



RESPONDIENDO A LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES



Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Entre Nous es una publicación de:
Programa de Investigación y Salud Reproductiva
Oficina Regional Europea de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø
Dinamarca
Tel. (45) 3917 1602
Fax: (45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Jacqueline Bryld

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Tom om bord, Dinamarca.

www.toombord.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca. Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad en Bulgaria, en el marco de un proyecto del FNUAP.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34. 28027-Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados en Entre Nous, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada arriba.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485
NIPO: 207-07-002-4

Editorial

Por Elena Salgado, Ministra de Sanidad. España

3

Violencia contra las Mujeres en la Región Europea de la OMS: Visión General

Por Inge Baumgarten y Dinesh Sethi

4

Estrategias para la prevención de la mutilación genital femenina en Europa

Por Els Leye y Cornfort Momoh

8

Violencia y tráfico de mujeres en Europa: ¿Son una prioridad para los programas de VIH?

Por Charlotte Watts, Cathy Zimmerman y Brenda Roche

10

Asegurar recursos de acogida y apoyo para las mujeres víctimas de violencia

Por Rosa Logar, Maria Pohn-Weidinger y Martina K. Steiner

13

Acción coordinada: trabajar en red

Por Sabine Bohne y Renate Klein

14

Romper el silencio sobre la violencia en Letonia

Por Liva Biseniece y Aiga Rurane

15

Contexto social de la violencia entre adolescentes

Por Thorolfur Thorlindsson

16

Abordaje de la violencia durante el embarazo en la República de Moldavia

Por Valentina Baltag y Katie Cosgrove

18

Violencia contra las mujeres en Turquía

Por Nüket Paksoy Suba i y Ay e Akin

20

Creación de una red de trabajo para la prevención de la violencia de género en la Federación Rusa

Por Lidia Bardakova y Julia Kachalova

22

Violencia contra las mujeres en la antigua República Yugoslava de Macedonia. Responsabilidad y desafíos de la prevención

Por Fimka Tozija, Dragan Gjorgjev, Dimitrinka Jordanova, Marija Raleva

24

Actitudes y experiencias ante el abuso sexual en la adolescencia en Estonia

Por Kristel Altosaar

26

Europa contra la violencia hacia la infancia, la juventud y las mujeres

Por Ingrid Bellander Todino

28

Recursos en Internet

Por Jacqueline Bryld

29

Recursos

30

Page 10

Page 13

Page 16

Page 22

Page 30



Ilustración de cubierta: ©BAM/Fie Johansen

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

D. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dra. Helle Karro

Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

Dr. Evert Ketting

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos Utrecht, Países Bajos.

Dra. Malika Ladjali

Especialista Principal del Programa. UNESCO/ Dirección zonal París.

Dña. Adriane Martín Hilber

Oficiala Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, Ginebra.

Dña. Nell Rasmussen LLM

Directora PRO-Centret, Copenhague

Dr. Peer Sieben

Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

Dña. Vicky Clays

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

Dr. Robert Thomson

Consejero sobre Sexualidad, Salud Reproductiva y Derechos Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)



“Debemos dejar de considerar la violencia contra las mujeres como un problema que sólo les afecta a las mujeres. Constituye, un grave problema social y de salud pública, tanto por su magnitud como por las serias repercusiones que conlleva para la seguridad colectiva y la salud de las familias y de la sociedad”.

La violencia contra las mujeres es una manifestación de la relación históricamente desigual entre mujeres y hombres. Este tipo de violencia se ha perpetuado a través de la historia, de la socialización y de su legitimación como forma aceptable de resolver conflictos.

En 1981, activistas por los derechos de las mujeres, hicieron presión a favor de que el 25 de noviembre, día en que, en 1961, fueron asesinadas las tres hermanas Mirabel, fuera elegido como el día de la violencia contra las mujeres. Así, en 1999, la Asamblea General de Naciones Unidas, designó el 25 de noviembre como el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. Esta resolución es consecuencia del creciente movimiento internacional de rechazo a la violencia contra las mujeres, incentivado por los 16 Días de Acción contra la Violencia de Género, que, este año, insta a todos los gobiernos para que aborden la relación existente entre la violencia contra las mujeres y la pandemia del VIH/SIDA; estrategia apoyada por Naciones Unidas para alcanzar con éxito las Metas de Desarrollo para el Milenio.

Como presidenta de la Asamblea Mundial de la Salud, en 2005, propuse, durante el discurso inaugural de la 58ª Asamblea, que el mayor desafío de este siglo debería ser la lucha contra las desigualdades en el ámbito de la salud. Las mujeres representan más de la mitad

de la población mundial y tienen un papel importante como promotoras de la salud dentro de las familias y las comunidades. Para luchar efectivamente contra las desigualdades en lo relativo a la promoción, prevención, tratamiento, atención e investigación en el ámbito de la salud debería tomarse en consideración la situación de la población femenina. Muchas mujeres y niñas viven y experimentan situaciones de violencia: la mutilación genital femenina se realiza a miles de mujeres; las mujeres son obligadas a casarse contra su voluntad o sin elección; las mujeres sufren malos tratos y explotación sexual y también coacción y violencia doméstica.

Dependiendo de cada país, entre el 10 y el 69 por ciento de las mujeres en el mundo experimentan maltratos físicos por parte de un hombre con el que tienen o han tenido relaciones sexuales íntimas en algún momento de su vida. La mitad de las mujeres que mueren por homicidio, son asesinadas por su marido o su pareja anterior o actual: esta cifra se aproxima al 70 por ciento en algunos países. A lo largo de su vida, una de cada cuatro mujeres será víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Todas estas cifras representan sólo la punta del iceberg, existiendo muchos casos de violencia física, sexual y psicológica que nunca llegan a conocerse.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno transcultural, presente en todos los países y en todas las clases sociales. Se ha presentado con diferentes características a lo largo de toda la historia de la humanidad, pero no es un problema insalvable. Por ello, podemos y debemos mejorar nuestro conocimiento sobre sus características y causas, reconocer los factores de riesgo y detectar las manifestaciones de la violencia en una etapa temprana.

Debemos dejar de considerar la violencia contra las mujeres como un problema que sólo les afecta a las mujeres. Constituye, un grave problema social y de salud pública, debido tanto a su magnitud como a las serias repercusiones que conlleva para la seguridad colectiva y la salud de las familias y de la sociedad.

En primer lugar, habría que establecer una tolerancia cero ante este tipo de abuso. Es necesario rechazar todas las formas de violencia contra las mujeres y tener disponibles apoyos para quienes han sufrido violencia. Necesitamos una respuesta clara y decidida por parte del sector sanitario, en colaboración con las organizaciones de mujeres y otros poderes públicos relacionados.

En segundo lugar, los y las profesionales sanitarias deben ser conscientes de la existencia de situaciones de riesgo y documentar e informar los casos detectados. Algunos países han elaborado protocolos dirigidos a tal fin y los han distribuido entre el personal de medicina y enfermería en atención primaria. Estos protocolos, también deberían estar disponibles entre las y los pediatras, e incluir un análisis de indicadores de riesgo, para la detección temprana de la violencia psicológica o física contra las niñas y adolescentes, en el entorno familiar y escolar.

En tercer lugar, debería garantizarse una atención integral adecuada ante las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia contra las mujeres y considerarse una prioridad. Tenemos que asegurar que ninguna condición personal, religiosa, económica o de otro tipo limite a las mujeres acceder a él. Un factor que podría facilitararlo es que hubiera más médicas y enfermeras, en puestos de responsabilidad y de atención, que comprendan la importancia de estas cuestiones y que hayan sido formadas para prevenirlas y detectarlas.

La respuesta desde salud pública es sólo una de las que deben darse al problema. No sustituye las acciones desde otros ámbitos (educativo, judicial, político, de los servicios sociales y otros), sino que debería ser complementaria. No es una tarea sencilla, pero es indispensable llevarla a cabo, no sólo por la salud de las mujeres sino por la salud y bienestar de toda la población.

Elena Salgado
Ministra de Sanidad, España

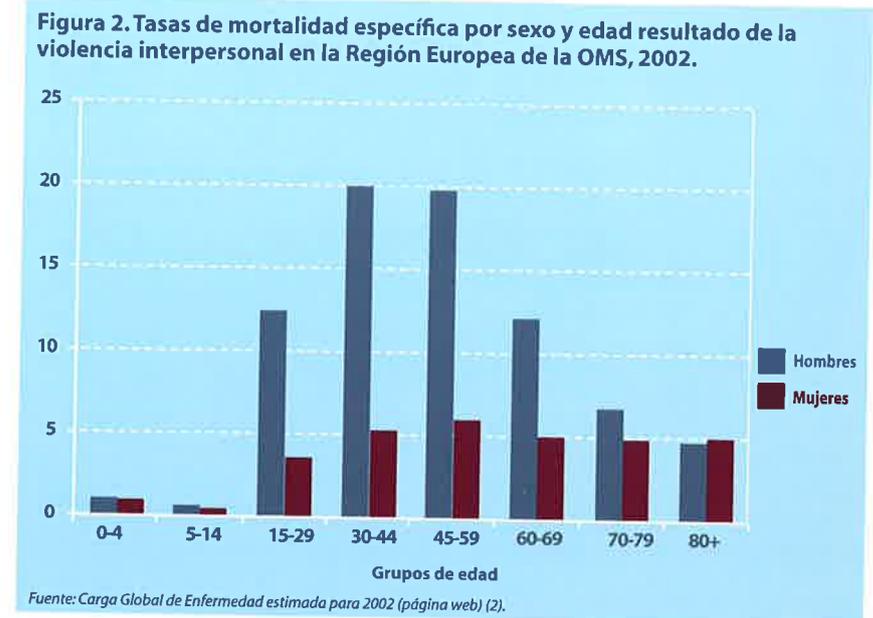
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS: VISIÓN GENERAL

Violencia interpersonal

Dentro de la Región Europea de la OMS, que está compuesta por 52 Estados Miembros, desde Islandia, en el noroeste, hasta Tadjikistán, al sureste, existen grandes diferencias en cuanto a la prevalencia de violencia interpersonal, que se define como la amenaza intencional o el uso de la fuerza física contra otra persona (pareja, menor, mayor, conocida o extraña) que produzca lesión, muerte, daño psicológico, déficit en el desarrollo o privación (1). En 2002 se registraron 73.000 casos de muerte, entre personas de todas las edades y de ambos sexos, derivadas de este tipo de violencia en la Región Europea de la OMS. Las diferencias entre países resultan llamativas. Cuando se compara el riesgo de muerte por homicidio de hombres y mujeres, según nivel económico de los países, los hombres tienen el doble de riesgo en los países con ingresos medios o bajos (ver figura 1). El riesgo de muerte por homicidio en el país con la tasa de mortalidad más elevada (28 muertes por 100.000 en la Federación Rusa) es 32 veces mayor que en el país con la más baja (0.9 por 100.000 en el Reino Unido) (2). Además, en la Región, hay más casos de hombres víctimas de violencia interpersonal con resultado de muerte o lesiones graves, y también tienen más probabilidad de ser ellos quienes ejerzan la violencia contra otros hombres y contra las mujeres.

Violencia contra las Mujeres

Naciones Unidas definió la violencia contra las mujeres como "cualquier acto de violencia



Comentario: los datos de mortalidad aquí presentados son estimados e incluyen muertes causadas por personas conocidas y extrañas.

de género que produzca, o pueda producir un sufrimiento físico, sexual o psicológico, en las mujeres, incluyendo las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad en la vida pública o privada" (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres de Naciones Unidas, diciembre 1993).

Las cifras de muertes en la Región rebelan que, al contrario que los homicidios de hombres (que son más frecuentes en la adolescencia y entre adultos jóvenes), el asesinato de mujeres se da de manera estable

entre todos los grupos de edad, desde la adolescencia hasta la tercera edad (ver figura 2). El "feminicidio" es la muerte de una mujer como resultado de la violencia interpersonal y sólo es la parte más visible de la violencia contra las mujeres que abarca desde las lesiones hasta el sexo forzado y la humillación e intimidación.

La violencia contra las mujeres es frecuente en, y a lo largo de la Región. Estudios realizados en lugares tan diversos como Albania, Francia, Finlandia, Alemania, Suecia, Tadjikistán o el Reino Unido sugieren que entre un 10 y un 60% de las mujeres han sido agredidas por su pareja en algún momento de su vida (1). Los estudios de población sobre demografía y salud reproductiva, en el este y centro de Europa, muestran que entre el 15 y el 29% de las mujeres declaraban haber sufrido abusos alguna vez, y que entre el 8 y el 10% lo habían sufrido el año previo al estudio (ver figura 3).

Mientras los medios de comunicación se centran en la violencia juvenil, la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de sus parejas, (y la violencia ejercida dentro del contexto de otras relaciones íntimas) continúa siendo poco visible. Por otro lado, es poco probable que las armas utilizadas sean pistolas o cuchillos, sino más bien los puños y los pies u otros objetos comunes, además de otros comportamientos intimidatorios.

Figura 1. Tasas de mortalidad por violencia interpersonal en mujeres de entre 30 y 44 años por país y subregión de la Región Europea de la OMS, 2002.

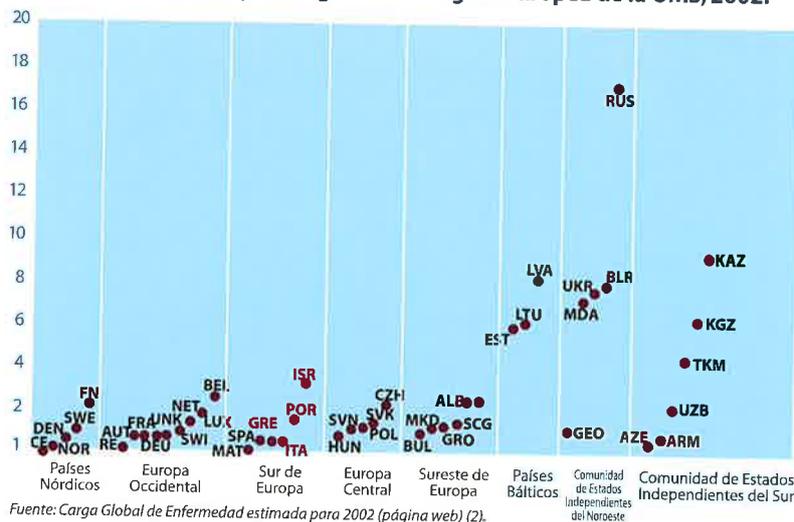
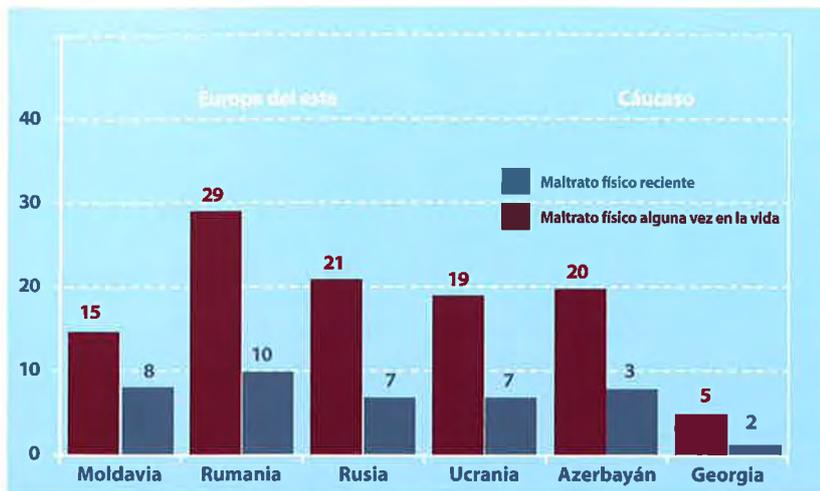




Figura 3: Porcentaje de mujeres, alguna vez en pareja, que declaran maltratos físicos, actuales o pasados, por parte de su pareja.



Fuente: Estudios e informes comparativos sobre salud reproductiva a nivel internacional: Europa del este y Eurasia (4).

Violencia por parte de la pareja- datos clave (9)

- La violencia ejercida por parte de la pareja (también conocida como "violencia doméstica") es endémica en todas las culturas y la prevalencia de las agresiones oscila entre el 10% y el 64% a lo largo de la vida de las mujeres en la Región Europea de la OMS.
- El "feminicidio" es la octava causa de muerte (5.200 muertes) derivada de lesiones y la decimotercera causa de discapacidad entre las mujeres de 30 a 45 años.
- Las mujeres de países con rentas medias y bajas presentan 10 veces más riesgo de morir de forma violenta que aquellas que viven en países con una renta elevada. Las tasas de mortalidad son más elevadas en los países bálticos y en la Comunidad de Estados Independientes (CIS), y más bajas en los países nórdicos y en Europa occidental.
- La violencia ejercida por parte de la pareja puede permanecer oculta y puede tener lugar durante largos periodos de tiempo, ya sea física, sexual y/o psicológica.
- Las víctimas presentan un riesgo más elevado de suicidio, depresión, ansiedad y problemas psicosomáticos.
- Este tipo de violencia en la familia afecta a niños y niñas, como testigos o como víctimas.
- El sistema judicial y el sanitario a menudo parecen poco dispuestos a abordar la violencia ejercida por la pareja.
- Se consideran factores de riesgo: el haber presenciado violencia en la familia, la escasa atención por parte de las y los progenitores en la infancia, la educación deficiente y la desigualdad económica, los núcleos de pobreza, la disponibilidad de armas de fuego y el abuso de alcohol y otras sustancias.

Las agresiones pueden tener lugar durante largos periodos de tiempo y las mujeres pueden sufrir más de una forma de violencia, incluyendo la violencia sexual y la psicológica en forma de intimidación, humillación y control del comportamiento. La violencia contra las mujeres puede permanecer oculta durante muchos años y la mayoría de las víctimas no buscarán ayuda ni denunciarán ante las autoridades. Por ejemplo, las estimaciones oficiales de la Federación Rusa indican que tienen lugar 250.000 casos de violencia contra mujeres cada año, pero la mayoría nunca se denunciaran (9). El embarazo debería ser un periodo de protección contra la violencia, sin embargo, puede incrementarse el riesgo de sufrir agresiones (5).

