMS
- Ministerio de Salud y Deportes, “Plan de Violencia Sexual 2004 – 2008”, (2004), Bolivia Ministerio de Salud y Deportes.
- Montserrat Sagot. “Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar (Estudio de Caso de Diez Países)” (2000), OPS/OMS Programa Mujer Salud y Desarrollo.
- Nebraska Arteaga (2005), “Lo que debemos saber”, La Paz – Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes.
- Novena Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe “Consenso de México”. (2004) México D.F.
- Proyecto de Apoyo a la Reforma Educativa – El Alto (2005), “El Alto: 9 aspectos que configuran la ciudad”, La Paz- Bolivia, Unión Europea y Gobierno Municipal de El Alto.
- Programa Nacional de los y as Adolescentes “Guía de Atención Diferenciada para Adolescentes” (2005) Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia.
- Programa Nacional de los y as Adolescentes “Guía de Sensibilización en Atención Diferenciada para Adolescentes” (2005) Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia.
- Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género. “Participación y Representación de las Mujeres en las Elecciones Municipales 2004 – Violencia Intrafamiliar”. (2005) Año 4, No 4. La Paz Bolivia.
- Verónica Aranda “El Derecho a Vivir una Vida Libre de Violencia” (2006) Comisión Económica para América Latina. CEPAL, Santiago de Chile (no publicado).
- Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales y Familia, “Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género” (2001). Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. La Paz, Bolivia.
- Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales y Familia, “Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003” (2001). Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. La Paz, Bolivia
- Viceministerio de la Mujer. “Plan Nacional de Políticas Publicas para el Ejercicio Pleno de los Derechos de las Mujeres 2004-2007” (2005) Ministerio de Desarrollo Sostenible. La Paz, Bolivia.
- Viceministerio de la Mujer y Viceministerio de Salud. “Atención Integral a las Mujeres Adultas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual”. Normas Protocolos y Procedimientos”. (2005) Ministerio de Desarrollo Sostenible, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia.

## **Anexos**

---



## Anexo 1

### Viceministerio de la mujer

#### Plan nacional de políticas públicas para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres 2004-2007 Dimensión social: Violencia

##### Objetivo de desarrollo B1

Favorecer a mujeres bolivianas con mecanismos de prevención y servicios de calidad para la atención de la Violencia Intrafamiliar (VIF) y Violencia Sexual (VS) en razón de género en el marco de una normativa eficiente y eficaz, a nivel nacional, hasta el 2007.

##### Objetivo Específico B1.1

Promover que la población en general y las mujeres en particular cuenten con información e instrumentos específicos para prevenir y denunciar la VIF y la VS, hasta diciembre de 2007.

Cuadro 1

#### EFECTO I: HOMBRES Y MUJERES CUENTAN CON INFORMACIÓN SOBRE SU DERECHO A NO SER VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y SU OBLIGACIÓN DE NO EJERCERLA

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios estratégicos	Actividades de apoyo
1. Se difunde mensajes promoviendo el respeto a los Derechos Humanos y a la dignidad de las mujeres.	Viceministerio de la Mujer.	Elaborar y difundir información sobre el derecho de las mujeres a vivir sin violencia y su obligación de no ejercerla.	-OMED –Mujer Nueva -CDIMA -Casa de la Mujer (Sta. Cruz) -Red ADA -AMUPEI (Pando) -Cruz Roja Boliviana -IPTK (Chuquisaca) INFANTE (Cochabamba) -Red Contra la Violencia – (El Alto)	Apoyar en difusión.
2. Se conoce como se concibe la violencia intrafamiliar en la población indígena y campesina.	Viceministerio de la Mujer.	Investigación y diseño de materiales.		

3. Promoción de espacios de información y reflexión sobre el derecho a vivir sin violencia dirigidas a organizaciones de base, comunidades campesinas, indígenas y originarias.	Viceministerio de la Mujer.	-Diseñar contenidos -Ofertar a organizaciones: programa, materiales y metodología diseñados para su ejecución.	-CIDEM -Sartasim Warmi -CDIMA -Casa de la Mujer (Sta. Cruz) -Red ADA -Oficina Jurídica de la Mujer (Cochabamba) -Cruz Roja Boliviana -CEPRODES (Pando) -INFANTE (Cochabamba) -Red Contra la Violencia (El Alto)	Capacitar a organizaciones de base, indígenas, originarias y campesinas en el derecho a vivir sin violencia.
4. Se ha difundido el derecho de las mujeres originarias, indígenas y campesinas a vivir sin violencia intrafamiliar.	Viceministerio de la Mujer.	-Diseñar contenidos -Ofertar a organizaciones: programa, materiales y metodología diseñados para su ejecución.	-CIDEM -Sartasim Warmi -CDIMA -Casa de la Mujer (Sta. Cruz) -Red ADA -Oficina Jurídica de la Mujer (Cochabamba) -Cruz Roja Boliviana -CEPRODES (Pando) -INFANTE (Cochabamba) -Red Contra la Violencia (El Alto)	Capacitar a organizaciones de base, indígenas, originarias y campesinas en el derecho a vivir sin violencia.
5. Ley 1674 y su reglamento perfeccionados para su mejor aplicación.	Viceministerio de la Mujer.	- Proponer reformas - Gestionar incorporación de reformas.	-Red Contra la Violencia (El Alto) -INFANTE (Cochabamba) -Casa de la Mujer (Sta. Cruz)	Apoyar con propuestas y espacios de análisis.
6. Operadores de Justicia sensibilizados para la aplicación de la Ley 1674.	Viceministerio de la Mujer.	-Diseñar contenidos -Ofertar a organizaciones: materiales y metodología diseñados para su ejecución.	Cruz Roja Boliviana -Oficina Jurídica de la Mujer (Cochabamba)	Sensibilizar a operadores de justicia con contenidos transferidos por VMM.
	Unidades Departamentales de Género	Apoyar transferencia de contenidos y metodologías a operadores de Justicia.		