A pesar de la importancia que se da a los derechos humanos y a la igualdad de género en la región, los sistemas judiciales aún tienen más posibilidades de emprender acciones contra la violencia en la comunidad que en el hogar, ya sea violencia contra la pareja, maltrato infantil o a personas mayores. Por supuesto, el contexto cultural influye sobre lo que se considera comportamiento aceptable.

La violencia sexual, que puede tener lugar en el contexto de una pareja o puede ser ejercida por una persona desconocida o un extraño, es también frecuente: por ejemplo, casi una de cada cuatro mujeres en el Reino Unido declaran agresiones (6). Los datos recogidos procedentes del sistema judicial no reflejan la magnitud del problema puesto que se estima que, como media, sólo un

5-25% de las mujeres denuncian este tipo de violencia ante la policía (6). Las razones para no denunciar, y no buscar ayuda, incluyen la vergüenza, la estigmatización o miedo a la exclusión social, la victimización secundaria, el rechazo y el castigo. Por otro lado, las mujeres pertenecientes a minorías étnicas y comunidades de emigrantes, pueden enfrentarse a mayores dificultades a la hora de denunciar la violencia; la explotación sexual y el tráfico de mujeres, además, exponen a un mayor riesgo de sufrir problemas de salud reproductiva, incluyendo la infección por VIH/SIDA. La mutilación genital femenina (MGF) pone a las niñas en riesgo por una práctica realizada en nombre de la tradición y la cultura (ver los artículos sobre violencia y VIH/SIDA, y MGF en Europa en esta revista).

Consecuencias de la violencia contra las mujeres

La perspectiva vital de la violencia contra las mujeres rebela una relación entre sufrir maltrato físico o sexual en la infancia y sufrir violencia por parte de la pareja en la edad adulta: las mujeres que denuncian haber sufrido violencia (comparadas con aquellas que no), informan más haber sido víctimas de violencia en su infancia. Estos hallazgos arrojan luz sobre el aspecto inter-generacional de la violencia y el riesgo de re-victimización o perpetración. Los estudios longitudinales muestran que las consecuencias a largo plazo de los abusos en la infancia, llegan hasta la vida adulta e incluyen la baja autoestima, las conductas de riesgo (tales como fumar, beber, el consumo de drogas, las relaciones sexuales sin protección, numerosas parejas sexuales) y las enfermedades crónicas. A su vez, las niñas y niños que presenciaban comportamientos violentos en su familia, sufren también estas consecuencias, que están presentes hasta bien entrada la vida adulta. En el 50% de los casos conocidos de violencia contra la pareja, las niñas y niños sufren también maltratos (6).

La violencia contra las mujeres tiene un importante impacto sobre la salud y la carga que soporta el sistema sanitario

Se estima que, por cada muerte derivada de la violencia interpersonal, tienen lugar de 20 a 40 admisiones hospitalarias por lesiones graves; cada admisión hospitalaria conlleva

Violencia sexual- datos clave (9)

- La violencia sexual tiene lugar en el hogar y la familia, en el entorno laboral, en los colegios, en las prisiones y en otras instituciones.
- La violencia sexual afecta profundamente la salud mental y física de las mujeres, perjudica su salud sexual y reproductiva y afecta a su derecho a decidir sobre ella.
- El tráfico de mujeres para la explotación sexual es un problema grave en algunos países de la Región europea.
- Aún se sabe poco sobre la vulnerabilidad (p. ej. de las mujeres discapacitadas mental o físicamente, o de las mujeres víctimas del tráfico) y los factores de riesgo (situación de irregularidad, encarcelamiento, abuso de drogas).
- La violencia sexual incluye la violación en una cita, la coacción sexual dentro del matrimonio, el acoso sexual, la violación por parte de un desconocido, el abuso sexual infantil, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, la prostitución forzada y el tráfico de mujeres. Aunque la mayor parte de estas acciones son llevadas a cabo por hombres contra las mujeres, también existe la violencia sexual ejercida por hombres contra otros hombres y la coacción sobre adolescentes ejercida por mujeres.

diferentes citas médicas (atención primaria, ginecología, atención materno-infantil...). Sin embargo, se desconoce el número de casos que no solicita ayuda profesional.

Las consecuencias visibles de la violencia contra las mujeres son las lesiones. Sin embargo, los efectos sobre la salud van más allá de estas lesiones físicas e incluyen problemas de salud sexual y reproductiva, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA. Las consecuencias psicológicas incluyen depresión, ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos del sueño y problemas psicosomáticos (1). Así, cuando se sufre violencia ejercida por la pareja, se incrementa el riesgo de suicidio. Existen pocos estudios de costes pero en el Reino Unido se estimó que el coste de la violencia doméstica ronda los 33 billones al año, o lo que es lo mismo, el 2,2% del producto interior bruto (7).

Factores asociados¹

Entre los factores individuales que se relacionan con que un hombre agrede a una

¹ Recordar que el contenido de los artículos publicados no representan necesariamente la opinión del Instituto de la Mujer, responsable de la edición en castellano.

mujer, se incluyen: historia de violencia en su familia, bajo nivel educativo, haber presenciado maltratos contra la madre, abuso de alcohol y fracaso escolar. El alcohol constituye un factor asociado a la violencia contra las mujeres en toda la Región (8, 9); Un estudio llevado a cabo en un centro de Moscú en el que se proporciona apoyo psicológico a mujeres que habían sufrido malos tratos, mostró que el 33% de estos casos se relacionaban con abuso de alcohol por parte de la pareja.

Determinados grupos, como el de las mujeres que ejercen prostitución, se exponen a un elevado riesgo de sufrir violencia sexual. Factores como la juventud, el consumo de alcohol y drogas, una historia de violencia sexual y el haber tenido muchas parejas sexuales, se asocian con un mayor riesgo.

En cuanto a los factores relacionados con el contexto de pareja, se incluyen bajos ingresos, estrés socio-económico y pobreza, y relaciones problemáticas con la pareja. Los malos tratos también están asociados a la dificultad para romper con la pareja. Además, acontecimientos poco relevantes que amenacen el equilibrio de las relaciones de poder pueden provocar también agresiones, como el hecho de que la mujer desobedezca o discuta con el hombre; que le cuestione sobre temas económicos o sobre sus relaciones con otras mujeres; que no tenga la comida preparada a tiempo; que rechace mantener relaciones sexuales con él o que él tenga alguna sospecha sobre la fidelidad de ella.

Los factores sociales y comunitarios como el mantenimiento de roles de género tradicionales, las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, así como las dificultades económicas, son variables que pueden desencadenar la violencia y pueden también dificultar el que una mujer ponga fin a su relación de pareja. El aumento de los casos de violencia² contra la mujer ejercida por la pareja, en sociedades en transición, ha sido atribuido al elevado consumo de alcohol y drogas, a los conflictos familiares derivados de situaciones de pobreza, a un mayor control de los recursos por parte de las mujeres y a la pérdida de apoyo y redes sociales.

² Nota de la edición en castellano: este aumento puede indicar simplemente que se visibilizan más los casos de violencia contra las mujeres.

Respuestas ante la violencia contra las mujeres

Las respuestas ante la violencia de la pareja íntima se han centrado principalmente en la creación de servicios y en el apoyo a las víctimas, mientras las intervenciones preventivas se han orientado hacia las reformas legales y la sensibilización. Existen pocas evaluaciones sistemáticas de los programas desarrollados.

La prevención individual va dirigida a cambiar actitudes y comportamientos de las personas que ya han ejercido violencia e incluye programas que se centran en modificar los estereotipos de género y fomentar las relaciones responsables en las que los hombres se involucren de forma más activa en lo relativo a la salud reproductiva y la salud familiar e infantil.

En cuanto a los programas existentes a nivel comunitario, estos plantean principalmente el fomentar la conciencia colectiva y las acciones comunitarias que proporcionen atención y apoyo para las víctimas. Estos programas incluyen la formación de profesionales de sanidad, policía y juristas con el fin de que, identifiquen mejor los casos de violencia y presten el apoyo adecuado, derivando a los recursos y servicios que corresponda.

Los programas de prevención primaria en los colegios y a nivel comunitario que pretenden prevenir las violaciones en citas y aumentar la conciencia sobre la violencia sexual, los delitos de honor y la mutilación genital femenina, así como, fomentar la igualdad de género, han tenido resultados prometedores. Sucede lo mismo en lo relativo a la planificación familiar, la educación para madres y padres, las visitas domiciliarias y la menor disponibilidad de bebidas alcohólicas.

A pesar del éxito y de las buenas prácticas en la Región Europea de la OMS, todavía quedan desafíos por afrontar.

Desafíos

- La violencia contra las mujeres a menudo ha sido subestimada por parte de la clase política, negando el hecho de que tiene consecuencias mucho mayores que el daño inmediato causado.
- Las y los profesionales de la salud (incluyendo en ella la salud reproductiva) todavía se muestran reticentes a reconocer el importante papel que desempeñan, a la hora de dar respuestas ante la violencia contra las mujeres, a pesar de que la oportunidad está clara: están frecuentemente

en contacto con mujeres, niñas y niños, desde la niñez hasta avanzada la edad reproductiva.

- Se ha incrementado el interés sobre igualdad de género en los objetivos globales (tales como las Metas de Desarrollo para el Milenio y las estrategias de reducción de la pobreza), reconociendo así la relación entre salud, igualdad de género y desarrollo social. Sin embargo, los avances dependerán en gran medida de la capacidad para generalizar el interés, es decir, para integrar las cuestiones de género en programas y políticas relevantes y asegurar una distribución adecuada de los recursos (Presupuestos de Género).
- La creación de redes y alianzas es la base para que las estrategias de prevención obtengan los resultados deseados y se proporcione apoyo a las víctimas. Sin embargo, los enfoques excesivamente verticales crean barreras invisibles que dificultan el éxito de las acciones. Una mejor vinculación entre las iniciativas públicas y privadas (sociedad civil), entre el sector sanitario y los servicios sociales, los recursos de acogida y otras estructuras de apoyo a las víctimas, aumentarían la confianza de las mujeres a la hora de denunciar los casos y buscar ayuda.
- Involucrar a los hombres en los temas de igualdad de género, en los de salud sexual y reproductiva y en los servicios existentes en la región, y proponer que aborden los factores de riesgo relacionados con la violencia contra las mujeres, hasta ahora no han sido cuestiones de interés. Como consecuencia, se sabe poco sobre grupos de alto riesgo o sobre los determinantes que hacen que un hombre ejerza violencia contra la mujer y la infancia.
- La adolescencia está asociada a conductas de riesgo y experimentación: el acoso y la violencia en los colegios, las experiencias sexuales violentas, como la violación en una cita o el consumo de drogas y alcohol, son problemas que afectan a las chicas y chicos adolescentes. ¿Está llegando realmente a la gente joven la promoción de la salud, incluida la sexual y reproductiva, así como las estrategias de prevención del VIH/SIDA y los servicios creados para estos fines? Y ¿son conscientes de su potencial a la hora de prevenir daños y enfermedades (desde lesiones y suicidio, hasta la violencia y las ITS)?

Mensajes importantes para la gestión de programas y para la clase política

- Los servicios de salud sexual y reproductiva tienen un papel fundamental: desde ellos se puede identificar a las mujeres y menores que se encuentren en riesgo de sufrir violencia. Además, también pueden prestar una atención adecuada y derivar a recursos de acogida u otros servicios.
- Una respuesta integral del sector sanitario ante la violencia contra las mujeres incluye medidas que aborden la violencia en todas las áreas de la atención sanitaria (tales como los servicios de salud reproductiva, los de salud materno-infantil, salud mental, VIH/SIDA y de urgencias).
- El sector sanitario debe trabajar conjuntamente con otros sectores, tales como, justicia, educación y ocio y, además, tiene un papel fundamental en el apoyo, seguimiento y coordinación de la respuesta multisectorial para prevenir la violencia.
- La formación de profesionales de sanidad es decisiva para poder crear una mayor conciencia ante la violencia sexual. Así, la profilaxis contra el VIH/SIDA cada vez se utiliza con más frecuencia tras una violación. Las guías para el manejo de casos y el comparar evidencias ha permitido mejorar los protocolos.
- La documentación médico-legal apropiada también es importante para alcanzar los objetivos con éxito.
- El mejorar la capacidad para la recogida y registro de datos y la investigación, proporcionará evidencia sobre la escalada de la violencia y sus consecuencias en las mujeres y determinará "lo que funciona y lo que no" tanto en la prevención primaria como en el apoyo a las víctimas.
- La prevención incluye programas que cuestionen los roles y estereotipos de género, tanto a nivel individual como comunitario, y la promoción de relaciones parentales y marentales responsables y positivas.
- Un mayor interés en la prevención y la detección temprana de los abusos sexuales infantiles, ayudarán a evitar las consecuencias a largo plazo.
- Es necesario elaborar, implantar y realizar seguimiento de planes de acción nacionales y multisectoriales que aborden la violencia contra las mujeres. Estos deberían estar vinculados a otros planes de acción (como los de reducción de la pobreza, de prevención de VIH/SIDA, de salud reproductiva de las mujeres, de igualdad de género y de salud infantil y adolescente).

Para más información sobre las actividades de la Oficina Regional Europea de la OMS sobre prevención de violencia, por favor visite la página web sobre Prevención de Violencia y Daños en www.euro.who.int/violenceinjury

Referencias

1. *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
2. Estimaciones de GBD 2002 (página web). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. (www.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden,burdens_timates,burden_estimates_2002N)
3. Indicadores de mortalidad para 67 causas de muerte, por sexo y edad (HFA-MDB) [base de datos online]. Copenhague, Oficina Regional Europea de la OMS, 2005 (www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1)
4. *Estudios e informes comparativos sobre salud reproductiva a nivel internacional: Europa del Este y Eurasia*. Atlanta, Centro para el Control de Enfermedades, 2003.
5. Campbell J., García-Moreno C., Sharps P. *Maltrato durante el embarazo en países industrializados y en desarrollo*. Violencia contra las Mujeres, 2004, 10:770-789.
6. *Inglatera Violenta: población, prevención y salud pública*. Universidad John Moores de Liverpool, 2005.
7. Walby S, *Coste de la violencia doméstica*. Londres, Unidad de Mujer e Igualdad, 2004.
8. *Alcohol y violencia interpersonal: encuentro político*. Copenhague, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea, 2005.
9. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. *Lesiones y violencia en la Región europea: por qué importan y qué se puede hacer*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea, en prensa.

Inge Baumgarten

[iba@euro.who.int]

Oficial Técnica para Prevención de la Violencia

Oficina Regional Europea de la OMS

Dinesh Sethi

[din@ecr.who.int]

Oficial Técnico para la Prevención de Daños

Oficina Regional Europea de la OMS.

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN EUROPA

Situación de la mutilación genital femenina en Europa

Hasta la fecha no disponemos de datos fiables sobre la práctica de la mutilación genital femenina (MGF) en Europa, ni sobre el número total de mujeres y niñas que la han sufrido, o sobre el número de niñas que están en riesgo de sufrirla.

Existen datos puntuales procedentes de algunos países europeos (1): en Francia, las estimaciones varían de las 4.500 a las 7.000 niñas en situación de riesgo, y entre las 13.000 y 30.000 mujeres que ya han sido mutiladas. En Alemania hay aproximadamente 21.000 mujeres mutiladas y se estima que unas 5.500 niñas pueden correr ese riesgo. En 1994, el Ministerio de Asuntos Exteriores italiano estimó que 28.000 mujeres y unas 4.000-5.000 niñas habían sufrido MGF en el país. En Suiza son en torno a 6.700 las niñas en riesgo y las mujeres que han sufrido esta práctica. En Gran Bretaña, 86.000 mujeres y niñas de primera generación de inmigrantes / refugiadas políticas, han sido mutiladas.

Clasificación de la OMS de los diferentes tipos de MGF

Tipo 1: Extirpación del prepucio, con o sin extirpación parcial o total del clítoris.

Tipo 2: Extirpación del clítoris, con extirpación total o parcial de labios menores.

Tipo 3: Extirpación parcial o total de los genitales externos y sutura o estrechamiento del orificio vaginal (infibulación)

Tipo 4: No clasificado. Incluye la punción o la incisión en el clítoris y/o los labios, la cauterización, el raspado o cortes del tejido vaginal etc.

Fuente: OMS (acta N°241). *Qué es mutilación genital femenina*, junio 2000. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Este tipo de operaciones son irreversibles. Las complicaciones agudas incluyen la muerte, la hemorragia, el shock, la infección y el dolor severo. Además, las mujeres pueden sufrir daños a largo plazo en su salud sexual y reproductiva, riesgo de infección por VIH y, a menudo, secuelas psicológicas.

Sin embargo, resulta crucial establecer la magnitud del problema de la MGF en Europa para poder asegurar una respuesta estratégica y adecuada, evaluar los cambios en el comportamiento (2), así como para controlar el incremento o descenso en el número de mujeres que sufren MGF y de las niñas en riesgo (3).

Legislaciones nacionales en Europa relacionadas con la MGF

Las disposiciones legales relacionadas con la MGF incluyen desde las leyes penales a las de protección a la infancia. En Europa, algunos países han desarrollado una legislación específica sobre MGF, mientras en otros, ésta es perseguida por el código penal.

En seis países europeos, se han elaborado disposiciones penales específicas: Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Suecia y el Reino Unido. Con la excepción de Reino Unido y Suecia, todas estas leyes se han desarrollado muy recientemente. En ninguno de estos países se han producido, aún, juicios bajo esta legislación penal específica.

En la antigua Unión Europea de los 15, la MGF estaba prohibida bajo la legislación penal general. En todos los Estados Miembros, existen otras leyes que pueden utilizarse contra esta práctica; los procedimientos para la protección de menores y las leyes relacionadas con el secreto profesional son los dos textos legales más importantes que indirectamente abordan la MGF.

La investigación (2) sobre la aplicación práctica de las disposiciones legales en cinco países europeos mostró que las leyes relacionadas con la MGF han sido ya implantadas: se han denunciado casos de mujeres mutiladas y de niñas que se encuentran en riesgo; se han iniciado indagaciones y se han tomado medidas para la protección de menores. Sin embargo, ningún caso ha sido juzgado, excepto en Francia, donde más de 30 casos han llegado a los tribunales. La investigación también ha mostrado que denunciar casos de mutilaciones, o casos de niñas que pueden sufrirla, resulta problemático, al igual que el obtener suficientes pruebas para llevar el caso ante el juzgado.

La aplicación práctica de las leyes se dificulta más por el hecho de que en algunos países, profesionales de la sanidad, autoridades y oficiales de policía que deben tener preparación para abordar esta problemática, carecen de conocimientos sobre esta práctica y sobre las disposiciones legales y procedimientos a seguir en particular. Además, todas estas personas tienen sus propias actitudes ante la población inmigrante y hacia la MGF, que obstaculizan aún más una adecuada aplicación de la legislación.

Educación y prevención en Europa

Las ONGs que trabajan en la eliminación de la MGF en Europa, surgieron a principios de los años ochenta. Tanto las ONGs como las organi-

zaciones comunitarias, bien, se han centrado en trabajar únicamente sobre la MGF, o bien, han adoptado un enfoque holístico incorporando esta cuestión en su trabajo con mujeres sobre temas de salud o de inmigración.

Por ejemplo, en Suecia, Dinamarca, Alemania, Reino Unido, Italia y Países Bajos, existe una amplia gama de agentes trabajando a diferentes niveles de la sociedad para prevenir la MGF: en la atención sanitaria, dentro de la policía, en los medios de comunicación, a nivel comunitario, en los colegios, etc. Las actividades de las ONGs están dirigidas a la prevención, a ejercer presión y a la defensoría. Proporcionan información, educación y comunicación en las comunidades donde se practica la MGF y también para la población occidental. Entre ellas se incluyen la creación de programas formativos para profesionales, el desarrollo de material educativo y de campañas de sensibilización dirigidas a diferentes grupos diana.

Centros de atención sanitaria en Europa (4)

En Europa se han puesto en marcha, principalmente, tres intervenciones de salud diferentes relacionadas con la MGF.

En algunos países europeos, los hospitales y/o los Ministerios de Sanidad han elaborado guías técnicas para la atención de mujeres que han sufrido MGF. Estas guías tratan principalmente de las complicaciones de salud que se pueden derivar de esta práctica y proporcionan pautas técnicas para la defibulación, es decir, la apertura de los genitales infibulados, y para la atención en el momento del parto, así como prenatal y postnatal.

Algunas organizaciones profesionales han desarrollado códigos de conducta tales como la Asociación Médica Británica o el Real Colegio de Matronas de Inglaterra. Estos códigos van más allá del manejo clínico de los casos de MGF, ya que también plantean una atención sensible hacia la cultura y proporcionan información sobre temas éticos y legales relacionados con la MGF y los servicios de salud.

En Gran Bretaña, existen matronas especialistas que trabajan en clínicas en las que se oferta atención a mujeres africanas proporcionando apoyo, consejo y orientación a las mujeres y a sus parejas. También ofrecen la defibulación, cuando se estima como el procedimiento más adecuado, tanto a mujeres embarazadas como no, y formación para profesionales de la salud.

Sin embargo, estos servicios de atención sanitaria a mujeres que han sufrido MGF, son más la excepción que la regla en Europa y las



guías técnicas y códigos de conducta no están disponibles en todos los servicios.

La mayoría de los servicios sanitarios en Europa están poco familiarizados con las consecuencias de la MGF y esto puede dar como resultado una atención inadecuada (por ejemplo, casos de cesárea cuando existe infibulación) que desanime a las mujeres a buscar atención para los problemas relacionados con la MGF. Los sentimientos y emociones personales de las y los profesionales de la salud, tales como los sentimientos de impotencia (ya que algunas veces la MGF es irreversible) o ira (la mutilación genital es una práctica ajena a occidente), pueden también dificultar la prestación de una atención adecuada. La falta de conocimiento sobre las necesidades y expectativas de las comunidades afectadas respecto a la atención a la salud, también es evidente.

Con el fin de proporcionar una atención sensible y adecuada a las mujeres que han sufrido mutilación genital, será necesario valorar las necesidades y las conductas consideradas saludables por las comunidades afectadas. Además debe darse respuesta a las necesidades de formación de las y los profesionales de la salud y debería tenerse en cuenta los diferentes niveles, incluyendo la atención clínica, la prevención de la MGF, el asesoramiento, las técnicas de comunicación, las actitudes y los aspectos éticos en este tipo de violencia. Es necesario desarrollar guías para los servicios de consejo sobre los mecanismos de derivación existentes para las niñas en situación de riesgo o las mujeres que ya han sufrido MGF, las técnicas de comunicación, la atención clínica y cuestiones éticas tales como la re-infibulación o la medicalización.

El personal de salud contacta con estas mujeres, sus maridos y otros miembros de la familia cuando tiene lugar un nacimiento y durante las revisiones rutinarias. Estos encuentros proporcionan oportunidades para llevar a cabo asesoramiento sobre salud y bienestar de las niñas que puede influir en la toma de decisiones respecto a la MGF en la segunda generación de inmigrantes. Por último, pero no menos importante, debería mejorarse la coordinación entre los recursos de salud y los de otros ámbitos frente a la MGF: podría hacerse mediante una colaboración multisectorial con el fin de proporcionar una atención integral y adecuada a las mujeres que han sufrido MGF.

Investigación sobre MGF en Europa

La investigación sobre MGF en Europa, tanto de los aspectos clínicos como de los compor-

tamientos sociales ante este problema en el contexto europeo, es escasa. Esta investigación, sin embargo, es fundamental para cualquier iniciativa política de los Estados Miembros que tenga relación con la MGF, ya que tales iniciativas deben basarse en la investigación rigurosa sobre la evidencia si se espera que sean efectivas (6).

Conclusiones

Aunque recientemente se han llevado a cabo iniciativas para abordar el problema de la MGF en Europa, aún quedan pendientes algunas cuestiones. La primera de todas, tiene que ver con la necesidad de obtener más datos sobre la magnitud del problema en Europa a fin de plantear intervenciones basadas en la evidencia y realizar seguimiento de los avances.

Para mejorar la efectividad de las disposiciones legales relativas a la MGF, debe prestarse más atención a la aplicación de las leyes existentes. La identificación de casos y la provisión de pruebas para llevar un caso ante la justicia, merece un esfuerzo especial. Además, también hay que prestar atención a las medidas de protección dirigidas a prevenir la MGF entre las niñas.

En lo relativo a las iniciativas sobre prevención y educación, es necesario dedicar mayores esfuerzos a la cooperación a nivel nacional y europeo, evaluar el material educativo existente y colaborar con grupos diana específicos como líderes religiosos, juventud y hombres.

Es necesario investigar sobre la evidencia estableciendo una línea base, fundamentalmente, para poder evaluar y actuar de forma efectiva. La investigación en Europa, por tanto, debería centrarse en llevar a cabo evaluaciones, de las intervenciones que ya se han realizado, con el fin de determinar su efectividad real. Valorar los determinantes de los cambios en la conducta también ayudaría a desarrollar intervenciones más efectivas.

Los servicios de salud en Europa, también tienen que abordar el tema de la necesidad de formación entre el personal sanitario y elaborar unas directrices adecuadas, al tiempo que se debate sobre aspectos éticos. Las necesidades sanitarias de las comunidades afectadas deben ser valoradas con el fin de prestar una atención sanitaria sensible a la cultura.

Finalmente, es necesaria una mayor cooperación entre todas las agencias que trabajan en la lucha contra la MGF. La Resolución del Parlamento Europeo de 2001 sobre MGF incluía algunas sugerencias útiles para el desarrollo de una política europea relativa a esta

práctica y tiene el potencial de guiar el diseño e implantación de un enfoque común para tratar la MGF en Europa.

Referencias

1. Leye E., Estrategias para la Prevención de la MGF en Europa. En: Momoh C, ed. *Genital Mutilation*. Radcliffe Publishing Ltd, Londres, 2005.
2. Leye E., Deblonde J., Temmerman. *Análisis comparativo de los diferentes enfoques legales en los 15 Estados Miembros, y sus respectivos resultados judiciales en Bélgica, Francia, España, Suecia y el Reino Unido*. The Consultory, Lokeren; ICRH Publications N° 8, 2004.
3. Izett S., Toubia N. *Aprender del cambio social. Guía sobre Investigación y evaluación de la circuncisión femenina: estudio de caso*. Rainbo, Nueva York, 1999.
4. Leye E., Powell R.A., Nienhuis G. et al. Atención sanitaria en Europa para mujeres con mutilación genital. Aceptado para publicación en *Health Care for Women International*.
5. Momoh C., Ladhani S., Lochrie D.P. et al. Mutilación genital femenina: análisis de los primeros doce meses de una clínica especializada en el sureste de Londres. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 2001, 108, 186-191.
6. Powel R.A., Leye E., Jayakody A. et al. Mutilación genital femenina, refugiadas políticas y asiladas: necesidad de una agenda integrada en la Unión Europea. *Health Policy*, 2004, 70:151-162.

Els Leye

[els.leye@ugent.be]

Investigadora

Centro Internacional para la Salud

Reproductiva

Universidad de Ghent

Comfort Momoh

[comfort.momoh@gstt.nhs.uk]

MGF/Especialista en Salud Pública

Afiliada al King's College- Universidad de Londres.

El texto completo de este artículo apareció por primera vez en un capítulo del libro "Mutilación Genital Femenina", editado por Comfort Momoh, Radcliffe Publishing Ltd, noviembre de 2005. Los extractos han sido reimprimos con el permiso de la editora, Comfort Momoh.

VIOLENCIA Y TRÁFICO DE MUJERES EN EUROPA: ¿SON UNA PRIORIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE VIH?

La evidencia de la relación entre violencia contra las mujeres y VIH/SIDA está ganando, rápidamente, terreno en el ámbito de la salud comunitaria. Sin embargo, las implicaciones actuales y futuras de esta relación dentro de Europa, aún no han sido bien examinadas. ¿La violencia ejercida por la pareja sólo es relevante en África Subsahariana, o puede estar impulsando la transmisión heterosexual del VIH en Europa?

¿La coacción sexual en chicas adolescentes puede estar incidiendo sobre las tasas de transmisión del VIH en Europa? ¿Cuánta credibilidad hay que dar a la idea de que el tráfico de mujeres que ejercen prostitución pudiera estar contribuyendo a la epidemia del VIH en Europa? ¿Se trata de una crisis inminente o de exageraciones?

Mujeres y epidemia de VIH en Europa

La epidemia de VIH muestra una heterogeneidad sustancial dentro y entre cada país europeo, siendo el uso de drogas por vía endovenosa la principal vía de transmisión en el este de Europa, mientras las relaciones hetero y homosexuales son la vía más importante de transmisión en otras áreas europeas. A pesar de estas diferencias, en Europa, una buena parte de los casos de infección diagnosticados recientemente se han dado en mujeres (37%, 31% y 38% en Europa occidental, central y del este en 2003) (1). Las tasas de VIH con frecuencia varían dentro de cada país; las tasas más altas se suelen dar entre los grupos más vulnerables, como lo son los grupos de personas que ejercen prostitución o usan drogas inyectables, algunos de los grupos que también son vulnerables ante la violencia.

Violencia contra las mujeres en Europa

Existen diferentes formas de violencia contra las mujeres: el maltrato físico y emocional ejercido por una pareja íntima, la violación, el abuso sexual infantil, la negligencia y el tráfico de mujeres.

Las mujeres que ejercen la prostitución se enfrentan diariamente a violencia física y sexual por parte de clientes y otras personas como chulos, propietarios de clubes y las propias fuerzas de seguridad. Un estudio realizado con 240 mujeres que ejercen prostitución en Leeds, Glasgow y Edimburgo halló que del 26% al 50% de ellas denunciaban algún tipo de violencia por parte de clientes en los últimos seis meses.

Aún no se tienen datos exactos sobre el tráfico de mujeres dentro de Europa. En 2001, la Comisión Europea estimó que se está traficando con alrededor de 120.000 mujeres y menores en Europa occidental cada año (2) y en 2003, la Organización Internacional para la Migración, estimó que no menos de 500.000 mujeres son traficadas en la UE (3). Por otra parte, la investigación, cada vez más, muestra el grave y duradero

Charlotte
Watts



Cathy
Zimmerman



Brenda
Roche



daño sobre la salud física y psicológica de las mujeres.

Aunque existen pocos datos relativos a personas consumidoras de drogas y violencia en Europa, en Estados Unidos las tasas de violencia, entre mujeres consumidoras de droga en tratamiento, a lo largo de su vida oscilan entre el 60% y el 75% (4). Estas tasas son dos o tres veces más altas que el 21-34% hallado en los estudios realizados a nivel nacional sobre las mujeres de la población general (4) y (5).

Existen características comunes a todas las formas de violencia. Por ejemplo, la violencia, en general, es ejercida por hombres conocidos de las mujeres; la violencia frecuentemente permanece oculta y las víctimas son casi siempre mujeres jóvenes, más que mayores; la violencia psicológica, como la coacción, es frecuente cuando se dan abusos sexuales. Finalmente, hay que señalar que las normas sociales tienen un papel importante en la construcción de la vulnerabilidad de las mujeres, los comportamientos de dominación de los hombres y la estigmatización de las víctimas.

Violencia contra las mujeres y VIH: ¿vinculadas o epidemias paralelas?

En toda la Región europea, la violencia física y sexual puede parecer más generalizada que el VIH pero, de hecho, parece haber intersecciones entre ambos fenómenos, especialmente en lo relativo a los riesgos. Cada vez más, se utilizan los modelos ecológicos para ayudar a identificar las características de la sociedad en general, del contexto social inmediato y de la historia personal y las características individuales asociadas al riesgo.

El sexo forzado, en las mujeres de cualquier edad, aumenta las probabilidades de padecer abrasiones y desgarros en la vagina que, por tanto, pueden facilitar la transmisión del VIH y otras ITS: en varios estudios, entre el 40% y el 87% de las mujeres que habían sufrido agresiones sexuales, mostraban señales de daño genital (6).

Los estudios, en varones violentos, han encontrado asociación entre el abuso de alcohol u otras drogas por estos hombres y el ejercicio de la violencia, y han mostrado los vínculos que existen entre las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas y alcohol.

A nivel estructural, factores como las crisis económicas, la conflictividad social y la desigualdad de género generan contextos relacionados con el riesgo de infección por VIH y perpetúan la violencia contra las mujeres.

Experiencias tempranas de violencia y su relación con la infección por VIH posterior

Cada vez existe más evidencia de que sufrir violencia en una etapa temprana de la vida es un precursor de conductas que pondrán a hombres y mujeres en riesgo de infección por VIH. El abuso sexual infantil se ha asociado con problemas de salud psíquica, dificultades para disfrutar de la intimidad y la sexualidad, multiplicidad de parejas sexuales e implicación en prostitución, riesgo futuro de victimización y abuso de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, un estudio de cohorte en Vancouver con personas usuarias de drogas por vía endovenosa, halló que el 33% de las mujeres y el 13% de los hombres habían sufrido abusos sexuales en su infancia. Además, el 68% de las mujeres y el 13% de los hombres informaban de una historia vital de violencia sexual (7).

Poblaciones inmigrantes procedentes de África Subsahariana

La movilidad poblacional, cada vez más, es identificada como fuente primaria de cambio en las tasas regionales de prevalencia de VIH, por el desplazamiento de personas entre diferentes patrones epidemiológicos. Las poblaciones inmigrantes procedentes de África Subsahariana que se encuentran en Europa occidental, representan el 26% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2003 (8). La evidencia procedente de África Subsahariana sugiere, por ejemplo, que la violencia ejercida por la pareja es un factor de riesgo para la infección por VIH.

Tráfico de mujeres y niñas y VIH/SIDA

Los debates sobre salud y tráfico de mujeres plantean su potencial para producir un repunte en la epidemia de VIH. Las mujeres traficadas tienen pocas probabilidades de controlar el tipo de encuentros sexuales a los que se enfrentan o de acceder a información y servicios de salud. Los hallazgos procedentes de mujeres en el marco de siete servicios en Reino Unido, Italia, Bélgica, República Checa, Bulgaria, Ucrania y Moldavia mostraron que, cerca del 70%, nunca había acudido a una revisión ginecológica mientras fueron víctimas del tráfico, y el 80% relataron que "nunca" habían sido libres para decidir lo que querían o acudir donde querían (9). Sin embargo, es importante reconocer que, haber sido víctima de tráfico, no siempre se asocia

a una infección por VIH. Aunque en algunos contextos las tasas de infección pueden ser bastante elevadas, los servicios de asistencia a mujeres traficadas en Europa han encontrado una prevalencia relativamente baja.

Mujeres viviendo con VIH

Además de posicionar a las mujeres en mayor riesgo de infectarse por VIH, es evidente que la violencia o el aumento de la misma, puede ser también consecuencia de haberse infectado. Especialmente, para una mujer que sufre maltrato en una relación, revelar que tiene VIH puede aumentar el riesgo de violencia sexual y física. Además, las mujeres que viven con VIH, pueden tener más dificultad para acceder a los servicios, debido al estigma, la marginación o la violencia doméstica. Por ejemplo, la población inmigrante y otras poblaciones marginales se enfrentan con frecuencia a problemas logísticos o prácticos en el acceso a servicios, incluyendo las dificultades de lenguaje, económicas, de conciencia, de derechos legales a los servicios e incluso problemas de transporte.

Desafíos para incluir la violencia contra las mujeres en los programas de VIH

Las múltiples dimensiones de la vinculación entre la violencia contra las mujeres y el VIH, aún no están claras. Tampoco lo están los itinerarios de las políticas y programas que podrían abordarlas de manera segura y eficaz. Aún es necesaria una investigación cualitativa y longitudinal para explicar las complejas relaciones entre la violencia contra las mujeres y los diferentes aspectos del riesgo frente al VIH.

A pesar de la falta de datos, existe evidencia de que el alcance de la violencia dibuja un panorama convincente sobre la estrecha relación entre las dos epidemias: el VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres, y, por supuesto, sobre la necesidad de emprender acciones. La tardía y limitada atención que se ha prestado a la violencia contra las mujeres por parte de los diferentes agentes que intervinieron para afrontar el VIH/SIDA, refleja una carencia importante en cuanto a aspectos clave de la relación entre hombres y mujeres.