**Cuadro 2**  
**EFFECTO II: MAESTROS Y MAESTRAS DEL SECTOR PÚBLICO DE LA EDUCACIÓN PREVIENEN, IDENTIFICAN Y REFIEREN LA VIF**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios estratégicos	Actividades de apoyo
2. Profundizar el tratamiento de la violencia en razón de género en el nivel primario	Ministerio de Educación VEEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fortalecer la línea de capacitación de prevención de la violencia en la escuela</li> <li>-Difundir y distribuir material proporcionado por VMM</li> <li>-Socializar la guía de detección y referencia de la VIF en Institutos Normales Superiores</li> <li>-Incluir capacitación sobre prevención de la violencia en razón de género en la escuela, en horas de libre disponibilidad de los Institutos Normales Superiores.</li> </ul>		
	Viceministerio de la Mujer	Elaborar material informativo referido a la violencia en razón de género en coordinación con la Reforma Educativa.		
2. Se han elaborado instrumentos dirigidos a docentes para detectar y referir la VIF en la escuela.	Ministerio de Educación- Reforma Educativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Publicar, difundir y distribuir la guía de detección y referencia de la VIF en la escuela en el nivel primario</li> <li>-Incorporar como parte de los procesos de capacitación dirigidos a docentes, orientaciones para la aplicación de la guía de referencia y detección de casos de VIF en la escuela</li> <li>-Establecer el flujo de referencia de los casos de VIF en la escuela</li> <li>-Maestros/as del sector educativo previenen y refieren la VIF a los mecanismos establecidos en el modelo de Referencia.</li> </ul>		

	Viceministerio de la Mujer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar guía de detección y referencia de la VIF y publicarlas</li> <li>-Impresión de Guía para el manejo de la VIF en la Escuela</li> <li>-Imprimir formularios de registros y referencia de la VIF</li> <li>-Difundir la guía de detección y referencia de la VIF en las redes de atención y prevención de la VIF</li> </ul>		
3. Currícula del nivel secundario incorpora prevención de la violencia en razón de género.	Ministerio de Educación.	Proporcionar insumos sobre la prevención de la violencia en razón de género orientadas al desarrollo curricular del Nivel Secundario		

### Objetivo Específico 2

Mejorar y ampliar la cobertura de la oferta de servicios de atención y mecanismos de prevención de la violencia intrafamiliar y violencia sexual en razón de género, hasta el 2007.

**Cuadro 3**

**EFFECTO III: SE HA INCREMENTADO EL NÚMERO DE SERVICIOS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES Y POR LO MENOS 60% DE LOS SLIMS CUENTAN CON PERSONAL CALIFICADO PARA ATENDER LA VIF**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios Estratégicos	Actividad de Apoyo
1. Mecanismos institucionales con la Policía Nal, Para el fortalecimiento de las Brigadas de Protección a la Familia	Viceministerio de la Mujer	Gestionar firma de convenio y dar cumplimiento a convenio		
	Policía Nacional	Dar cumplimiento a convenio		
2. Asignación de recursos para funcionamiento de las BPF	Policía Nacional	Asignar recursos suficientes para funcionamiento de BPF		
3. Contenidos y metodologías de capacitación específicos para las BPFs	Viceministerio de la Mujer	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diseñar contenidos</li> <li>-Ofertar materiales y metodología diseñados para su ejecución</li> <li>-Capacitar a capacitadores/as</li> </ul>		
	Policía Nacional	Capacitar a personal y BPF		
4. Asesoramiento a las BPF	Viceministerio de la Mujer	Proporcionar asesoramiento técnico		
	Viceministerio de Justicia	Asesorar técnicamente en el marco de la Ley 1674		

Cuadro 4

**EFFECTO IV: BPF CUENTAN CON INFRAESTRUCTURA Y PERSONAL CALIFICADO**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios Estratégicos	Actividad de Apoyo
1. Mecanismos institucionales con la Policía Nal, Para el fortalecimiento de las Brigadas de Protección a la Familia	Viceministerio de la Mujer	Gestionar firma de convenio y dar cumplimiento a convenio		
	Policía Nacional	Dar cumplimiento a convenio		
2. Asignación de recursos para funcionamiento de las BPF	Policía Nacional	Asignar recursos suficientes para funcionamiento de BPF		
3. Contenidos y metodologías de capacitación específicos para las BPFs	Viceministerio de la Mujer	-Diseñar contenidos -Ofertar materiales y metodología diseñados para su ejecución -Capacitar a capacitadores/as		
	Policía Nacional	Capacitar a personal y BPF		
4. Asesoramiento a las BPF	Viceministerio de la Mujer	Proporcionar asesoramiento técnico		
	Viceministerio de Justicia	Asesorar técnicamente en el marco de la Ley 1674		

Cuadro 5

**EFFECTO V: OPERADORES DE SALUD ATIENDEN Y REPORTAN TODOS LOS CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE VIF QUE LLEGAN A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios Estratégicos	Actividad de Apoyo
1. Perfeccionamiento de los procesos para detección y atención de la VIF y VS	Ministerio de Salud y Deportes	-Perfeccionar procesos de detección y atención de la VIF y VS contra las mujeres. -Capacitar en atención de la VIF y VS a personal de atención primaria en salud. -Elaborar y aplicar modelos para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua para operadores/as que trabajan con víctimas de VS y VIF		
	Viceministerio de la Mujer	Apoyar en desarrollo de metodologías		
2. Se cumple con la entrega de certificados médicos a víctimas de la VIF.	Ministerio de Salud y Deportes	Cumplir con el otorgamiento de certificados médicos a víctimas de VIF en el marco de la Ley		
3. SNIS registra y reporta casos de VIF y VS en razón de género	Ministerio de Salud y Deportes	-Reincorporar en el SNIS tratamiento específico de información de VIF y VS desegregada por género		
4. operadores de salud sensibilizados y capacitados	Ministerio de Salud y Deportes	Sensibilizar y capacitar a operadores de salud		

**Cuadro 6**  
**ACTIVIDADES COMUNES A LOS EFECTOS III, IV Y V**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios Estratégicos	Actividad de Apoyo
a) Instrumentos conceptuales y técnicos de atención especializada a la violencia sexual elaborados y aplicados	Viceministerio de la Mujer	-Diseñar contenidos en coordinación con ONGs: -Ofertar a organizaciones programa, materiales y metodología diseñados para su ejecución	-Oficina Jurídica de la Mujer (Cochabamba) -Red Contra la Violencia El Alto/PROMUVIF	Capacitar y aplicar en ciudades de La Paz, Santa Cruz y El Alto y en otras áreas según ámbito de influencia
	UDGs	Apoyar en transferencia		
	Ministerio de Salud y Deportes	Capacitar y sensibilizar a operadores de salud		
b) Capacitación permanente para personal de servicios de atención a la VIF en funcionamiento	Viceministerio de la Mujer	-Diseñar contenidos y ofertar a organizaciones programa, materiales y metodología para su aplicación; -Elaborar y socializar estrategia para funcionamiento de casas de refugio	-CEPRODES (Pando) -Red ADA -Cruz Roja Boliviana -Sartasim Warmi	Capacitar y aplicar contenidos y metodología
	Viceministerio de Justicia	-Capacitar y asesorar a personal de casas de refugio		
	UDGs	Apoyar en transferencia		
c) Comité Interministerial para el abordaje de la lucha contra la violencia articulado	Ministerio de Salud y Dep.	Conformar, participar y articular Comité		
	Viceministerio de la Mujer	Participar en Comité		
	Vicemin. Particp. Popular, Vicemin. Justicia, BPF, Def. del Pueblo, Vicemin, J.N.T.E.	Participación en el Comité		

Cuadro 7

**ACTIVIDADES COMUNES A TODOS LOS EFECTOS**

Indicadores de causa	Responsables	Actividad	Socios Estratégicos	Actividad de Apoyo
d) Se han articulado y fortalecido redes municipales de prevención y atención a la VIF y VS (estrategia concertada)	Viceministerio de la Mujer	-Promover conformación de redes -Seguimiento y evaluación a su funcionamiento	-AMPUEI (Pando) -OMED-Mujer Nueva -Oficina Jurídica de la Mujer (Cochabamba) -Red Contra la Violencia El Alto	-Conformar redes - Participar en acciones de prevención y atención a la VIF y VS
	Unidades Departamentales de Género	-Apoyar promoción de redes;		
	Ministerio de Salud y Deportes	-Realizar seguimiento y evaluación departamental		
e) Estudios e investigaciones sobre impacto de la VIF en aspectos socioeconómicos en el país	Viceministerio de la Mujer	En el proceso de capacitación a operadores, incluirá u acápites para el tratamiento de las denuncias de VIF y VS	-UMSA - Departamento de Salud Pública de la Fac. de Medicina -Cruz Roja Boliviana	Estudio de prevalencia de la VIF y VS en Sucre y Potosí
	Universidades	Realizar investigaciones de manera individual o coordinada y difundir resultados		
	Ministerio de Participación Popular	Orientar trabajos de tesis referidos a la VIF en razón de género		
f) Articular acciones con organizaciones e instituciones de la sociedad civil	Viceministerio de la Mujer	Promover la Participación de Organizaciones e instituciones, para realizar acciones conjuntas	Organizaciones de la sociedad civil	
g) Seguimiento y permanente retroalimentación de las acciones señaladas	Viceministerio de la Mujer			

## **ANEXO 2**

### **Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar**

#### **1. Normas generales**

##### **Norma 1**

Todo personal de los servicios de Salud tiene la responsabilidad de “identificar” y prestar atención integral a toda persona víctima por Violencia Intrafamiliar, de acuerdo a sus específicas funciones, capacitación recibida y nivel profesional; en el marco de la Ley 1674/95 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica.

##### **Norma 2**

Todo personal de salud que reciba o preste atención a víctimas de violencia deberá notificar estos hechos al Sub-sistema de Vigilancia Epidemiológica a través del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) y valorar la oportunidad de una denuncia de acuerdo al artículo 24 de la Ley 1674/95 y Ley 1403/93 (Código del Niño, Niña y Adolescente en actual vigencia).

##### **Norma 3**

Todo médico/a que trabaje en instituciones públicas de salud, tiene la obligación de extender Certificado Médico sin requerirse la especialidad o la intervención de un médico/a forense, de acuerdo al artículo 37 de la Ley 1674/95.

##### **Norma 4**

Todo recurso humano que desarrolle funciones gerenciales en las diferentes unidades del Sistema de Salud, tendrá la responsabilidad de promover espacios de capacitación y actualización sobre la temática, dirigido al personal de salud a su cargo.

#### **2. Normas de estructura**

##### **Norma 5**

El nivel nacional al desarrollar su rol normatizador, regulador, modulador, evaluador y fiscalizador, promoverá la institucionalización y la sostenibilidad del abordaje de matemática dentro del sector.