La prevalencia de la violencia contra las mujeres, requiere que las organizaciones que llevan a cabo programas de VIH aborden explícitamente el tema de la violencia teniendo en cuenta el contexto cultural e identifiquen estrategias prácticas para integrar este tema

en los mensajes y actividades de prevención. La falta de atención e información sobre la realidad de la violencia contra las mujeres en la promoción de una sexualidad saludable y del sexo seguro, hacen que los mensajes sobre abstinencia, comunicación de pareja y negociación para el uso del condón, parezcan irrelevantes, ingenuos e incluso absurdos, para aquellas mujeres y niñas que han sufrido violencia. Tales actividades pueden ser sinérgicas - la reducción de la violencia y/o abordar las consecuencias del maltrato - pueden ser, ambas, formas efectivas de reducir la vulnerabilidad ante el VIH. Además, dada la prioridad que las mujeres de todas las edades dan a su autoprotección frente a la violencia, mediante la integración del tema de la violencia de género en los programas de VIH y en los mensajes y servicios sobre VIH, aumentarán el interés de este tema especialmente entre los segmentos de mujeres más vulnerables.

Referencias

1. Vigilancia del EuroVih en Europa. Exposición: Epidemia de VIH/SIDA en la Región europea de la OMS a final de 2003, visión general www.eurohiv.org/reports/report_70/slide_sets/diapo_dec2003_general_overview.ppt#16
2. Comisión de la Comunidad Europea. *Tráfico de mujeres: la miseria más allá de la fantasía. De la pobreza a la esclavitud sexual - estrategia global europea*. Bruselas, Comisión de la Comunidad Europea, 2001.
3. Organización Internacional para la Migración. *Migración mundial 2003- manejo de la migración. Desafíos y respuestas para las personas migrantes*. Ginebra, Organización Internacional para la Migración, 2003.
4. Eby, K.K. et al, Efectos sobre la salud de la violencia sexual en mujeres con parejas violentas. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563-576.
5. Krug E.G. et al., eds. *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Ginebra Departamento para la prevención de la Violencia y los Daños, Organización Mundial de la Salud, 2002. www.who.int/vilence_injury_prevention
6. Salud en Canadá. *Violencia sexual contra las mujeres y VIH. Guía para profesionales que trabajan con mujeres que han sufrido violencia sexual*. Documento mimeo, 1998.
7. Braitstein P. et al, Violencia sexual en una cohorte de personas consumidoras de drogas por vía endovenosa. *Social Science and Medicine*, 2003 agosto. 57 (3):561-9.
8. UNAIDS. Coalición Global de Mujeres y SIDA, 2004. <http://womenandaids.unaids.org/>
9. Zimmerman, C., et al, *Estudio sobre las Consecuencias para la Salud del Tráfico de Mujeres realizado en el marco de los servicios*. Londres, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical/Comisión Europea (próximamente).

Charlotte Watts

[Charlotte.Watts@lshtm.uk]
 Jefa de la Unidad de Política Sanitaria y Profesora de Epidemiología y Política Sanitaria
 Departamento de Política Sanitaria y Salud Pública
 Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical

Cathy Zimmerman

[Brenda.Roche@lshtm.ac.uk]
 Investigadora sobre política sanitaria y violencia contra las mujeres
 Unidad de Política Sanitaria
 Departamento de Política Sanitaria y Salud Pública
 Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical

Brenda Roche

[BrendaRoche@lshtm.ac.uk]
 Investigadora sobre antropología y salud
 Unidad de Política Sanitaria
 Departamento de Política Sanitaria y Salud Pública
 Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical



Este artículo está basado en el de Watts C., Zimmerman C., Roche B. Violencia contra las mujeres y tráfico: ¿una prioridad en los programas de VIH? En Matic S. et al, eds *VIH/SIDA en Europa: de la sentencia de muerte al manejo de una enfermedad crónica*. Copenhague, Oficina Regional Europea de la OMS, 2006. El texto completo se encuentra en www.euro.who.int/aids.

Mainstreaming para la prevención de la violencia contra las mujeres en los programas de VIH/SIDA

"El número de mujeres viviendo con VIH se ha incrementado en todas las partes del mundo" (informe del Ponente Especial sobre violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, 2005). Cada vez existe más evidencia en diferentes países en torno a que la violencia de género puede ser causa y consecuencia del VIH/SIDA. Sin embargo, esta comprensión inicial del vínculo existente entre las desigualdades de género y la violencia de género y el VIH/SIDA aún no se ha traducido en el diseño sistemático de programas. Además, la mayoría de las ayudas económicas se prestan de manera vertical, lo que hace difícil que las organizaciones y asociaciones interesadas en realizar proyectos puedan identificar cuáles son las mejores oportunidades de financiación. Basándose en varios años de experiencia en la lucha contra el VIH/SIDA y la violencia de género, la Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), se ha comprometido a fomentar el debate sobre la relación entre estas dos áreas. En línea con su mandato de reforzar la coordinación nacional e incrementar el acceso igualitario a los servicios sanitarios, la GTZ ha comenzado a apoyar las intervenciones que abordan los vínculos entre el VIH/SIDA y la prevención de la violencia, y a desarrollar enfoques novedosos para acceder a los fondos globales. Esta iniciativa proporciona un modelo novedoso a imitar: ayuda a reforzar la respuesta del sector sanitario y el enfoque de salud pública respecto a la violencia contra las mujeres.

ASEGURAR RECURSOS DE ACOGIDA Y APOYO A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA



Rosa Logar

“**W**ave” es una red europea de recursos de acogida y de organizaciones de apoyo a las mujeres. Se fundó en 1994 y, desde entonces, su objetivo ha sido afrontar la violencia contra las mujeres y la infancia. Empezó siendo un grupo de sólo seis organizaciones, y en la actualidad WAVE conforma una red de unas 2.400 organizaciones no gubernamentales y de personas expertas de todos los países europeos que centran su trabajo principalmente en la eliminación y prevención de la violencia contra las mujeres y sus hijas e hijos. Las actividades más importantes de la red, se llevan a cabo con el apoyo de los llamados 63 Puntos Focales de la WAVE en 42 países, que son, en sí mismos, organizaciones en sus propios países.

Los principales ámbitos de actuación de esta red consisten en aumentar la conciencia pública frente a la violencia contra las mujeres como grave problema social, con el fin de facilitar el intercambio de información entre todas las personas que integran la red y de apoyar a los gobiernos nacionales y organizaciones internacionales a fin de establecer medidas para abordar la violencia contra las mujeres y sus hijas e hijos.

Desde 1994, WAVE ha desarrollado diferentes proyectos y actividades. Por ejemplo, en 1998 estableció un Centro de Información Europeo sobre violencia contra las mujeres con el objetivo de crear una base de datos que se actualiza diariamente. La base de datos de la WAVE es un proyecto ambicioso que incluye los aspectos más importantes en la lucha para la eliminación de la violencia contra las mujeres. Por lo tanto, no sólo se recogen datos sobre el acceso de las mujeres a los servicios de apoyo, sino también información detallada sobre actividades de prevención a nivel de cada país y a nivel internacional, especialmente en el ámbito de la investigación. En cuanto a los temas, la base de datos de la WAVE se centró originariamente en la violencia doméstica / violencia masculina en las relaciones de pareja pero, desde entonces, se ha ampliado para incluir también otras formas de violencia contra las mujeres.

La WAVE desarrolló un manual de formación para diferentes profesionales, incluyendo profesionales de medicina y juristas, que se utiliza en seminarios formativos de la WAVE. Uno de los últimos proyectos, llamados “Lejos de la violencia- directrices para establecer y llevar una casa de acogida para mujeres” fue financiado por el programa DAPHNE de la Comisión Europea.

En la actualidad, WAVE está llevando a cabo un proyecto DAPHNE llamado “Llenar vacíos- modelos de cooperación entre organizaciones de mujeres y autoridades estatales para prevenir la violencia contra las mujeres”. El principal objetivo de este programa es la cooperación multi-agencia para eliminar la violencia contra las mujeres. Se trata de intercambiar experiencias y conocimiento mediante la coordinación y cooperación entre los servicios de apoyo a las mujeres y las autoridades públicas (como la policía, el poder judicial o el sector sanitario). El proyecto pretende desarrollar un catálogo de estándares y directrices para que se de una buena cooperación- una herramienta para iniciar y guiar el proceso de cooperación coordinada.

Principio guía: la seguridad es lo primero

En cuanto al apoyo a las víctimas, la WAVE se centra en las medidas preventivas y en ejercer presión para que existan suficientes lugares seguros para las mujeres. Con el fin de proteger a una mujer que sufre violencia, la primera medida, y más importante, es la de proporcionarle un lugar seguro. En este lugar, ella podrá empezar a recuperarse de la experiencia traumática vivida- tanto física como psicológicamente, y puede disponer del tiempo suficiente para pensar sobre la estrategia adecuada para salir de esa relación violenta. Una casa de acogida para mujeres es un ejemplo de lugar seguro ya que estos recursos garantizan el derecho básico de las víctimas, esto es, el derecho a la seguridad. Por ello, es importante crear un número suficiente de este tipo de recursos en toda Europa. De acuerdo con la recomendación del Consejo de Europa/ Grupo de Personas Expertas en 1997, debería existir una casa de acogida por cada 7.500 personas (1).

La siguiente medida en importancia es ofrecer a las mujeres apoyo sanitario. El derecho a la salud es especialmente importante para una víctima de violencia. El apoyo es esencial para recuperar el sentimiento de dignidad y la conciencia del derecho a vivir sin violencia. Finalmente, es muy importante que las mujeres reciban atención en crisis. Es obvio que cualquier mujer que se encuentre en esta situación, debería poder acceder a una casa de acogida en cualquier momento, incluso durante la noche, ya que ninguna mujer que se enfrente a un peligro real debe ser rechazada u obligada a permanecer con su pareja. Cuando exista una sola casa de acogida en una determinada zona, ésta debería permanecer abierta durante las



The Wave-team

24 horas del día para admitir a las mujeres y sus hijos e hijas. El transporte hasta la misma debería ser lo más barato posible (preferiblemente gratis) para facilitar que las mujeres y sus hijos e hijas puedan acceder a este tipo de recursos sin preocuparse de su coste. Una vez atendidas las necesidades más inmediatas, la intervención debe centrarse en evitar nuevas situaciones de violencia.

Deben realizarse esfuerzos considerables con el fin de proporcionar una ayuda eficiente a las mujeres que sufren violencia y para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y la infancia. La WAVE contribuye en este esfuerzo para recordar a los organismos nacionales e internacionales que deben cumplir sus obligaciones con los derechos humanos, apoyar a las ONGs que ayudan a las víctimas y luchar frente a la violencia contra las mujeres y sus hijos e hijas. La información sobre los proyectos está disponible en www.wave-network.org.

Referencias

1. Consejo Europeo/Grupo de Personas Expertas para Combatir la Violencia contra las Mujeres (EG-S-VL): Informe definitivo sobre las actividades del EG-S-VL incluyendo un Plan de Acción para combatir la violencia contra las mujeres, Estrasburgo, junio 1997.

Rosa Logar

[rosa.logar@interventionsstellewien.at]

Maria Pohn-Weidinger

[office@wave-network.org]

Martina K. Steiner

[office@wave-network.org]

Para recibir información sobre cómo crear y mantener una casa de acogida para mujeres, ver el manual “Lejos de la violencia” en la página web de la WAVE, www.wave-network.org

ACCIÓN COORDINADA

Trabajar en red

Sabine Bohne



Renate Klein



La Coordinadora de Acción ante las Violaciones de los Derechos Humanos (CAHRV) es un esfuerzo compartido por 22 instituciones de investigación repartidas en 14 países europeos, redes políticas nacionales e internacionales y personas individuales dedicadas a la investigación procedentes de 23 países. Esta red de investigación trabaja sobre la violación de derechos humanos en el contexto de las relaciones interpersonales.

Incluso en las sociedades donde no existen conflictos armados, la violencia física, sexual y psicológica está extendida dentro de los hogares, en los colegios, en el trabajo y en las calles. Estas violaciones de los derechos humanos básicos también son una importante causa de problemas de salud, falta de rendimiento escolar y laboral, reducción de las redes sociales, al tiempo que pueden limitar seriamente la participación social y política. La mayoría de las personas que ejercen violencia son hombres, pero el estudio de la masculinidad tan sólo ha comenzado a explorar las raíces de esta práctica relacionada con el género. De manera similar, la investigación sobre entornos seguros y los efectos de los cambios sociales, es también incipiente.

El objetivo de la CAHRV es:

- Integrar diferentes enfoques en el estudio de la violencia.
- Unificar las bases teórica y empírica para las políticas.
- Abarcar un amplio territorio con un enfoque de estudio de casos, y
- Cooperación estructurada por sub-redes.

Áreas temáticas

La CAHRV se centra en cuatro áreas temáticas y, en cada una de ellas, trabaja un grupo de personas investigadoras con experiencia dilatada (ver cuadro). Uno de los grupos se ocupa de la identificación y registro de víctimas, y de desarrollar una base de datos fiable y comparable sobre la prevalencia de violencia interpersonal y su impacto sobre la salud. Un segundo grupo se centra en las causas de la violencia interpersonal, el papel de la masculinidad y las prácticas cotidianas asociadas al género en los hombres. El tercero trabaja sobre las formas de intervención en diferentes contextos nacionales y culturales, en particular, se centra en la respuesta del sistema judicial. El cuarto grupo tiene que ver con las circunstancias y comportamientos que protegen de la violencia interpersonal, en especial con la organización y dinámicas en el trabajo, los hogares y las redes sociales.

Subgrupo 1: identificación y registro de víctimas (Coordinadora: Manuela Martínez, Universidad de Valencia, España. manuela.martinez@uv.es)

- Informe de revisión sobre estudios europeos en relación a la prevalencia de la violencia interpersonal y su impacto sobre la salud y los derechos humanos.
- Nuevos análisis comparativos de datos de investigación en diez países.
- Desarrollo de estimaciones de la prevalencia e impacto donde no es posible realizar análisis representativos.
- Desarrollo de indicadores de seguimiento.

Subgrupo 2: causas de la violencia interpersonal, prácticas asociadas al género, exclusión social y violación (Coordinador: Keith Pringle, Universidad de Aalborg, Dinamarca. keithprngle@aol.com)

- Construcción social de la masculinidad, prácticas de los hombres asociadas al género, jerarquía social y marginación.
- Interacción de la estructura social y la estructura subjetiva individual.
- Ampliación de la base de datos del Centro Europeo de Documentación sobre Hombres, <http://www.cromenet.org>

- Desarrollo de una metodología de investigación comparativa sobre la violencia en los hombres.

Subgrupo 3: Respuestas a la violación de los derechos humanos basada en el género. (Coordinadora: Jalna Hanmer, Universidad de Sunderland, GB, jh@jhanmer.fsnet.co.uk)

- Lenguaje, política y práctica de intervención.
- Respuestas del sistema y buenas prácticas.
- Diseño de investigaciones en países europeos sobre el sistema judicial como punto de referencia para la protección de los derechos humanos.
- Informes elaborados en 11 países sobre la respuesta legal.

Subgrupo 4: factores protectores del contexto como garantía de los derechos humanos. (Coordinación: Ralf Puchert, Dissens e.V., Alemania, ralf.puchert@dissens.de)

- Diseño de mapas de factores protectores.
- Poner el foco en el trabajo, la familia, la familia de elección y las redes sociales.
- Estrategias de apoyo familiar, redes sociales informales, solidaridad intergeneracional.
- Impacto de género del entorno laboral.

Valor añadido de la CAHRV

La CAHRV promueve la toma de conciencia sobre el conocimiento generado en diferentes países mediante la colaboración transnacional y la información en diferentes lenguas sobre la investigación publicada. También genera un mayor grado de conocimiento a nivel europeo, a través del análisis de los datos existentes, comparables entre países. Además, promueve respuestas efectivas ante la violencia interpersonal en toda Europa mediante modelos de investigación que utilizan hallazgos específicos a nivel local para extenderlos a un contexto europeo más amplio.

La CAHRV se beneficia de una de las mayores ventajas de la colaboración a nivel europeo: la diversidad lingüística, social y cultural. Aunque puede resultar un reto abordar tal diversidad, en realidad aumenta el valor de la investigación a nivel local entre las diversas comunidades de Europa.

La CAHRV difunde sus hallazgos a través de su página web, de publicaciones y de conferencias. Las conferencias anuales sirven para informar al público sobre el trabajo que se está desarrollando en las cuatro áreas temáticas y para destacar los resultados de la investigación sobre violencia en el país donde se celebre la conferencia. En 2004, tuvo lugar una de ellas

en Osnabrueck, Alemania, que se centró en la investigación sobre evaluación y prevalencia de la violencia contra las mujeres en la nueva Alemania. En 2005, tuvo lugar una conferencia en París donde se presentó una investigación francesa y europea al público francés.

Para más información

Los informes y presentaciones de las conferencias, la revista de la CAHRV y los vínculos con investigaciones relevantes, están disponibles en la página web de la CAHRV. Por favor, visite <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de>

Invitamos a las personas con experiencia relevante que investigan a nivel individual a contactar con las respectivas coordinadoras de cada subgrupo para la información adicional y el trabajo en red.

Sabine Bohne

[sbohne@uos.de]

“Coordinadora de Acción ante las Violaciones de los Derechos Humanos” (CAHRV)

Renate Klein

[rklein@maine.edu]

“Coordinadora de Acción ante las Violaciones de los Derechos Humanos” (CAHRV)

ROMPER EL SILENCIO SOBRE LA VIOLENCIA EN LETONIA

Violencia contra las mujeres: el caso de Letonia

Aiga
Rurane



Liva
Biseniece



Desde 1997, se ha triplicado el número de mujeres que sufren violencia en Letonia. Una de cada 10 mujeres, en 1997, admitió haber sufrido violencia física (1). En 2003 ya eran 3 de cada 10 las que lo afirmaban. La mayoría de las mujeres que sufren violencia en Letonia, la sufren por parte de su pareja y raramente denuncian los hechos ante la policía.

El último informe sobre Desarrollo Humano en Letonia, elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), puso de manifiesto unos niveles de inseguridad preocupantes en Letonia (2). Las personas que sufrían violencia física dentro de su familia, presentaban los niveles más elevados de ansiedad.