##### **Norma 6**

En los niveles departamentales del Ministerio de Salud y Previsión Social (SEDES), se realizará la planificación de acciones para la gestión del Programa Prioritario de Salud Pública: Violencia Intrafamiliar en base al Plan Estratégico de Salud (PES9 definido a nivel nacional).

##### **Norma 7**

En los Distritos Sanitarios, se desarrollarán actividades de concertación multisectorial, coordinación con Alcaldes, Policía, Sector Legal y otros actores de presencia local dirigidas a establecer un abordaje integral de la problemática de Violencia Intrafamiliar (Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar)

**Norma 8**

En el Área de Salud, que constituye el primer nivel de atención, los servicios deberán responder adecuadamente a la demanda, así como desarrollar acciones destinadas a la prevención de la Violencia y la promoción de estilos de vida saludables, en base a la estrategia de la Medicina Familiar.

**3. Normas de procedimiento****Norma 9**

Toda persona afectada por violencia intrafamiliar, debe ser atendida en condiciones adecuadas sin discriminación de su nivel socioeconómico, respetando sus valores y creencias, sin distinción de grupo étnico, edad o sexo.

**Norma 10**

Para obtener el diagnóstico debe realizarse una completa anamnesia y examen físico, así como otros complementarios en caso necesario.

**Norma 11**

Toda persona víctima de Violencia Intrafamiliar debe ser sometida al tratamiento de las lesiones físicas de acuerdo a las características, gravedad y nivel de complejidad de los Servicios de Salud.

**Norma 12**

En caso de existir, debe preservarse probables pruebas físicas (ropa con sangre, cabellos, y otros líquidos corporales) en bolsas de nylon o en otros materiales que garanticen el aislamiento de las presuntas pruebas. Estas pruebas pueden resultar de mucha importancia cuando se presentan implicaciones legales y deberán entregarse a las autoridades competentes en caso de requerirse.

**Norma 13**

El tratamiento a las personas víctimas de Violencia Intrafamiliar debe incluir el abordaje emocional para lo cual, se utilizarán procedimientos de Consejería en Salud.

**Norma 14**

La prestación de salud, debe completarse considerando las necesidades de atención integral y la gravedad de las lesiones presentadas mediante el uso de Referencias y Contrarreferencias a otros actores o instancias institucionales u organizaciones disponibles en la comunidad, como: la Policía, Brigadas de Protección a la Familia, Sector Judicial, ONG's, Grupos comunitarios, Grupos de Autoayuda y otros.

**Norma 15**

Todo personal de salud que preste atención a toda persona víctima de Violencia Intrafamiliar, debe registrar y mantener información vigente sobre el problema.

**Norma 16**

Todas las acciones de información, educación, como procesos de capacitación, deben incorporarse en forma sostenida impulsado con el esfuerzo multisectorial y de la comunidad, para fortalecer las condiciones personales y prevenir el desarrollo de las prácticas agresivas que pueden originar lesiones o muertes.

**Norma 17**

Restablecer funciones físicas, mentales y sociales a las personas afectadas por violencia intrafamiliar, a través de procedimientos médicos o servicios sociales.

**ANEXO 3****Personas e instituciones entrevistadas****Ministerio de Salud**

Lic. Ruth Barral, Directora a.i. del Programa de Género y Violencias.

Dra. Cecilia Prieto, Directora del Programa de Desarrollo Integral de los y las Adolescentes.

**Viceministerio de la Mujer**

Lic. Martha Ribera

Directora de Género y Generacionales

**Programa OPS/ OMS**

Dra. Dora Caballero

Consultora Nacional, Violencia contra la Mujer

**Red de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar de El Alto**

Lic. Mery Marka, Presidenta.

Dr. Wilfredo Aguilar, Responsable de Seguimiento.

**Hospital Holandés**

Dr. Gonzalo Rivera, Responsable del Programa de Salud Mental.

Lic. Gladys Portanda, Trabajadora Social

**Hospital Los Andes**

Dra. Cecilia Uribe, Médica General

Lic. Bestasabé Ramírez, Trabajadora Social.

**CIES**

Dr. Prudencio, Director

Dra. Médico General

Carmen Mamani, Trabajadora Social

Lic. Marilín Lara Psicóloga

**Dirección de Género y Gestión Social del Municipio de El Alto**

Lic. Claudia Vásquez, Directora



**Servicio Legal Integral Municipal - Distrito I**

Dra. Gladys Paredes Oblitas; Abogada

Lic. Paola Miranda, Psicóloga

**CESIM**

Dra. Ana Aguilar, Directora

**CIDEM**

Lic. Mery Marka, Coordinadora oficina El Alto

**Dirección Municipal de Salud (DIMUSA)**

Dr. Freddy Armijo, Director

Lic. Irma Quelka, Responsable Programa Adolescentes

**Servicio Regional de Salud SERES**

Dr. Adhemar Rodas, Director

Dr. Huaricallo Ex Director

**Brigada de Protección a la Familia**

Tre. Crnl. Maritza Espinoza, Comandanta

Policía 1

Policía 2

**7 Mujeres que asistieron a centros de salud****Entrevista para mujeres****I. Datos generales**

Lugar.....

Servicio de salud:.....

Nombre:.....Edad.....

Años de residencia en El Alto

**Estado civil**

Soltera

Casada

Concubina

Separada

Divorciada

Viuda

## Educación

Último curso de educación:.....

## Ocupación

Actualmente trabaja fuera del hogar SI/NO

N° de hijos/as..... Edad de los hijos/as

## Datos de la pareja

Edad.....

Ocupación actual:.....

Educación: Ultimo curso.....

## II. Experiencia en el centro de salud

1. ¿Por qué motivo acude o acudió al centro de salud?
2. ¿Es la primera vez que fue al centro de salud por esa causa? Si /No. ¿Cuándo fue la última vez que fe a una consulta médica por esta causa?
3. ¿Quién la atendió (médico, enfermera, auxiliar)?
4. ¿Cómo fue la consulta médica que le han preguntado?
5. ¿Le preguntaron si sufría violencia de parte de su pareja? Si ; No
6. ¿Cómo el medico/a u otro personal del centro de salud se dio cuenta que usted sufría violencia de su pareja?
7. ¿Qué información le dieron? ¿Fue clara, sencilla y comprensible?
8. ¿Le han escuchado con atención y respeto? ¿Cómo le han atendido? (enfermera, medico, etc.)
9. ¿Cuánto tiempo le han atendido? ¿Y el tiempo fue suficiente?
10. ¿Usted ha preguntado y le han aclarado sus dudas? ¿Cómo se ha sentido?
11. ¿A dónde o con quien la han referido? (Interna: trabajadora social, psicóloga u otra del mismo servicio. Externas: Brigada de la Familia, SILS, u otros)
12. ¿Solicitó ud. certificado médico? ¿Y le explicaron para que servia este certificado? Si no le dieron, ¿Sabía ud. que deben dárselo?
13. ¿Cuánto le cobraron por el certificado médico?
14. ¿Qué hizo o para que le sirvió el certificado médico?
15. Luego de salir del centro médico ¿Qué hizo? ¿Alguien del centro de salud la acompañó o le dio referencias para la denuncia?
16. ¿Volvió a sufrir violencia de parte de su pareja?
17. ¿Qué acciones realizó?,(denuncia, silencio, aviso a su parientes, etc)
18. ¿Quién la apoya en este problema? (amigas parientes, personal de servicio legal, iglesia, vecinos, etc.)
19. ¿Asiste a algún centro de ayuda a victimas de violencia?

## Información sobre la ley

20. ¿Sabe usted que los centros de salud deben prestar apoyo a las víctimas de violencia?
21. ¿Qué otras instituciones conoce usted de atención a víctimas de violencia?
22. ¿Fue alguna vez a estos centros? Si/NO, ¿Por qué? ¿Cómo le atendieron? ¿Qué le dijeron? ¿Le ayudó a resolver su problema?
23. ¿Conoce las actividades que realiza la Red contra la violencia? ¿Qué instituciones componen la Red?
24. Según usted ¿Cómo debería ser la atención en el centro de salud a las mujeres que sufren violencia?
25. ¿Conoce usted la ley 1674 Contra La violencia doméstica? Como se entero sobre su existencia?
26. ¿Se debe dar mayor información sobre la ley 1674 y las instituciones que atienden este problema?
27. ¿Cómo le gustaría recibir información? (radio, folletos,TV. lenguaje, etc.)

## Capacitación

28. ¿Participó o participa en cursos de capacitación sobre violencia intrafamiliar?
29. Si participó, ¿en que le ayudó?

## Balance

30. ¿Cree usted que la ley contra la violencia ayuda a mujeres víctimas de VIF? Por qué?
31. ¿Qué les diría a otras mujeres que sufren de violencia por parte de su pareja?

Fecha de la Entrevista.....

Entrevistadora.....

## Entrevista a proveedores de servicios de salud

### I. Datos generales

Nombre del / la informante

Institución

Cargo

Profesión

Años de trabajo en la institución

Nivel de Atención en Salud del Centro

Dependencia

Servicios que presta

## II. Atención a las víctimas de violencia doméstica

1. ¿Cuántos casos de violencia conyugal atendió su institución en el último mes.....?
2. ¿Cuáles son los meses de mayor casos de violencia que se presenta en la institución?  
¿A que se deben estos?
3. ¿Las mujeres que asisten al centro de salud vienen por problemas de violencia o son otros los motivos por los que asisten a la consulta?
4. ¿Cómo se dan cuenta que una mujer es víctima de violencia intrafamiliar? ¿Qué actitud asume: indaga, o es referida por la Brigada, SLIMs, ONGs. O se calla. ¿Por qué?
5. En caso de violencia contra las mujeres, ¿Cuál es el proceso que sigue o cumple su institución? ¿Deriva a las mujeres para ser atendidas en instituciones especializadas? ¿Cuáles y cómo?
6. ¿Usted o la institución en la que trabaja, realizan el seguimiento de los casos de derivados y atendidos. ¿Cómo?
7. ¿Qué casos de violencia son los más frecuentes que atiende la institución?  
¿Física, Psicológica o Sexual?
8. ¿Cuáles son las acciones directas que realiza?(según los casos de violencia).
  - Detección
  - Registro
  - Atención: (aplicación de la anticoncepción de emergencia, atención de emergencia en caso de lesiones y derivaciones?)
  - Derivación
  - Denuncia
  - Seguimiento

## III. Calidad y calidez en la atención

1. En su opinión ¿Cómo se debe tratar a las víctimas de VIF? ( lenguaje respeto y confidencialidad) Ejemplos
2. ¿Toma en cuenta si la víctima es del área rural o urbana?
3. La atención la realiza en idioma de la víctima si es necesario, acude a interpretes o no vio importante el uso del idioma de la víctima.
4. ¿Dispone usted del tiempo necesario para atender a víctimas de VIF?
5. A su juicio, ¿cuál son las causas de violencia contra las mujeres?
6. ¿Por qué cree que las mujeres no denuncian la violencia?
7. ¿Cómo cree usted que la VIF afecta a mujeres, a la sociedad, a la familia, etc.?
8. ¿Cuál ha sido su experiencia en la atención a mujeres víctimas de violencia? ( sentimientos, indiferencia, etc.)
9. ¿Qué hace falta para una mejor atención?