Respuesta de NU: implicar a la población, movilizar a las personas clave y a los medios de comunicación

Considerando el aumento del problema de la violencia contra las mujeres y la infancia, y teniendo en cuenta las implicaciones para la seguridad de las personas, las agencias de NU en Letonia (PNUD, Comité Nacional Letonio del Fondo para la Infancia de Naciones Unidas (UNICEF LNC) y Organización Mundial de la Salud (OMS)) comenzaron el 14 de marzo de 2005 una campaña de un año de duración contra la violencia. La iniciativa de NU en Letonia estaba basada principalmente en el resultado del informe de la OMS sobre violencia y salud en el mundo (2002) y el mensaje visual de la campaña global de la OMS para la prevención de la violencia.

El objetivo de la campaña era aumentar la conciencia pública sobre las causas y consecuencias de la violencia. Dicha campaña fue diseñada para iniciar el diálogo con instituciones gubernamentales, municipios y organizaciones no gubernamentales, con el fin de poner de manifiesto las carencias existentes en la prevención de la violencia y en la provisión de apoyo a las víctimas de la misma.

El equipo de NU en este país se aproximó al problema de la violencia contra las mujeres desde diferentes ángulos. En primer lugar, se dirigieron al público general mediante una exposición de carteles, elaborados en el marco de la campaña global de la OMS, en las cuatro ciudades más pobladas de Letonia. Los carteles, con un importante componente emocional y artístico, se expusieron al aire libre reflejando el impacto de la violencia sobre la vida y la salud de las mujeres, e inmediatamente atrajeron la atención de la gente.

En segundo lugar, participó la organización no gubernamental local, Skalbés, que presta apoyo a las víctimas de violencia. Dentro del marco de la campaña, la ONG formó a un nuevo equipo de personas voluntarias para atender su línea telefónica. Tal y como se esperaba, el número de personas que querían prestar su ayuda, se incrementó durante la campaña y se proporcionó apoyo y direcciones de recursos en los que recibir asistencia en caso de necesidad.

El tercer componente de la campaña consistía en reforzar la cooperación entre las agencias responsables de la prevención de la violencia y de proporcionar apoyo a las víctimas de la misma. Las agencias de NU, en colaboración con el Centro de Formación para la Administración Local, organizó seminarios, para equipos de personas responsables locales, sobre diferentes formas de prevención de la violencia contra las mujeres y de ayuda a las mujeres que la han sufrido. La Asociación de Estudiantes de Medicina de Letonia, se unió a la campaña y llevó a cabo una serie de seminarios para estudiantes sobre las implicaciones físicas y psicológicas de la violencia, y sobre los procedimientos legales para identificar y denunciar los casos de violencia.

Finalmente, la organización de la campaña puso en marcha una difusión masiva en los medios de comunicación con el fin de relanzar el problema de la violencia en la prensa escrita y electrónica. La organización elaboró una serie de folletos informativos sobre los aspectos más importantes de la violencia, aportó un listado de personas expertas e implicó a las y los líderes de opinión. La respuesta de los medios de comunicación fue buena, tanto en términos de calidad como de cantidad de publicaciones y programas de televisión.

Resultados

La campaña de NU impulsó el poder llevar a cabo una colaboración más estrecha entre diferentes organizaciones gubernamentales, municipales y civiles que trabajan en el tema de la violencia contra las mujeres. Los debates públicos, los encuentros entre los diferentes partidos políticos y las publicaciones en los medios de comunicación mostraron de manera unánime cómo la violencia es un serio problema de salud pública en Letonia.

La organización de la campaña prestó especial atención a la cooperación entre ayuntamientos. El lanzamiento de la campaña en el ámbito regional fue seguido de debates, entre personas con implicación política, sobre intervenciones preventivas a nivel regional. Como

resultado, se discutió sobre temas nacionales desde una perspectiva regional con posibles soluciones a nivel local.

La campaña proporcionó una buena oportunidad para incrementar las habilidades y conocimientos de las y los profesionales que trabajan en temas de violencia. Representantes de los servicios sociales municipales, policía, juzgados y líderes locales de 27 unidades regionales en Letonia, acudieron a una serie de seminarios sobre cómo coordinar esfuerzos para abordar la violencia contra las mujeres.

Una cosa más

La campaña de NU se fortaleció gracias al generoso apoyo del sector privado y los medios de comunicación. La empresa de medios de comunicación ClearChannel difundió gratuitamente los carteles, así como el material visual de la campaña durante el primer mes.

Además, la revista *Cosmopolitan*, de manera voluntaria, llevó a cabo su propia iniciativa de concienciación pública, motivando a las mujeres para que contaran sus experiencias. La revista publicó una amplia descripción de los servicios existentes para mujeres que sufren violencia.

Lo que queda por hacer

Durante el curso de la campaña, las agencias de NU en Letonia, identificaron diferentes aspectos relativos a la legislación nacional sobre los que era necesario trabajar. Los últimos meses de campaña se dedicarán a analizar resultados y formular propuestas para el Parlamento a fin de asegurar que las mujeres reciban protección adecuada frente a sus agresores y apoyo psicológico tras haber denunciado el caso.

Liva Biseniece

[liva.biseniece@undp.org]

Oficial de Comunicaciones Interagencia de NU en Letonia

Aiga Rurane

[aiga.rurane@undp.riga.lv]

Oficial de Enlace de la Oficina de País de la OMS, Letonia

Referencias

1. Informe sobre la Salud Reproductiva de Letonia, UNFPA, 2003.
2. Página web del Informe sobre Desarrollo Humano: http://ano.deac.lv/html_e/index_09.htm

CONTEXTO SOCIAL DE LA VIOLENCIA ENTRE ADOLESCENTES



© Scampix/Corbis/Amélieque

La violencia entre adolescentes está recibiendo, durante las últimas décadas, cada vez más atención en el mundo occidental. Una de las razones para el creciente interés en la violencia entre adolescentes es que muchas áreas importantes de la violencia han permanecido ocultas a la opinión pública, y no han formado parte del discurso público hasta ahora que han salido a la luz mostrando la gran envergadura del problema.

Las y los adolescentes experimentan diferentes formas de violencia y en diversos contextos. Sufren violencia por parte de los medios de comunicación, en su interacción con sus iguales en el colegio e incluso en casa. La violencia puede darse como “tarjeta de presentación” en una cultura de iguales masculina, como una pelea en un lugar público, o en el contexto de las actividades ilegales, incluido el tráfico de drogas, la prostitución y los delitos económicos. Existen diferentes contextos sociales que pueden afectar al uso de la violencia y la victimización, tanto directa como indirectamente, a través de estilos de vida violentos.

Un tipo de victimización que ha recibido cada vez más atención es la derivada de la violencia sexual. Junto con los embarazos no deseados en adolescentes, se ha identificado como un problema social con consecuencias muy serias para la juventud y para la sociedad en su totalidad. Problema complejo que incluye factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Aunque este artículo se centra sólo en los aspectos sociales y culturales, esto no quiere decir que deban ignorarse los demás. Por el contrario, pretende enfatizar que los aspectos sociales y culturales son importantes puesto que ofrecen oportunidades para la prevención. Por ejemplo, la prevención pretende reducir el número de experiencias sexuales y embarazos no deseados entre adolescentes utilizando el

conocimiento experto de las personas que trabajan en este ámbito. Tomar conciencia sobre el contexto social que incide sobre la violencia entre adolescentes, puede beneficiar al trabajo preventivo en el área de la salud sexual y reproductiva. Así, el propósito de este documento es centrar la atención en ese amplio contexto social que influye en la violencia entre adolescentes.

El contexto social y cultural de la violencia entre adolescentes

No existe un solo enfoque teórico o investigación clásica que explique las raíces sociales y culturales de la violencia entre jóvenes. Pero la mayoría de las teorías comparten la premisa básica relativa a que factores como la comunidad, vecindad o grupo social concreto explican distintas formas de presentarse la violencia, y no sólo los factores atribuibles a características individuales. Estas teorías pueden dividirse en dos grupos.

El primero, incluye teorías que se centran en la estructura social, especialmente en las comunidades de bajo estatus socioeconómico, donde se da pobreza, inestabilidad en la residencia y ausencia de disciplina. Los entornos que presentan estas características pueden favorecer en la juventud un mayor riesgo de consumo de alcohol y de drogas, sexo sin protección, delincuencia y violencia. Desde esta perspectiva, la violencia se ve como parte de un estilo delincencial más amplio que puede implicar el consumo de drogas y el vandalismo, las conductas de riesgo y la continua búsqueda de nuevas sensaciones. En este contexto hay que señalar que algunos países, como los del este de Europa, que están atravesando un rápido cambio social, son más vulnerables que los que poseen una mayor estabilidad, como los de Europa occidental. La juventud en estos países, por tanto, presenta más riesgo.

El segundo grupo de teorías sostiene que hay culturas que presentan una mayor predisposición a la violencia debido a que llevan implícitos valores que fomentan tal comportamiento. Estos valores pueden resultar en conductas violentas a través de la socialización que actúa como determinante individual, o pueden operar a través de mecanismos de control social formal e informal independientemente del compromiso de cada persona con respecto a estos valores. Existen diferencias entre sexos, que se traducen en que los varones, mucho más que las mujeres adolescentes, muestran comportamientos



violentos para probarse a sí mismos frente a la mirada de sus iguales. Cuando los valores violentos están extendidos dentro del grupo de iguales, la violencia puede convertirse en una manera de proteger la identidad social y la posición dentro del grupo. Desde esta perspectiva, la violencia adolescente es el resultado de procesos que incluyen la presión de grupo, los consejos y el aprendizaje social dentro de un grupo de iguales que se adhieren a valores y normas violentas. Así, las creencias colectivas fuertemente asentadas dentro de un grupo, pueden conducir a actos violentos en algunas de las personas que lo componen debido más a la presión social que a una preferencia personal.

Violencia y victimización sexual

El contexto social que contribuye a la violencia en general también aumenta el riesgo de violencia sexual, violación y violencia contra las mujeres. Por ello, es esperable unas mayores tasas de violencia sexual en aquellos contextos que se caracterizan por pobreza, inestabilidad residencial y ausencia de disciplina. En la misma línea, se podría esperar unas tasas más elevadas de violencia sexual entre adolescentes, cuando las normas violentas están consolidadas dentro del grupo de iguales. El consumo de alcohol es un factor que contribuye al riesgo de violencia sexual y no-sexual; esto es especialmente cierto cuando las y los adolescentes también tienden a emborracharse (beber mucho alcohol en poco tiempo). Por ello, las experiencias sexuales no deseadas y el sexo sin protección suelen ser más frecuentes en países como Gran Bretaña y los Países Nórdicos donde emborracharse de esta manera es más común que en otros países europeos.

Debería subrayarse que las mujeres, en general, tienen mucha menos tendencia a cometer actos violentos que los varones y también a ser víctimas de actos de violencia no sexual. Sin embargo, el contexto social y los factores de riesgo indican un panorama similar para hombres y mujeres. Este cambia algo si nos centramos en la violencia sexual, indicando que también hay factores sociales que se correlacionan más específicamente con la violencia sexual y el género.

Prevención de la violencia entre adolescentes

El trabajo preventivo específicamente orientado a reducir la violencia sexual, incluyendo los casos de violación y las experiencias

sexuales no deseadas es de vital importancia. Incluye la educación sexual dirigida a adolescentes, la educación entre iguales y las campañas para formar a las y los adolescentes en la responsabilidad de pareja y sobre las consecuencias dañinas de la violencia sexual. Abordar la violencia sexual como problema concreto, aislándola de los condicionantes sociales que inciden en la violencia entre adolescentes puede, sin embargo, no ser la mejor estrategia.

En primer lugar, la investigación sobre violencia en la adolescencia muestra que los mismos factores que predicen la violencia, predicen también la violencia sexual: existe una elevada correlación entre violencia sexual y no-sexual. En segundo lugar, las acciones preventivas tendrán que abordar los condicionantes generales de la violencia así como las cuestiones más específicamente relacionadas con el comportamiento sexual. Así, por ejemplo, en un contexto social que lleve implícitos valores y normas agresivas, se pueden desarrollar todo tipo de violencias, incluida la sexual. Estas circunstancias tienden a darse en comunidades caracterizadas por desigualdades sociales, pobreza, inestabilidad residencial y poca disciplina. El proceso hacia el comportamiento violento en la adolescencia puede formar parte de la búsqueda de aventuras, diversión, emociones y excitación. La violencia puede convertirse en una manera importante de defender valores de identidad social y de ganar estatus o poder dentro de un grupo. De la misma manera, puede ser también una forma aceptada de resolver conflictos y enfrentarse a los problemas.

Las personas adolescentes están sujetas a una variedad de presiones culturales y estructurales que tienen pocas posibilidades de evitar. La estructura de su comunidad, las relaciones locales entre iguales así como la posición socioeconómica de su familia, generalmente, quedan fuera de su control y tampoco tienen alternativas reales de movilidad social o geográfica. Por ello, para trabajar con adolescentes, es necesario hacerlo dentro de su contexto social y cultural, en su comunidad. Una manera es mediante la activación de múltiples redes dentro de la comunidad para trabajar con la gente joven incrementando su participación en la toma de decisiones dentro de la comunidad. Este enfoque pretende movilizar a la juventud y a grupos de personas adultas directamente a nivel local, poniendo el énfasis en los colegios, los padres y las madres y la juventud trabajadora. Esto incluye

a las asociaciones de madres y padres, los clubes deportivos y de juventud, los colegios y grupos de gente joven que organizan eventos para adolescentes. Puesto que la investigación indica que los mismos factores de riesgo predicen de manera similar diferentes tipos de delincuencia, las acciones preventivas en esta línea reducirán la presencia de comportamientos violentos, el consumo de sustancias, el vandalismo y otros tipos de delincuencia no violenta.

Además de motivar a las comunidades para movilizarse en contra de la violencia, mediante la integración de estrategias populares de este tipo, es también importante la colaboración con agentes sociales pertenecientes a instituciones formales tales como la policía, trabajadores / as sociales y profesionales de la salud. Al mismo tiempo, debe reconocerse que los esfuerzos realizados a nivel local por las personas residentes que trabajan conjuntamente para solucionar sus problemas, no perciben de forma global la situación. La pobreza, factores socioeconómicos vinculados con las políticas económicas tienen que ver con la desigualdad de oportunidades que afecta a muchas comunidades y que también es necesario tener en cuenta.

Referencias

1. Hirschi, T. *Causas de la delincuencia*. Berkeley, Prensa de la Universidad de California, 1969.
2. Sutherland, E.H. *Principios de Criminología*, 4ª edición. Chicago, IL: Lippincott, 1947.
3. Bjarnason T, Sigurdardottir T. J, Thorlindsson, T. Agencia Humana, Guardianes Competentes y Restricciones Estructurales: acercamiento al estilo de vida para el estudio de la victimización violenta. *Journal of Adolescent Research*, 1999, 28 (1):105-119

Thorolfur Thorlindsson

[thorotho@hi.is]

Profesor de Sociología
Universidad de Islandia

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO EN LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA

La violencia por parte de la pareja durante el embarazo es frecuente y tiene consecuencias significativas para la salud de la mujer. Una revisión de la investigación sobre la prevalencia y consecuencias del maltrato durante el embarazo publicado en 2004, mostró que la prevalencia oscilaba del 4% al 23%, con unas tasas considerablemente más altas en los países en vías de desarrollo.

Esta revisión encontró que al menos en dos países industrializados con unas tasas bajas de mortalidad materna, Reino Unido y Estados Unidos, la violencia por parte de la pareja sobre la mujer era una causa significativa de muerte materna, de hecho, en tres grandes ciudades de EE.UU., era la principal causa, responsable de tantas como el 20% de las muertes maternas (1).

En los últimos años ha crecido la conciencia en la República de Moldavia sobre la violencia doméstica y su importancia como parte del problema más amplio de la violencia de género. Esto ha ocurrido a diferentes niveles, a nivel interno ha sido facilitado por las ONGs que trabajan para aumentar la concienciación y también gracias a las presiones externas ejercidas sobre los gobiernos dirigidas a reconocer la naturaleza y alcance de este problema. En los últimos años se han tomado diferentes iniciativas legislativas y se han dado los primeros pasos en la República de Moldavia para desarrollar y fomentar las políticas de igualdad de género, mediante la incorporación de la dimensión de género en los informes y acciones estratégicas. Dado que el embarazo es un periodo en el que las mujeres son más vulnerables ante el maltrato, el Ministerio de Salud de la República de Moldavia valoró la integración de este tema dentro de la atención a la maternidad. En un primer momento se solicitó el apoyo

de la OMS para incluirlo en los programas formativos de su personal profesional.

Antecedentes

La violencia contra las mujeres es endémica en Moldavia, a pesar de la ausencia de estadísticas oficiales (2,3,4). A nivel gubernamental, la violencia contra las mujeres se ha reconocido como un problema importante, de acuerdo con el Ministerio de Trabajo, Protección Social y Familia:

“en la actualidad, la frecuencia con la que se da la violencia doméstica, cuyas víctimas son las mujeres y las niñas y niños, está alcanzando unas proporciones alarmantes. Desafortunadamente, resulta muy difícil para el estado controlar la violencia doméstica puesto que la mayoría de los casos se denuncian sólo cuando hay consecuencias severas. El resto de los casos, son considerados como conflictos familiares” (3).

La creciente crisis económica que presenta el país ha agravado la situación al tiempo que ha contribuido al enorme incremento en el tráfico de mujeres y menores. Moldavia es en la actualidad uno de los países de origen y tránsito más importantes para el tráfico de mujeres y menores en Europa (5). Existe una correlación entre este tema y la violencia doméstica puesto que la evidencia disponible sugiere que muchas mujeres son captadas por las mafias del tráfico cuando huyen de la violencia y la pobreza.

En el estudio sobre Salud Reproductiva llevado a cabo por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Departamento de Sanidad de EE.UU.) en 1997, un 22% de las mujeres entrevistadas informaron haber sufrido violencia en algún momento de su vida- un 14% en los últimos 12 meses (6). La mujeres de áreas rurales tenían significativamente más probabilidades de sufrir (o denunciar) maltratos- un 27% en comparación con el 17% de las áreas urbanas. Hay que señalar que era más probable que las mujeres denunciaran maltratos graves si ya habían dejado la relación en la que tenían lugar. La mayoría de las mujeres nunca le habían contado a nadie que sufrían malos tratos: el 30% se lo manifestó a una persona de su familia o amiga, mientras sólo un 9% lo verbalizó ante profesionales de la salud. Dada la reticencia a denunciar, parece probable que las cifras de las que se dispone subestimen el fenómeno, especialmente en lo relativo a la violencia sexual.