## IV. Capacitación

1. ¿Se promueve en la institución la capacitación al personal en temas de violencia intrafamiliar?
2. ¿Participó en cursos de capacitación sobre VIF o VD, que contenidos se abordaron? Puede mencionar a que cursos fue y a cuantos?
3. ¿Conoce el contenido de la Ley 1674, ha recibido capacitación al respecto?
4. ¿Conoce las normas y protocolos y procedimientos de atención a las VIF o VD?
5. ¿Ha sido capacitado/a en la utilización de los instrumentos de atención a las víctimas de violencia?
6. ¿Cuenta con los recursos necesarios para la atención de estos casos? (Formularios, Medicamentos, Instrumental, etc.)
7. ¿Cómo se utilizan los registros de VIF en la institución, en redes u otras instancias?
8. ¿Se siente usted suficientemente preparado/a para atender estos casos?
9. En su opinión ¿cuáles deben ser las capacidades y competencias que deben tener quienes atienden a víctimas de VIF en los servicios de salud?
10. En su opinión ¿es efectiva la capacitación? ¿Cuáles son los principales logros y dificultades o limitaciones?

## V. Registros

1. ¿El servicio de salud, aplica el SNIS? Si No ¿Por que? ¿Utilizan algún otro sistema o registro?
2. ¿Cuántos casos de violencia contra la mujer han sido denunciados o derivados a otras instancias en los últimos 6 meses?
3. ¿Cuál es la boleta donde se registra los casos de violencia contra las mujeres?
4. Dificultades en el llenado del registro? (Humanas, de infraestructura y equipamiento)
5. ¿Cuál es la utilidad del registro de los casos de violencia contra las mujeres?

## VI. Coordinación interinstitucional

1. ¿Con qué instituciones coordina en casos de violencia? (Brigada de protección a la familia (SLISOngs) ¿Para que?
2. ¿Qué dificultades y ventajas encuentra en estas coordinaciones?
3. ¿Cuál son a su juicio las normas y protocolos que no se cumplen? ¿por que?
4. ¿Cuáles son las normas y protocolos que se cumplen? ¿por que?
5. En su opinión esta coordinación es efectiva para la aplicación y cumplimiento de la ley

6. ¿Qué aspectos de esta coordinación deben fortalecerse y que aspectos deben incorporarse.
7. ¿Conoce las actividades que realiza la Red de Prevención y Atención de Violencia Intrafamiliar en la ciudad de El Alto?
8. ¿Participa la institución de alguna manera?
9. ¿Participa usted? ¿Cómo?
10. Dificultades, logros y ventajas de la Red

## VII. Información y difusión

1. ¿Qué actividades desarrolla la Red relacionadas con la difusión de la Ley, de servicios de atención a la VIF? (campañas, programas radiales, TV, otros).
2. ¿Qué problemas o facultades se encuentran en estas actividades de difusión?
3. En su opinión ¿cómo se pueden mejorar estas acciones de difusión?

## Balance final

¿Cuánto ha avanzado el país en cuanto a la prevención, atención y erradicación de la VIF?  
Dificultades y debilidades en el cumplimiento de la ley contra la violencia doméstica.

## Entrevista a integrantes de la red contra la violencia intrafamiliar o doméstica

### I. Datos generales

Nombre  
Institución  
Profesión  
Cargo que ocupa en la Red  
Fecha de realización de la Entrevista  
Nombre de la Entrevistadora

### II. Organización y actividades de la red

1. ¿Qué instituciones, organizaciones conforman la Red
2. ¿Cuántos años de existencia tiene?
3. ¿Cuál es el objetivo de la Red?
4. ¿Cuál es la principal actividad que realiza la RED?
5. ¿Cómo funciona la red? (Organización, actividades, responsables, etc.)
6. ¿Cómo se financia la Red?
7. ¿Cuáles Son los principales logros de la Red?
8. ¿Cuáles son las principales dificultades de la Red?

### III. Aspectos jurídicos

1. Principales aportes de la Ley de violencia doméstica (1674) en el país .
2. Problemas y dificultades en su aplicación
3. Desafíos y perspectivas en la aplicación de la ley
4. ¿Cuáles son los principales problemas en la aplicación de procedimiento? (normas, protocolos, etc.)

### IV. Recursos y capacitación

1. En su opinión ¿cuáles deben ser las capacidades y competencias que deben tener quienes atienden a víctimas de VIF en los servicios de salud?
2. ¿La red realiza cursos de capacitación sobre VIF para el personal de las instituciones que la componen? ¿Quién capacita? ¿Cuánto tiempo dura? ¿Quién financia? ¿Existen incentivos para la participación en la capacitación? ¿Qué materiales se emplean (módulos, cartillas, etc.). se realiza un seguimiento?
3. ¿Cuáles son los principales contenidos de la capacitación: ley 1674, procedimientos, protocolos, instrumentos sensibilización en género?
4. En su opinión, ¿es efectiva la capacitación? ¿Cuáles son los principales logros y dificultades o limitaciones.?

### V. Coordinación interinstitucional

1. ¿Con qué instituciones coordina la Red, en relación de VIF. ) A nivel nacional, municipal, etc.) y ¿para qué?
2. ¿Qué dificultades y ventajas encuentra en estas coordinaciones?
3. En su opinión, ¿esta coordinación es efectiva para la aplicación de la Ley 1674?
4. ¿Qué aspectos de esta coordinación deben fortalecerse, y que aspectos deben incorporarse?
5. ¿Cómo coordinan con el Ministerio de Salud y con el Viceministerio de la Mujer?

### VI. Información y difusión

1. ¿Qué actividades desarrolla la Red relacionadas con la difusión de la Ley, de servicios de atención a la VIF? (campañas, programas radiales, TV, otros).
2. ¿Qué problemas o facultades se encuentran en estas actividades de difusión?
3. En su opinión, ¿cómo se pueden mejorar estas acciones de difusión?