Intervenciones de la OMS

En 2003, el Programa de Maternidad Segura (MPS) y el Programa de Mainstreaming de Género (GMP) de la Oficina Regional Europea de la OMS identificaron la necesidad de establecer una colaboración más estrecha en su trabajo. Dada la prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo, y que la violencia doméstica es uno de los indicadores de desigualdad de género más sensibles, fue considerada como un área en la que debería darse una colaboración eficaz. Como experiencia piloto para la iniciativa del MPS, la República de Moldavia presentó la oportunidad de desarrollar este enfoque. Tras varios encuentros entre la Oficina Regional Europea de la OMS y el Ministerio de Salud de Moldavia, se acordó que la integración de este tema dentro de la atención a la maternidad permitiría abordar las necesidades de las mujeres embarazadas que sufrieran malos tratos y, en caso de que esta iniciativa tuviera éxito, sería un ejemplo para otros países que presentaran una situación similar a la de Moldavia.

Con el fin de explorar el potencial de desarrollo de un modelo integrado, se organizó una visita de campo en junio de 2003 por parte de las expertas y expertos del Centro Colaborador de la OMS para el Mainstreaming de Género, en Glasgow. Tras este evento, surgieron algunos temas clave:

- El personal asistente hizo referencia a diferentes barreras a la hora de trabajar con el maltrato, tanto de tipo personal como profesional, por ejemplo, limitaciones de tiempo, falta de formación y habilidades, moral laxa, apoyo inadecuado por parte de la organización, falta de conocimiento sobre el tema, miedo a intervenir en “la vida o los asuntos privados”, falta de supervisión y de conocimiento sobre los recursos existentes para las mujeres que sufren violencia.
- Ausencia de integración con el trabajo desarrollado en la protección de las y los menores.
- Dificultades con la formación recibida- se había incluido un módulo sobre el tema que se valoró como insuficiente.
- Las y los profesionales de la salud pierden oportunidades de dar respuesta a las mujeres que sufren violencia.
- Demasiada demanda de trabajo sobre el personal.

Valentina Baltag



Katie Cosgrove



En respuesta a estos puntos identificados mediante entrevistas y consultas, se acordó establecer una serie de pasos para comenzar un proceso de apoyo y asesoramiento a profesionales en la detección y manejo de la violencia doméstica. Estos pasos son los siguientes:

1. Desarrollo de un Curso de Formación de Formadoras y Formadores sobre Violencia Doméstica y Embarazo.
2. Desarrollo de un módulo de formación para profesionales sobre violencia doméstica y embarazo.
3. Identificación de un sistema de registro que asegure que los maltratos son correctamente documentados.
4. Elaboración de un protocolo preliminar para su aprobación por el Ministerio de Salud y otros organismos implicados.

Curso de formación de formadoras y formadores sobre violencia doméstica y embarazo

En línea con la recomendación de las consultas expuestas anteriormente, se organizó un curso de formación de formadoras y formadores sobre violencia doméstica durante el embarazo en Chisinau, Moldavia, del 12 al 13 de abril de 2005. Este curso fue diseñado para personal formador y educador, que trabaja dando formación a profesionales de medicina de familia, estudiantes o matronas y matrones en prácticas, y gineco-obstetras que trabajan en la atención maternal. También para personal de psicología y trabajo social con actividad en este ámbito.

El objetivo del curso era asegurar que el personal docente obtuviera la capacitación necesaria para dar formación sobre violencia doméstica y embarazo, colaborando con el Programa para una Maternidad Segura en lo relativo a la violencia doméstica y el embarazo.

Puesto que el curso duraba sólo dos días, se centraba principalmente en los materiales diseñados para aumentar conocimientos, generar cambios de actitud y promover la concienciación sobre el papel del personal de salud en la adecuada detección y manejo de los casos de violencia doméstica. Se incluían los siguientes temas: definición de maltrato, conocimiento de la violencia doméstica, impacto sobre la descendencia y su protección, por qué las mujeres continúan con la relación, violencia doméstica y

embarazo, consecuencias del maltrato, papel del personal de salud, detección y respuesta ante la violencia, situación legal referida a la violencia doméstica y responsabilidades del personal de salud a la hora de denunciar, planes de seguridad y valoración del riesgo. Durante el curso se utilizaron diferentes métodos: interactivos, juego de roles, debates en grupos grandes y pequeños, presentaciones. También se proporcionó un manual y un CD ROM.

El protocolo sobre violencia doméstica se terminó de elaborar y también se realizó una consulta a las y los participantes sobre su punto de vista en cuanto a la implantación de la formación y del protocolo, así como sobre qué otros temas deberían tratarse.

Próximos pasos

Cada vez existe una mayor concienciación sobre la violencia contra las mujeres en Moldavia y hay un interés creciente hacia el cambio que resulta alentador, en particular en vista de la actual crisis económica. Los servicios sanitarios poseen una posición única para abordar la violencia dado que están en contacto con las mujeres durante todo el ciclo vital, y especialmente durante el embarazo. Aunque resulten decisivos para las mujeres, desde ellos no se puede dar respuesta a todas las necesidades que presentan. Es necesaria una respuesta coordinada y multisectorial para maximizar los beneficios, integrar las políticas, los planes y la provisión de servicios. El sector salud debe trabajar en colaboración con otros sectores y organismos para acabar con la violencia de género.

Hay dos aspectos sobre los que trabajar para mejorar la respuesta del sector salud:

1. Armonizar las iniciativas y estrategias/ planes, procedentes de diferentes niveles, que inciden sobre este tema y tienen relevancia directa o indirecta para el personal de salud. La colaboración intersectorial brindará los mejores resultados si se aúnan diferentes áreas de experiencia y se amplía lo que potencialmente sería un "restringido" modelo médico de atención. Este tipo de acciones deberían llevarse a cabo en tres de las áreas identificadas anteriormente: Salud Materno-Infantil, Protección de Menores y Salud Sexual y Reproductiva.
2. Identificar las actividades específicas que es necesario llevar a cabo dentro del sec-

tor salud teniendo presente la necesidad de formación sobre violencia doméstica y la implantación del protocolo.

Se consideró que la coordinación de esta actividad deberían realizarla las agencias que cuentan con experiencia y liderazgo en el tema. Se reconoció por el Ministerio de Salud, las agencias de NU y las ONG,s que se deberían desarrollar objetivos por áreas identificadas para la implantación de un plan.

Referencias

1. Campbell J., García-Moreno C., Sharps P. Maltrato durante el embarazo en países industrializados y en vías de desarrollo. *Violence against women*, 2004, 10 (7):770-789.
2. UNICEF. *Situación de la infancia y la familia en Moldavia: valoración y análisis*, Chisinau, 2002.
3. Defensorías de Derechos Humanos en Minnesota. *Violencia doméstica en Moldavia*, diciembre 2000.
4. Situación de la mujer en Moldavia. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 1999.
5. Organización Mundial contra la Tortura. *Violencia contra las chicas en Moldavia: informe del comité para los derechos de la infancia*, 2002. Ginebra, septiembre 2002.
6. *Informe sobre salud reproductiva en Moldavia*. EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1997.

Valentina Baltag

[wbaltag.who@tajnet.com]
Programa Internacional de la OMS.
Oficial de Salud Materno-Infantil
Oficina de País de la OMS, Tajikistan

Katie Cosgrove

[Katie.Cosgrove@gghb.scot.nhs.uk]
Directora de Programa (Violencia de Género)
Departamento de Salud Pública
Consejo Directivo Sistema Nacional de Salud, Glasgow.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN TURQUÍA

Las mujeres turcas, debido a su precaria situación socio-económica y a la desigualdad de género, tienen serios problemas de salud reproductiva entre los que se encuentran unas elevadas tasas de mortalidad y de embarazo adolescente. Esta problemática tiene un elevado coste social y debería, por tanto, tratarse como un serio problema de salud pública.

Aunque de manera informal se había estado informando sobre el tema de la violencia doméstica, no apareció en la agenda pública en Turquía hasta los años 80. La primera campaña sobre violencia contra las mujeres en la familia en este país, se llevó a cabo en 1987, tras una resolución judicial, en la que el juez planteó que "ninguna mujer debería estar sin descendencia en su útero y un palo en su espalda".

Situación de la violencia contra las mujeres

La importancia de la violencia contra las mujeres en Turquía se ha subestimado y, lo que es peor, se ha ignorado. Ello se debe a varios factores, entre los que se incluye los fuertemente arraigados estereotipos patriarcales de la cultura turca, característicos del país. Además, existe un problema de tolerancia de la violencia doméstica contra las mujeres como cuestión que afecta a los derechos humanos básicos de las mujeres.

A pesar de su difusión, la violencia contra las mujeres en Turquía no está recibiendo la atención que requiere un grave problema de salud pública. Además, las actitudes de la comunidad, asociadas a percepciones culturales y hábitos que disculpan la violencia contra las mujeres, frecuentemente son compartidas por la clase política, la justicia, la representación gubernamental, los medios de comunicación, la población general y, a veces, por las mismas mujeres en la sociedad. La tolerancia hacia este fenómeno y el hecho de sufrir la violencia, generan muchas barreras para el empoderamiento y autonomía de las mujeres en todos los ámbitos de la vida social, al tiempo que, tiene consecuencias para su salud, a la hora de buscar ayuda médica y sobre la de sus hijos e hijas. Del Estudio Nacional sobre Salud de 2003, se desprende que el 40% de las mujeres acepta que su pareja le agrede. Las mujeres más jóvenes, las recién casadas y las que tienen descendencia numerosa son más proclives, que sus iguales en otras situaciones, a pensar

que la violencia contra las mujeres puede justificarse. Este estudio reveló que las mujeres tienden a pensar que la violencia está justificada cuando la mujer discute con su marido (29%), gasta demasiado dinero (27%) o descuida a la descendencia (23%) (1).

Además de estas formas de violencia contra las mujeres turcas, existen otras formas de violencia en las que se ven involucradas prácticas tradicionales, incluyendo los "crímenes de honor", los matrimonios "forzados" o a edades tempranas, el "berdel" (el trueque para evitar pagar la dote u otros gastos de la boda), y el "be ik kertmesi" (una forma de matrimonio concertado, en el cual, las familias, mediante trueque, obligan a las niñas recién nacidas a casarse en cuanto se considera que pueden hacerlo), el castigo mediante el corte de la nariz, la poligamia, los matrimonios con hombres muy mayores como segunda o tercera esposa, las pruebas de virginidad, la ligadura de trompas sin el consentimiento de la mujer o el incesto (2). Algunas de las formas más graves de violencia contra las mujeres se cometen en nombre del "honor". Los "crímenes de honor" son especialmente frecuentes en las regiones del sur y el este de Turquía pero también han sido denunciados en otras regiones e incluso en otros países como Alemania, donde hay población inmigrante turca. Los asesinatos de mujeres se cometen cuando una mujer pretende salirse del rol social prescrito especialmente, pero no sólo, respecto a su sexualidad y a su relación con hombres fuera de su familia. Estos asesinatos habitualmente son cometidos por hombres, generalmente los más jóvenes de la familia (3). En Turquía, de acuerdo con la información de los medios de comunicación, en un periodo de dos años, más de 54 mujeres fueron asesinadas en nombre del "honor".

La información estadística sobre el alcance de la violencia contra las mujeres en Turquía es bastante limitada y poco fiable. Resulta muy necesario contar con datos fiables a nivel nacional sobre el alcance, los tipos y las consecuencias, sobre la salud, de la violencia contra las mujeres. La primera recogida de datos se llevó a cabo en 1994 durante la realización de un estudio en 12 provincias de cinco regiones geográficas de Turquía; en él el 30% de las 2.479 mujeres entrevistadas indicaron que habían sufrido malos tratos físicos por parte de sus maridos, mientras el 34% de los 1.147 hombres preguntados

admitieron que utilizaban la violencia física contra sus mujeres (4). Un estudio previo, del año 1988, halló que el 75% de las mujeres entrevistadas denunciaban haber sufrido malos tratos físicos por parte de sus maridos (5). Hasta 140 mujeres casadas que acudieron en busca de orientación al Centro Médico de la Universidad de Estambul, fueron entrevistadas y se encontró que el 57% relataban historias de malos tratos por parte de sus maridos (6).

De acuerdo con un estudio de 1998, citado en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS, la proporción de mujeres que habían sufrido agresiones físicas, alguna vez, por parte de sus parejas era del 58%, de 599 mujeres de 14 a 75 años que vivían al este y sureste de Anatolia (7).

Respuesta ante la violencia contra las mujeres

Dos décadas después de la campaña "Parar los Golpes", la sociedad turca ha alcanzado algunos logros. El gobierno turco ha reconocido públicamente que la violencia contra las mujeres es una violación de los derechos humanos y ha establecido un grupo interno de trabajo sobre violencia doméstica. Además, el gobierno nacional ha iniciado una campaña de concienciación que cuenta con la participación de jugadores de fútbol, personas famosas, empresas de medios de comunicación y líderes religiosos. El gobierno ha creado 13 casas de acogida para víctimas de violencia contra las mujeres.

En enero de 1998 se aprobó una nueva ley en el Parlamento turco llamada "Ley de Protección de la Familia", que regula las órdenes de protección para las mujeres que han sufrido violencia doméstica. Conforme a la nueva ley, cualquier miembro de una familia donde haya violencia doméstica puede denunciar el caso ante el juzgado para solicitar una orden de protección contra la persona agresora. La violación de una orden de protección puede servir para llevar a cabo un arresto o el ingreso en prisión. La revisión del Código Civil en 2001, adaptó la ley de familia turca a la Unión Europea, la Convención sobre Derechos de la Infancia y la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres. El nuevo código penal, aprobado por el Parlamento el 26 de septiembre de 2004, contiene una mejora en la protección a los derechos humanos de las mujeres. La

Ayşe Akin



Nüket Paksoy Subaşı



nueva ley contiene medidas preventivas para eliminar los crímenes de honor, prohíbe la violación dentro del matrimonio y no discrimina entre las mujeres casadas y no casadas. El mayor cambio reside en lo relativo a la clasificación de los crímenes sexuales que pasan a ser "crímenes contra las personas" en lugar de "crímenes contra la sociedad". Existe un proyecto legislativo para fomentar la provisión de servicios, especialmente las casas de acogida para víctimas de violencia.

Se están formando coaliciones no-gubernamentales para trabajar sobre la violencia doméstica (incluyendo las ONGs nacionales e internacionales y las empresas privadas de medios de comunicación). Se realizan encuentros anuales para debatir sobre temas relacionados con la violencia contra las mujeres y para establecer una plataforma de comunicación entre las ONGs en Turquía. El programa nacional de salud reproductiva en este país apoyará dos proyectos dirigidos a estudiar la violencia doméstica en los próximos dos años.

Recientemente, en mayo de 2005, se inició una actividad sobre violencia contra las mujeres en Diyarbakir y Mardin, en el centro de mujeres "KAMER". La campaña llamada "No cierres los ojos ante los crímenes de honor" está dirigida a concienciar sobre este tipo de crímenes.

Desafíos

A pesar de que la violencia contra las mujeres ya no es un tema tabú en Turquía, todavía quedan desafíos por afrontar. El reciente asesinato de una mujer turca en Berlín en febrero de 2005 por parte de sus hermanos, muestra cómo están de arraigados los estereotipos de género y las creencias culturales en la sociedad. Además, la falta de un sistema de referencia para atender a las víctimas, genera problemas para responsables, personal médico y víctimas, haciéndoles aún más difícil el acceso a los recursos. Finalmente, aunque se sabe que la violencia tiene consecuencias serias sobre la salud de las mujeres y su descendencia, el Ministerio de Salud ha prestado poca atención a este tema.

Lo que queda por delante

Con el fin de afrontar la violencia doméstica de manera efectiva, es necesario desarrollar, en Turquía, un plan de acción nacional sobre violencia contra las mujeres para abordar el problema y establecer estrategias. Las

organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales deben ser parte de la respuesta y, está claro que, el tema debe tratarse de manera multisectorial incluyendo el sistema legal, la policía, la salud, la educación y, naturalmente, las propias mujeres, que deben formar parte del proceso. El plan nacional debería contener objetivos y estrategias para aumentar la conciencia sobre la violencia contra mujeres; recoger sistemáticamente datos en todas las regiones de Turquía que, permitan medir la naturaleza y el alcance de la violencia contra mujeres; tomar medidas para prevenir la violencia contra las mujeres financiando un número suficiente de centros de acogida; desarrollar mecanismos para supervisar las actividades; hacer cumplir las leyes que protegen a mujeres, como la ley de Protección de Familia y el Código Penal, y asegurar que las personas que trabajan en la judicatura o como funcionarias del gobierno reciben formación sobre violencia contra mujeres; desarrollar un sistema de referencia para derivar a las mujeres, así como, los protocolos necesarios para intervenir con las víctimas de la violencia en las instituciones sanitarias y programas de formación para profesionales de la salud que les permita realizar tareas preventivas y de detección de casos; crear comunidades más seguras donde las mujeres puedan vivir sin violencia y sus consecuencias y se reconozca y apoye a las ONGs que trabajan en la prevención de la violencia contra las mujeres.

Afortunadamente, recientemente, se ha desarrollado una investigación a nivel nacional sobre violencia contra las mujeres en Turquía y, además, se ha establecido una comisión parlamentaria para tratar todos los aspectos mencionados anteriormente y preparar un plan de acción para prevenir la violencia contra las mujeres en Turquía. Se espera que este compromiso político de alto nivel sea más eficiente que los anteriores y que asegure el apoyo a las actividades hasta que la violencia contra las mujeres sea eliminada en toda la sociedad turca.