### VII. Sistema de información

1. ¿Cómo funciona el SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) en el registro de casos de VIF?
2. ¿Los datos del SNIS son utilizados por la Red? ¿Cómo? ¿Cuáles son las ventajas y dificultades?

3. ¿Conoce y/o aplican el Sistema Municipal de Información en Violencia.? Ventajas y dificultades.

## **Entrevista responsables de programas y planes contra la violencia intrafamiliar o domestica**

### **I. Datos generales**

Nombre  
Institución  
Profesión  
Cargo que ocupa  
Fecha de realización de la Entrevista  
Nombre de la Entrevistadora

### **II. Organización y actividades**

1. ¿Cuál es el Programa o Plan que Usted dirige o dirigía?
2. ¿De qué instancia depende?
3. ¿Cuándo se inició?
4. ¿Cuál es el objetivo y cuales son sus atribuciones?
5. ¿Cuál es el enfoque sobre la VIF que adopta el Plan o programa?
6. ¿Cuáles son la principales actividades o componentes del Plan o Programa?
7. ¿Cómo funciona?(Organización, actividades, responsables, etc.)
8. ¿Cuenta con una estrategia, con que horizonte de tiempo?
9. ¿Cómo se financia?
10. ¿Se cuenta con informes parciales o de resultados?
11. ¿Cuáles son los principales logros del plan o programa?
12. ¿Cuáles son las principales dificultades del plan o programa?
13. ¿Cuáles son sus perspectivas?

### **III. Aspectos jurídicos**

1. Principales aportes de la Ley de violencia doméstica (1674) en el país.
2. Problemas y dificultades en su aplicación
3. Desafíos y perspectivas en la aplicación de la ley
4. ¿Cuáles son los principales problemas en la aplicación de procedimiento? (normas, protocolos, etc.)



#### **IV. Recursos y capacitación**

1. En su opinión, ¿cuáles deben ser las capacidades y competencias que deben tener quienes atienden a víctimas de VIF en los servicios de salud?
2. ¿El Plan o programa contempla capacitación sobre VIF para el personal de salud? ¿Cuál es su cobertura? ¿Quién capacita? ¿Cuánto tiempo dura? ¿quién financia? ¿Existen incentivos para la participación en la capacitación? ¿Qué materiales se emplean (módulos, cartillas, etc.)? ¿Se realiza un seguimiento?
3. ¿Cuáles son los principales contenidos de la capacitación: ley 1674, procedimientos, protocolos, instrumentos, sensibilización en género?
4. ¿Existen informes o sistematizaciones sobre los programas de capacitación?
5. ¿En su opinión eso efectiva la capacitación? ¿Cuáles son los principales logros y dificultades o limitaciones?

#### **V. Coordinación interinstitucional**

1. ¿Con qué entidades del estado, la cooperación organizaciones o instituciones privadas se coordina? (a nivel nacional, municipal, etc.) y ¿Para que?
2. ¿Qué dificultades y ventajas encuentra en estas coordinaciones?
3. En su opinión, ¿ésta coordinación es efectiva para la aplicación de la Ley 1674?
4. ¿Qué aspectos de esta coordinación deben fortalecerse, y que aspectos deben incorporarse?
5. ¿Cómo coordinan con el Ministerio de Salud? Y con el Viceministerio de la Mujer?

#### **VI. Información y difusión**

1. ¿Qué actividades desarrolla El Plan o Programa relacionadas con la difusión de la Ley, de servicios de atención a la VIF? (campañas, programas radiales, TV, otros).
2. ¿Qué problemas o facultades se encuentran en estas actividades de difusión?
3. En su opinión, ¿cómo se pueden mejorar estas acciones de difusión.?

#### **VII. Sistema de información**

1. ¿Cómo funciona el SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) en el registro de casos de VIF?
2. ¿Los datos del SNIS son utilizados por Plan o Programa? ¿Cómo? ¿Cuáles son las ventajas y dificultades?
3. ¿Conoce y/o aplican el Sistema Municipal de Información en Violencia? Ventajas y dificultades.

## Balance final

¿Cuánto ha avanzado el país en cuanto a la prevención, atención y erradicación de la VIF?

Dificultades y debilidades en el cumplimiento de la ley contra la violencia doméstica.

## GLOSARIO DE SIGLAS

<b>BPF</b>	Brigada De Proteccion A La Familia
<b>CESIM</b>	Centro De Salud Integral De La Mujer
<b>DNI</b>	Defensa Del Niño Internacional
<b>GMEA</b>	Gobierno Municipal El Alto
<b>OPS</b>	Organización Panamericana Para La Salud
<b>ONG's</b>	Organizaciones No Gubernamentales
<b>PES</b>	Plan Estratégico De Salud
<b>PROMOVIF</b>	Programa Municipal De Violencia Intrafamiliar
<b>PDD</b>	Planes De Desarrollo Departamentales
<b>PDM</b>	Programa De Desarrollo Municipal
<b>PGDES</b>	Plan General De Desarrollo Económico Y Social
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional De Información En Salud
<b>SEDES</b>	Servicios Departamentales De Salud
<b>SLIM's</b>	Servicios Legales Integrales Municipales
<b>UCOS</b>	Unidades Comunitarias De Orientación Vecinal
<b>VIF</b>	Violencia Intrafamiliar



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

mujer y desarrollo

### Números publicados

**El listado completo de esta colección, así como las versiones electrónicas en pdf están disponibles en nuestro sitio web: [www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)**