Referencias

1. Hancioglu A, Akadlu Ergöçmen B, *Características y situación de las mujeres*. Universidad de Hacettepe, Instituto de Estudios sobre Población, Estudio Turco sobre Demografía y Salud, 2003.
2. "CEDAW Gölge Raporu", 2005. <http://www.ucansupurge.org/>. Htm. [12.08.2005]

3. "Parar la violencia contra las mujeres en Turquía: mujeres que sufren violencia en su familia" Informe de Amnistía Internacional, 2004. [http://web.amnesty.org/library/pdf/EUR440132004ENGLISH/\\$file/wur44013004.pdf](http://web.amnesty.org/library/pdf/EUR440132004ENGLISH/$file/wur44013004.pdf).
4. Aile içi şiddetin boyutları, nedenleri, sonuçları ve olusum sürecinin analizi (Análisis de las dimensiones, causas, consecuencias y procesos de la violencia dentro de la familia). Nielsen Business Information Inc. T.C. Basbakanlik, Aile Arastirma Kurumu (Instituto de Investigación sobre la Familia), 1994. Ankara: T.C. Basbakanlik, Aile Arastirma Durumu Yaynları.
5. "Kadınların sorunları ve beklentileri (Problemas y expectativas de las mujeres). Informe de investigación para la Directora General sobre la Situación y los Problemas de las Mujeres. PIAR-Galup, Primer Ministro Turco, 1988.
6. Yüksel S, Es dayagi ve dayaga karsi dayanisma kampanyasi (Malos tratos contra las esposas y campaña contra él). In Tekeli, S. Ed. *Kadın bakis acisindan 1980'ler Türkiye'sinde kadın (Desde una perspectiva de las mujeres: mujeres en los 80 en Turquía)*, Estambul, Iletisim Yayinlari, 1990.
7. Krug EG et al, eds. *Informe mundial sobre violencia y salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

Nüket Paksoy Subasi

[nsubasi@hacettepe.edu.tr]
Especialista en Salud Pública
Departamento de Salud Pública de Hacettepe
Facultad de Medicina
Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Reproductiva

Ayşe Akin

[aysea@tr.net]
Obstetra y Ginecóloga
Especialista en Salud Pública
Departamento de Salud Pública de Hacettepe
Facultad de Medicina
Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Reproductiva

CREACIÓN DE UNA RED DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA FEDERACIÓN RUSA

Este artículo se basa en la experiencia del proyecto "Implicar al sector salud en la lucha contra la violencia de género" llevado a cabo entre 2002 y 2004 en la Federación Rusa.



El Proyecto se puso en marcha conjuntamente por la Fundación Focus y la Asociación Italiana para el Desarrollo de las Mujeres (AIDOS), con el apoyo de TACIS, que proporciona financiación para asistencia técnica a 12 países de Europa del Este y Asia Central (Armenia, Azerbaijan, Belorusia, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Moldavia, Rusia, Tajikistan, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán) y del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Dicho proyecto fue diseñado para trabajar sobre la violencia de género en colaboración con las organizaciones sin ánimo de lucro de mujeres de diferentes ciudades rusas como Moscú, San Petersburgo, Tver, Tula, Voronezh, Naberezhniye Chelni, Pskov y Murmansk. Además, profesionales de la medicina y la gerencia de diferentes clínicas en Moscú, también participaron en el proyecto.

Estudios sobre violencia contra las mujeres

Antes de que comenzara el proyecto se llevó a cabo un estudio situacional de base en el que participaron 964 mujeres de toda Rusia, de las que el 62% tenía menos de 30 años. El estudio mostró que la mayoría de ellas valoraban su estado emocional como bueno. Dentro de este grupo de mujeres profesionales "exitosas", el 75% de ellas declaró haber sufrido agresiones al menos una vez en la vida, mientras el 40% afirmó que la habían sufrido repetidamente. Más de la mitad de ellas sufrieron la violencia en forma de maltrato psicológico o emocional continuo, una de cada cuatro estaba expuesta a violencia psicológica y más del 13% declaró haber sido violada.

Creación de la red de trabajo

Uno de los propósitos del proyecto era desarrollar una red de trabajo entre instituciones sanitarias, centros de atención en crisis y centros / servicios de atención psicosocial y legal, cuyo objetivo es apoyar a las víctimas de violencia de género. Para poder asegurar un apoyo estable y sistemático a las mujeres que han sufrido violencia, era necesario involucrar a diferentes servicios, puesto que el estudio mostró que las víctimas de violencia de género necesitan asesoramiento de diferentes profesiones como abogacía, medicina, psicología y psicoterapia. Las mujeres que sufren violencia, además, necesitan conocer la forma de acceder a este recurso en los centros de atención en crisis y líneas telefónicas. Resulta útil para ellas tener la oportunidad de debatir sobre su situación con otras mujeres y, esta ocasión, la tienen en los grupos terapéuticos.

Por esta razón, el proyecto se centró en implicar a los servicios apropiados, especialmente a los centros de atención sanitaria, para realizar esfuerzos unificados dirigidos a la creación de una red de trabajo para la prevención de la violencia de género. Se puso este énfasis en los servicios de salud porque las mujeres víctimas de violencia de género, presentan problemas de salud específicos. Cuando surge un problema de salud, generalmente la mujer consultará a su médica o médico, quien está en situación de identificar si la mujer sufre violencia. Si es así, el o la profesional, puede abordar el tema de la violencia de género y derivarla a los recursos de apoyo apropiados como psicoterapia, psicología, juristas o a un centro de atención en crisis, dependiendo de sus necesidades. Sin embargo, esto sólo funciona si, el o la profesional, tiene la capacidad necesaria y realiza las preguntas apropiadas relacionadas con la violencia de género y si las y los profesionales de salud saben dónde derivar a estas mujeres.

La metodología para integrar la ayuda, a las víctimas de violencia de género, en los servicios médicos se desarrolló con la ayuda del UNFPA y AIDOS se encargó de darla a conocer al resto de partes implicadas. Llevó algún tiempo adaptar este enfoque a las condiciones de Rusia, donde resultó que las recomendaciones de profesionales de medicina y gerencia de la red de clínicas tuvieron un valor incalculable. Este mismo enfoque se ha difundido a todo el personal sanitario, al que se ha implicado en la provisión de servicios de salud para las víctimas.

En un esfuerzo conjunto, se recogió información sobre las organizaciones, servicios y especialistas que acordaron proporcionar apoyo a las víctimas de violencia de género. En la actualidad está disponible una guía de recursos con toda la información recogida en cada una de las ciudades del proyecto; cada uno de los servicios de atención de salud que participó en el mismo, posee esta guía, que facilita la creación de un sistema de derivaciones. La información general sobre este sistema de transferencias puede encontrarse en nuestra página web, www.woman.ipd.ru y en www.crisis.ipd.ru y está dirigida a atender a mujeres en situaciones de emergencia.

En lo relativo a la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres, el estudio mostró que, en gran parte, depende de la actitud de las propias mujeres. El estudio reveló que a pesar de que muchas mujeres en general se sentían emocionalmente bien, percibían también un bajo nivel de responsabilidad en cuanto a su propia vida y bienestar. Las mujeres no se toman en serio su salud y no siempre luchan por sus derechos, por ejemplo, a la hora de consultar con profesionales de medicina o psicología. Por ello, es crucial desarrollar programas dirigidos a aumentar la conciencia entre las propias mujeres sobre sus derechos y valores personales.

Lidia
Bardakova



Julia
Kachalova



Principales logros del proyecto

1. Llamar la atención de las administraciones locales sobre los temas relacionados con la violencia de género.
2. Crear un sistema de apoyo médico, psicológico y legal para ayudar a las víctimas de violencia de género.
3. Desarrollar recomendaciones para profesionales de la salud y gerencias de clínicas, basándose en buenas prácticas internacionales adaptadas a las características de Rusia.
4. Mejorar las estrategias y conocimiento del personal de salud sobre cuestiones de género y sobre la comunicación con las víctimas de violencia de género. Aumentar la motivación del personal de medicina para trabajar con estas víctimas.
5. En algunas ciudades, el personal de medicina organizó los grupos llamados "Sociedad sin violencia", mientras en otras se crearon grupos a nivel local para abordar la violencia.
6. Amplia cobertura para la violencia de género y las actividades del proyecto gracias a los medios de comunicación y las televisiones locales.
7. Desarrollar y difundir información, materiales y carteles de apoyo bajo el lema: "No hay sitio para la violencia en tu vida".
8. Realización de estudios sociológicos sobre violencia de género.

Un ejemplo del proyecto: exámenes de rutina por parte del personal de salud

En Voronezh las actividades que se llevaron a cabo dentro del proyecto fueron coordinadas por el movimiento público "Defensa de las Mujeres". La información y los materiales de referencia sobre violencia de género se difundieron en cinco centros sanitarios. Además, desde enero hasta marzo de 2004, 10 profesionales de medicina formularon sistemáticamente a sus pacientes preguntas relacionadas con la violencia de género y, si era necesario, las derivaban a especialistas. Durante los tres meses, este despistaje rutinario descubrió 1208 casos de violencia doméstica y 72 casos de violación; 527 mujeres fueron derivadas a la línea de ayuda, 881 a apoyo psicológico y 181 a juristas. El estudio se realizó de forma selectiva y se realizó en mujeres que "despertaban sospechas".

¿Qué hace que este proyecto sea innovador?

En varios países se han llevado a cabo proyectos que pretenden integrar el apoyo a las víctimas de violencia de género dentro del sistema general de servicios de salud. Sin embargo, la mayoría de ellos se realizaron en un solo centro- una asociación de planificación familiar o de atención en crisis. Este proyecto ha elegido un modelo de trabajo en red completamente diferente que permite mejorar significativamente la calidad de los servicios que se ponen a disposición de las víctimas de violencia de género con el mínimo adicional de recursos. Más de 60 centros de atención en crisis, instituciones médicas, asociaciones que proporcionan apoyo jurídico, social, psicológico y psicoterapéutico colaboraron en la red.

Otra característica innovadora del proyecto es que no se limitaba a la investigación, difusión de información y formación diseñadas para sensibilizar a las y los profesionales de salud sobre el tema de la violencia de género. El proyecto iba más allá de la fase preparatoria: diversas instituciones y servicios, trabajando en la red, crearon un precedente de servicio real para ofrecer a la población.

Dificultades encontradas durante el Proyecto

Uno de los desafíos durante el proyecto fue el motivar al personal de medicina, que ya estaba sobrecargado de trabajo y estadísticas, para preguntar a sus pacientes sobre el tema de la violencia de género y hacer derivaciones a otras especialidades sin ninguna compensación adicional. En gran medida este problema se resolvió como resultado del compromiso de las personas participantes y la creencia en lo que estaban haciendo. Este trabajo produjo resultados que impresionaron tanto a profesionales como a pacientes. Otra dificultad a la que hubo que enfrentarse fue la falta de coordinación intersectorial y de cooperación, un mal tradicional en la Federación Rusa.

¿Qué ha sucedido desde 2004, cuando finalizó el proyecto?

Estaba previsto que el establecimiento de esta red de trabajo para abordar la violencia de género asegurara la sostenibilidad del proyecto. Además de crear redes "anti-violencia de género" a nivel local, "Focus" continúa centrándose en el desarrollo de modelos que puedan utilizarse para corregir los patrones de género de comportamiento destructivo, tanto a nivel individual como cultural.

Con este proyecto puesto en marcha por "Focus" se pretendía fortalecer las redes locales y desarrollar métodos para el cambio de la percepción de las mujeres hacia la violencia. La idea subyacente a estas actividades era aumentar la conciencia y ayudar a las personas a asumir una mayor responsabilidad sobre sus vidas. Con ello, se esperaba contribuir al descenso de las agresiones y la tensión y, así, fomentar unas relaciones más armoniosas. Para este propósito, se desarrolló, dentro del proyecto, un módulo de formación personal para mujeres llamado "Despertar a la diosa". Desafortunadamente, estos proyectos fueron financiados mediante subvenciones que no son sostenibles. El abordaje de la violencia de género requiere el desarrollo de un sistema público basado en las lecciones aprendidas y las buenas prácticas de este proyecto. Es importante, para que sea exitoso y sostenible, que las actividades tengan el respaldo de los recursos federales.

Lidia Bardakova

[bardakova@unfpa.org]

Asistente de Representante UNFPA en Rusia

Julia Kachalova

[fondfocus@mtu-net.ru]

Directora de la Fundación "Focus" en Moscú.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA ANTIGUA REPÚBLICA YUGOSLAVA DE MACEDONIA

El Informe Anual del Comité de Helsinki para Macedonia, de 2002, y las estadísticas obtenidas de las ONGs, muestran que ocho de cada diez mujeres son víctimas de violencia física.

Artículo sobre el libro "Maltrato por la pareja íntima y profesionales de salud: Nuevas Aproximaciones a la Violencia Doméstica", editado por Gwenneth Roberts, Kelsey Hegarty y Gene Feder, Elsevier, Septiembre 2005.



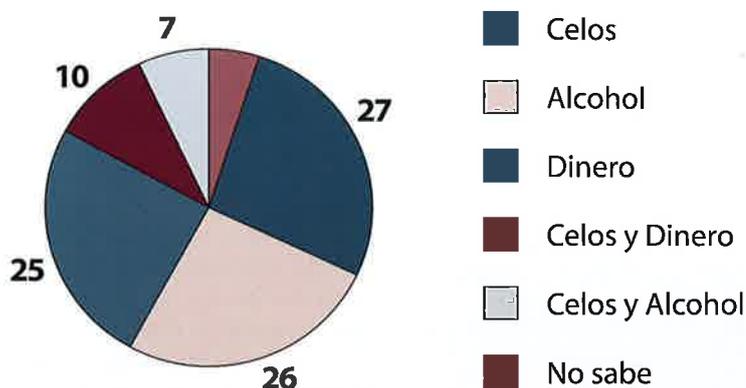
"Este libro no trata sobre la prevención primaria desde el punto de vista de los programas comunitarios de sensibilización. Prevenir el inicio de los maltratos es un gran desafío político

y cultural al que los servicios sanitarios no contribuyen más allá de reflejar el rechazo hacia la violencia de la pareja íntima y visibilizar el problema."

Para el personal de salud en general o de medicina en particular este es un libro relevante e interesante de leer. No sólo proporciona una buena comprensión de las complejidades que implica el maltrato por la pareja íntima (API) sino que también da información práctica y aplicable para profesionales de salud. El libro, elaborado por personas investigadoras de diversas disciplinas de la salud de ámbito internacional, está dividido en tres secciones: la primera trata sobre la historia del API, al tiempo que proporciona a quien lo lee antecedentes conceptuales y teóricos, la segunda se centra en su impacto sobre la salud mental y física, la formación de las y los profesionales de la salud, cómo detectar el API y cómo intervenir y apoyar profesionalmente a las personas que lo sufren. Finalmente, los cuatro últimos capítulos abordan la diversidad cultural y el API y trata sobre las relaciones de gays y lesbianas, y pueblos indígenas entre otras cuestiones.

Se puede pedir el libro en: <http://www.intl.elsevierhealth.com/catalogue/title.cfm?ISBN=0443074933>, por un precio de 24,99 libras más gastos de envío.

Motivos más frecuentes para la violencia doméstica



Fuente: estudio realizado por la Asociación Rumana de mujeres y jóvenes, Luludj, 2004.

La antigua república yugoslava de Macedonia (en adelante "Macedonia") es signataria y ejecutora de las actas internacionales sobre protección de los derechos humanos y prevención de la discriminación, tortura y maltrato, que se integran en la legislación nacional, tales como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW). En 2003 y 2004, el Estado realizó algunas enmiendas a la vigente Ley sobre Familia y a la Ley para la Protección Social, así como al Código Penal en lo relativo a la prevención secundaria, especialmente, en cuanto a las sanciones para los agresores y la protección de las víctimas de violencia doméstica.

El coste de la violencia contra las mujeres

A pesar de la ausencia de datos oficiales sobre la violencia doméstica contra las mujeres y las y los menores, el Informe Anual del Comité de Helsinki sobre Macedonia en 2002 y las estadísticas realizadas por ONGs muestran que ocho de cada diez mujeres son víctimas de violencia física. Los datos oficiales de la policía muestran que en 2004 se presentaron 2.434 denuncias por violencia doméstica, de las cuales 1.000 víctimas eran esposas, 460 padres / madres y 175 menores y otros parientes. En la mayoría de los casos, la violencia estaba relacionada con el abuso de alcohol. La violencia contra

las mujeres en Macedonia, por tanto, es un problema grave de salud, de derechos y de salud pública y debe tener alta prioridad.

Los centros de servicios sociales proporcionaron recursos a 409 víctimas de la violencia familiar en 2004 y 2005 y se alojó a 85 víctimas de violencia en cuatro centros de acogida situados en Skopje, Kochani, Vitola y Strumica.

Un estudio sobre violencia doméstica, realizado por la ONG para la Solidaridad, Emancipación e Igualdad de las Mujeres (ESE), con una muestra de 850 mujeres procedentes de entornos rurales y urbanos (1,3% de la población total de mujeres de Macedonia) en el año 2000, mostró que el 61,5% de las mujeres entrevistadas denunciaban violencia psicológica, el 23,9% violencia física y el 5% violencia sexual. Una situación económica precaria y el desempleo fueron identificadas como las causas principales de la violencia contra las mujeres así como el abuso de alcohol (presente en uno de cada cuatro agresores).

Las mujeres que tienen entre 25 y 40 años están más expuestas a la violencia y los agresores suelen tener entre 40 y 44 años. Parecen existir diferencias étnicas: las mujeres rumanas denunciaron estar expuestas a la violencia psicológica, mientras las albanas lo estaban ante la violencia física. Otro estudio, realizado en 2004 por la ONG Asociación Rumana de Mujeres

Fimka Tozija



Dragan Gjorgjev



Dimitrinka Jordanova



Marija Raleva



e Infancia, mostró que entre las mujeres rumanas la forma predominante de violencia es la psicológica (61,5%), la violencia física representa un 33,5% de los casos y la sexual un 5%. La mitad de las mujeres que han sufrido violencia carecían de estudios o tenían sólo estudios primarios, y un 82% se encontraban desempleadas. Las principales causas de la violencia, referidas por el agresor o denunciadas por las mujeres se presentan en el diagrama (ver pagina contraria).

Prevención de la violencia contra las mujeres: respuesta del Estado

En el país, hay una carencia sistemática de seguimiento y una pobre recogida de datos sobre víctimas de violencia de género, desde las instituciones sanitarias, educativas, sociales y de otro tipo. El Estado está en proceso de preparación de un protocolo específico para las víctimas de violencia que tiene el objetivo de prevenir la victimización secundaria y terciaria. El desarrollo del protocolo para las víctimas de violencia se está realizando conjuntamente entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo y Política Social, el Ministerio del Interior y dos ONGs que trabajan con mujeres (Zdrzenska y ESE), apoyados por UNIFEM.