84. Violencia contra la mujer en la pareja: Respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia (LC/L.2721-P), Eliana Arauco Lemaitre, Rosario Mamani Apaza, Jimena Rojas Silva, No de venta: S.07.II.G.62, 2007.
83. Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares. Restricciones y potencialidades, Vivian Milosavljevic y Odette Tacla, (LC/L.2709-P), No de venta: S.07.II.G.57, 2007.
82. Trabajo, educación y salud de las niñas en América Latina y el Caribe. Indicadores elaborados en el marco de la plataforma de Beijing, Daniela Zapata, (LC/L.2708-P), No de venta: S.07.II.G.56, 2006.
81. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Colombia, Silvia Lara, (LC/L.2612-P), N° de venta: S.06.II.G.137, 2006.
80. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Ecuador, Silvia Lara, (LC/L.2611-P), N° de venta: S.06.II.G.136, 2006.
79. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Paraguay, Claudia Giacometti, (LC/L.2577-P), N° de venta: S.06.II.G.107, 2006.
78. Destinatarios y usos de remesas. ¿Una oportunidad para las mujeres salvadoreñas?, Diana Santillán y María Eugenia Ulfe, (LC/L.2455-P), N° de venta: S.05.II.G.202, 2006.
77. Un marco de análisis para el fomento de las políticas de desarrollo productivo con enfoque de género, Alma Espino, (LC/L. 2437-P), N° de venta: S.05.II.G. 183, 2005.
76. Redes e institucionalización en Ecuador. Bono de desarrollo humano, Amparo Armas, (LC/L. 2405-P), N° de venta: S.05.II.G. 152, 2005.
75. Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe, Luz Rioseco, (LC/L.2391-P), N° de venta: S.05.II.G.134, 2005.
74. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Guatemala, Isolda Espinosa, (LC/L.2378-P), N° de venta: S.05.II.G.122, 2005.
73. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de la República Bolivariana de Rep. Bolivariana de Venezuela, Rosa Bravo, (LC/L.2377-P), N° de venta: S.05.II.G.121, 2005.
72. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Argentina, Claudia Giacometti, (LC/L.2368-P), N° de venta: S.05.II.G.109, 2005.
71. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Bolivia, Rosa Bravo y Daniela Zapata, (LC/L. 2367-P), N° de venta: S.05.II.G. 108, 2005.
70. La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina, Claudia Serrano, (LC/L.2364-P), N° de venta: S.05.II.G.103, 2005.
69. Políticas de empleo en la planificación turística local de Ecuador. Herramientas para su formulación, Martha Ordóñez Andrade y Flavia Marco Navarro, (LC/L.2346-P), N° de venta: S.05.II.G.85, 2005
68. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Nicaragua, Isolda Espinosa G., (LC/L.2353-P), N° de venta: S.05.II.G.92, 2005.
67. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de México, Instituto Nacional de las Mujeres, (LC/L.2339-P), N° de venta: S.05.II.G.83, 2005.
66. A pobreza e as políticas de gênero no Brasil, Hildete Pereira de Melo y Lourdes Bandeira, (LC/L.2322-P), N° de venta: P.05.II.G.67, 2005.

65. El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad, Rosario Aguirre, Cristina García y Cristina Carrasco, (LC/L.2324-P), N° de venta: S.05.II.G.71, 2005.
64. Sector financiero y empleo femenino. El caso uruguayo, Alma Espino, (LC/L.2323-P), N° de venta: S.05.II.G.70, 2005.
63. Os programas de combate a pobreza no Brasil e a perspectiva de gênero no periodo 2000-2003: avanços e possibilidades, Ceres Alves Prates y M. Beatriz B. Nogueira, (LC/L.2309-P), N° de venta: P.05.II.G.58, 2005.
62. El empleo en los servicios financieros. Costa Rica: buenas y no tan buenas noticias..., Juliana Martínez Franzoni, (LC/L.2295-P), N° de venta: S.05.II.G.43, 2005.
61. Demandas de capacitación del sector financiero. Sesgos de género y evaluación por competencias, Mariela Quiñónez Montoso, (LC/L.2267-P), N° de venta: S.05.II.G.20, 2005.
60. Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud de Córdoba, Argentina. Aporte para políticas laborales más equitativas, Jacinta Burijovich y Laura C. Pautáis, (LC/L.2250-P), N° de venta: S.05.II.G.8, 2005.
59. Trayectorias laborales en el sector financiero. Recorridos de las mujeres, Amalia Mauro (LC/L.2177-P), N° de venta: S.04.II.G.104 (US\$ 10.00), 2004.
58. El empleo en el sector financiero en Chile, Amalia Mauro (LC/L.2172-P), N° de venta: S.04.II.G.107 (US\$ 10.00), 2004.
57. Políticas de género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina, Judith Astelarra (LC/L.2154-P), N° de venta: S.04.II.G.82 (US\$ 10.00), 2004.
56. Legislación laboral en seis países América Latina. Avances y omisiones para una mayor equidad, Eleonor Faur, Natalia Gherardi y Laura C. Pautassi (LC/L.2140-P), N° de venta: S.04.II.G.68 (US\$ 10.00), 2004.
55. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú, Rosa Bravo (LC/L.2126-P), N° de venta: S.04.II.G.53 (US\$ 10.00), 2004.
54. Sistemas electorales y representación femenina en América Latina, Line Bareiro, Oscar López, Clyde Soto, Lilian Soto (LC/L.2077-P), N° de venta S.04.II.G.20 (US\$ 15.00), 2004.
53. Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina, Elizabeth Peredo Beltrán (LC/L.2066-P), N° de venta: S.04.II.G.09 (US\$ 10.00), 2004.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org)

Nombre: ..... Actividad: ..... Dirección: ..... Código postal, ciudad, país: ..... Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------