El Ministerio de Trabajo y Política Social ha dado algunos pasos en el campo de la prevención de la violencia doméstica. El primer recurso de acogida y protección para las víctimas de violencia se inauguró en 2004, en Skopje. Éste fue seguido por la apertura de cinco centros más en todo el país y de un teléfono de ayuda de carácter nacional. Ahora es necesaria una mayor formación para ampliar la capacidad de los centros existentes.

La República de Macedonia ha adoptado la estrategia de la OMS "Salud para Todas las Personas en 2000" y más tarde la estrategia "Salud para todas las personas en el siglo XXI", orientando las actividades sanitarias estratégicas a lograr los objetivos establecidos. Un paso estratégico importante consiste en abordar la violencia junto con los daños no intencionados, puesto que ambos comparten una serie de determinantes (ej. económicos, sociales, políticos y ambientales) y factores de riesgo (ej. alcohol y drogas), especialmente entre las mujeres y la infancia. Se requieren enfo-

ques multisectoriales para el desarrollo de programas que tienen que ver con factores de riesgo comunes, tales como el alcohol.

El Ministerio de Salud de Macedonia y el Instituto de la República para la Protección de la Salud, han priorizado en su agenda la prevención de la violencia comenzando con la Campaña contra la Violencia en colaboración con la OMS, UNICEF, el Instituto de Sociedad Abierta y la ONG ESE, emitiendo el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS y realizando una campaña, con una serie de carteles contra la violencia, el 25 de noviembre de 2003. Además, se estableció, en mayo de 2004, el Departamento para la Prevención y Control del Daño y la Violencia del Instituto de la República para la Protección de la Salud en Slopje, como agencia líder, a nivel nacional, en el sector salud para la prevención del daño y la violencia.

La violencia ha sido una de las prioridades del Acuerdo Nacional Bienal, 2004-2005, entre el Ministerio de Salud de Macedonia y la OMS, constituyéndose un grupo de trabajo, a nivel inter-ministerial y multidisciplinar, con representantes del Ministerio de Salud, Justicia, Familia y Asuntos Sociales, Educación e Interior, la OMS, ONGs y los medios de comunicación, que está trabajando en la valoración y preparación de un informe nacional sobre violencia y salud con especial atención a las mujeres y la infancia.

Futuros desafíos

Los desafíos clave en el ámbito de la prevención de la violencia contra las mujeres en Macedonia a corto plazo, tienen que ver con la implantación de la ley de familia y el código penal, ambas reformadas para la prevención de la violencia doméstica, y de las recomendaciones del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS mediante las siguientes actividades:

- Mejorar la recogida de datos, se necesita promover la investigación sobre valoración y seguridad en la violencia contra las mujeres.
- Desarrollar un sistema integral de información para realizar seguimiento de la violencia
- Desarrollar una política sanitaria nacional: desarrollar una estrategia para la prevención de la violencia y un plan

nacional que se centre en la violencia contra las mujeres.

- Desarrollar e implantar un protocolo para apoyar y realizar seguimiento de las víctimas de violencia.
- Desarrollar la capacidad de profesionales que trabajan en organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales para prevenir la violencia a todos los niveles, pero especialmente en la prevención primaria.
- Promover la igualdad social y de género y el empoderamiento.
- Comenzar a realizar iniciativas a nivel regional y reforzar las redes de trabajo.

Fimka Tozija

[ftzozij@mt.mk]

Jefa del Departamento para el Control y la Prevención del Daño y la Violencia

Instituto de la República para la Protección de la Salud, Skopje.

Dragan Gjorgjev

[dgjorgjev@mt.net.mk]

Jefe de Departamento de Salud Medioambiental

Instituto de la República para la Protección de la Salud, Skopje.

Dimitrinka Jordanova Pesevska

[djp@who.org.mk]

Oficial Profesional Nacional
Oficina de País de la OMS, Skopje

Marija Raleva

[mraleva@yahoo.com]

Clínica de Psiquiatría
Centro Clínico, Skopje

ACTITUDES Y EXPERIENCIAS ANTE EL ABUSO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA EN ESTONIA

Este artículo se basa en una investigación realizada en Estonia durante la primavera de 2003, con el objetivo de proporcionar una visión general del comportamiento sexual en la adolescencia, de las experiencias personales sobre el abuso y de las actitudes hacia el abuso sexual como fenómeno, durante esta etapa.

Es la primera encuesta, en este campo, realizada en Estonia con una muestra tan numerosa y representativa, de dimensión internacional e implicando también a seis países además de Estonia: Suecia, Noruega, Islandia, Polonia, Rusia y Lituania. El carácter internacional proporciona la oportunidad de comparar los resultados y de diseñar estrategias efectivas para acabar con el abuso infantil en la región del Mar Báltico. En Estonia la muestra incluía 1.942 respuestas, un 45% eran chicos y un 55% chicas; un 70% eran de Estonia, y un 30% de Rusia; un 67% estudiaba secundaria, un 33% formación profesional; un 76% procedía de un entorno urbano y un 24% del rural.

Actitudes de las y los adolescentes hacia el abuso sexual

La herramienta utilizada para estudiar las actitudes de las y los adolescentes (16-19 años) hacia el abuso infantil y hacia las relaciones sexuales entre menores y adultos, fue la Escala de Brier y Henschel sobre Actitudes hacia el Abuso Sexual. Los resultados del estudio mostraron que las actitudes de la juventud hacia las relaciones entre menores (menos de 18 años, como está definido en la Convención de los Derechos de la Infancia) y adultos, así como, hacia el abuso sexual, fueron diversas. Cada pregunta de la escala tenía un amplio rango de respuestas, desde "completamente de acuerdo", hasta "completamente en desacuerdo". Una mayoría de las respuestas no aprobaban que un o una menor fuera tocada en sus partes

íntimas mientras se le manipulaba hacia las relaciones sexuales. Además, se percibía que la relación sexual con menores tendría un impacto negativo sobre niños y niñas y se sugirió que las personas abusadoras deberían ser encarceladas.

Las personas participantes en el estudio, se dividieron en dos grupos: de actitudes liberales y de actitudes conservadoras. Las conservadoras (53%) insistían con mayor frecuencia en que una relación sexual con menores es dañina, rechazaban las relaciones sexuales entre menores y personas adultas y expresaban que estas relaciones deberían calificarse como delictivas. Las liberales (47%) eran más propensas a declarar que las relaciones sexuales entre personas adultas y menores (12-14 años) deberían aceptarse y no prohibirse si, no son forzadas y son deseadas por ambas partes. Asimismo, no calificaban de delictivas este tipo de relaciones y percibían que era muy probable que ellas mismas participaran en una relación sexual con menores de 12 a 14 años.

El estudio también mostró que los niños rusos tenían la actitud más liberal hacia este tema, y las niñas estonias, la actitud más conservadora. Las y los participantes en el estudio que admitieron haber sufrido abusos sexuales, no presentaban actitudes diferentes hacia las relaciones sexuales entre personas adultas y menores a quienes no habían sufrido abusos. Sin embargo, las y los adolescentes que admitían comportarse de manera abusiva, presentaban unas actitudes significativamente más liberales que quienes no se comportaban de esta manera. Quienes ya habían tenido relaciones sexuales y creían tener más experiencia sexual, tendían a mostrar actitudes más liberales. Al mismo tiempo, las y los adolescentes con actitudes liberales, tenían más propensión a

consumir sustancias y a presentar conductas delictivas.

Las personas participantes también respondieron ante frases como: "las víctimas de abusos suelen ser mujeres fáciles con mala reputación" o "muchas mujeres ocultan su deseo de ser violadas, y pueden crear de manera inconsciente una situación en la que pueden ser violadas". La investigación mostró que casi la mitad, creían que casi todas las víctimas de violación eran mujeres fáciles o deseaban ser violadas. Sin embargo, esta creencia era más común entre los chicos que entre las chicas.

Experiencias de abuso sexual en la adolescencia

En esta investigación, se indagó sobre las experiencias de abuso sexual mediante seis preguntas, que pueden verse en la tabla 1. Debería tenerse en cuenta que todas las respuestas a estas preguntas eran valoraciones subjetivas de las y los participantes. Los resultados muestran que las chicas (44%) sufrían abusos sexuales con bastante más frecuencia que los chicos (15%). Las personas participantes de Estonia (34%) declaraban haber sufrido abusos con más frecuencia que las rusas (25%). Los resultados de esta investigación también muestran que las y los adolescentes de Estonia son víctimas de explotación sexual con más frecuencia (ej. exposición ante una persona adulta desnuda o toqueteos sin consentimiento), mientras, las y los adolescentes de Rusia son víctimas de violencia sexual con mayor frecuencia (ej. masturbación forzada o violación por sexo oral, anal o vaginal). Al menos una de cada cinco participantes (independientemente del sexo, nacionalidad y lugar de residencia), respondió afirmativamente a una de estas cuestiones, mientras el 9% respondió afirmativamente a dos.

Tabla 1. Prevalencia del abuso sexual entre adolescentes

	N	%
Alguna persona se te ha mostrado desnuda	207	10,8
Alguna persona te ha tocado de manera incómoda	489	25,3
Alguna persona te ha forzado a masturbarte	18	0,9
Te han obligado a realizar el coito	79	4,1
Te han forzado a mantener sexo oral	40	2,1
Te han forzado a mantener sexo anal	22	1,1



Las y los estudiantes de formación profesional habían sufrido abusos sexuales en una proporción mayor. Casi una de cada cinco chicas declaró haber sufrido abuso sexual, especialmente se vieron obligadas a realizar el coito. Sólo el 7% de las estudiantes de secundaria admitió haber pasado por esta misma situación. El 55% de las personas participantes declaró que habían sido incitadas o forzadas a realizar el coito una vez; el 7% informó haber sufrido algún abuso sexual más de cinco veces. Las y los adolescentes de Rusia (31%) informaron con mayor frecuencia que sus iguales de Estonia (10%) haber sufrido abusos.

La mayoría de participantes que respondieron haber sufrido abusos sexuales, describieron que esta experiencia tuvo lugar entre los 14 y los 17 años, más que en la infancia, con menos de 12 años (6%). Habitualmente, cuando el abuso tuvo lugar durante la adolescencia de la víctima, la agresión procedía generalmente de una persona conocida o familiar, mientras que cuando el abuso sucedía durante la infancia, la agresión procedía de un miembro de la familia. Las víctimas de abuso sexual declaraban que el agresor era un hombre (87%) con más frecuencia que una mujer (13%). Todas las chicas (53% de las chicas abusadas) que informaron sobre sus agresores, declararon que éstos eran varones. Del 9% de todos los chicos que sufrieron abusos declararon que sus agresoras fueron mujeres en un 28% de los casos. En la mayoría de los casos, el agresor tenía entre 17 y 23 años. En el caso de las víctimas masculinas, la persona agresora era más joven que cuando la víctima era una mujer. Como media, la persona agresora era siete años mayor que la víctima y en un 9% de los casos era de la misma edad que la víctima. Por otro lado, el 37% de las y los participantes admitieron que habían consumido alcohol y drogas cuando sufrieron su primera experiencia de abuso. En casi todos los casos, cuando el o la adolescente había bebido, la persona agresora también lo había hecho.

Como característica de las víctimas de abuso sexual en general, resulta obvio que los sentimientos negativos están más presentes entre ellas que entre las no-víctimas. De igual forma, se han enfrentado a más problemas en el colegio, especialmente las chicas. Las y los adolescentes que relataron una experiencia sexual, también habían cometido hechos delictivos, presentaban adicción a sustancias

y fumaban tabaco con mayor frecuencia. Las y los adolescentes que habían comenzado a tener relaciones sexuales más temprano y habían tenido más parejas sexuales por lo general sufrían abusos con más frecuencia. Los factores de riesgo primarios ante el abuso sexual son los maltratos físicos y psicológicos sufridos dentro de la familia, la falta de interacción con padres y madres y el consumo de alcohol o drogas. Un factor de riesgo importante para los chicos era el comportamiento delictivo y, entre las chicas, el consumo de drogas.

Prevención de la violencia

Basándonos en esta investigación, parece que las y los adolescentes necesitan, a una edad más temprana (desde los 11 años), educación sobre sexualidad y abusos sexuales, incluyendo la educación en valores, sobre lo que está bien y lo que está mal, el espacio interpersonal y habilidades de negociación. Hay que motivar a las y los adolescentes para que pidan ayuda profesional. Así mismo, será necesario realizar un trabajo preventivo sobre comportamientos de riesgo y consumo de alcohol y drogas. En lo relativo a las actividades educativas, debería aplicarse la metodología de educación entre iguales. Es necesario prestar más atención a adolescentes procedentes de áreas rurales y estudiantes de formación profesional. Además, también habría que atender a la educación de padres y madres, sobre temas de sexualidad, abusos sexuales y comportamientos de riesgo, que les capacite para hablar con sus hijos e hijas sobre temas relacionados con la sexualidad y para reconocer el abuso sexual y saber dónde buscar ayuda. Los padres y las madres necesitan formación sobre habilidades de comunicación que faciliten relaciones de apoyo y cercanas, en la familia, y el proteger a las y los menores de la violencia psicológica y física. En esta línea, debe prestarse una atención especial a las familias de alto riesgo (excluidas, con estilo de comunicación agresiva, con situaciones económicas difíciles...). El trabajo regular con los medios de comunicación contribuirá a aumentar la conciencia pública y a educar a la comunidad, así como, a hablar sobre cuestiones problemáticas.

Debe también establecerse un sistema de ayuda para menores durante las 24 horas del día, además del trabajo preventivo. En Estonia existen dos centros preparados para

ayudar a las y los niños que han sufrido abusos y a sus familias: el Centro de Apoyo a la Infancia de Tartu y el Centro de Apoyo a la Infancia de Tallin. En la actualidad especialistas del centro del Tartu están llevando a cabo, con la ayuda del Ministerio de Asuntos Sociales, un servicio de formación para personal de psicología de cada condado con el fin de mejorar su competencia para detectar casos de abuso infantil. En la ayuda a menores que han sufrido abusos, resulta esencial basar el apoyo en un enfoque interdisciplinar que incluye profesionales de trabajo social, pedagogía, medicina, policía y psicología. Las instituciones que utilizan un enfoque interdisciplinar proporcionan el apoyo más eficaz e integral a los y las menores y sus familias. Además, también se ha probado la eficacia de las actividades de consejo. En la actualidad, la ayuda para adolescentes también debería contar con líneas de teléfono e internet, puesto que estos servicios facilitan a la juventud de diferentes regiones el pedir ayuda, por otra parte, el anonimato facilita la derivación activa de adolescentes.

Kristel Altosaar

[krialt@hotmail.com]

Directora de Proyecto

Centro de Apoyo a la Infancia de Tartu

Por favor contacte con la Sra. Kadri Soo (e-mail:kettym@hotmail.ee) para solicitar una copia del estudio completo (en estonio) o en "http://www.childcentre.info" www.childcentre.info (investigación- programas de investigación; haga clic en la bandera estonia).

EUROPA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA INFANCIA, LA JUVENTUD Y LAS MUJERES

Programa Daphne II



Ingrid Bellander

El Programa Daphne II es un programa de la Unión Europea, dirigido por la Comisión Europea, que tiene el objetivo de prevenir y eliminar la violencia contra la infancia, la juventud y las mujeres, proteger a las víctimas y a los grupos en riesgo (1). Se creó en 2004, como continuación de la Iniciativa Daphne (1997-1999) y el Programa Daphne (2000-2003), y tendrá una duración de cinco años con un presupuesto total de 50 millones.

El objetivo general del Programa Daphne es proporcionar a la ciudadanía europea un nivel elevado de protección ante la violencia, incluyendo la protección de la salud física y mental. El programa se centra en las víctimas, y reconoce que la violencia constituye una violación de los derechos humanos fundamentales, la seguridad, la libertad, la dignidad y la integridad física y emocional. Las actividades del programa abordan la violencia de manera integral desde el ángulo de la prevención, la protección, el apoyo y la rehabilitación. El programa abarca todos los tipos de violencia contra la infancia, la juventud y las mujeres y todos los aspectos de este fenómeno.

Una característica importante del Programa Daphne es que fomenta las redes de trabajo transnacionales y multidisciplinares entre organizaciones que trabajan en la prevención y eliminación de la violencia y/o en la protección y apoyo a las víctimas. El Programa está abierto a la participación de organizaciones privadas sin ánimo de lucro y a las autoridades públicas e instituciones (principalmente ONGs, pero también ayuntamientos, departamentos de universidad y centros de investigación) de los 25 países de la U.E., los países de la EFTA/EEA (Noruega, Islandia y Liechtenstein) y los países candidatos como Bulgaria, Rumania y Turquía. La Comisión financiará solo los proyectos que impliquen la asociación de al menos dos organizaciones procedentes de dos países diferentes. De esta manera, la Comisión fomenta la creación y refuerzo de redes europeas de organizaciones que trabajan activamente en este campo. Estas redes generan la oportunidad de compartir experiencias con organizaciones de otros países a la hora de diseñar acciones para eliminar la violencia, y proporcionan un "valor añadido europeo" a las acciones habituales. Los resultados de las acciones llevadas a cabo dentro del Daphne en algunos países o regiones de la U.E. pueden hacerse extensivas a otros países y regiones y llegar a tener un verdadero impacto en Europa. De

esta manera, Daphne se complementa con los programas existentes a nivel nacional en los estados miembros de la U.E.

Desde 1997, Daphne ha elaborado en torno a 420 proyectos dirigidos a proteger de, y a prevenir contra, diferentes expresiones de violencia incluyendo el asalto físico, la violencia sexual, el maltrato verbal y emocional, la exclusión, la violencia cuasi-estructural, la coacción y explotación, la violencia virtual, la violencia psicológica, la violencia de género y las prácticas culturales violentas (tales como la mutilación genital femenina). Alrededor de la mitad de estos proyectos se han centrado en la prevención de la violencia contra las mujeres o el apoyo a las mujeres víctimas de la violencia. Un número determinado de estos proyectos se ha centrado expresamente en la perspectiva de la salud pública sobre la violencia. Algunos ejemplos, pueden ser:

Un proyecto que identifica y responde a las necesidades de salud de las mujeres y las menores víctimas del tráfico en los países de la U.E. (2000), seguido por un proyecto dirigido a realizar intervenciones de salud con estas mujeres y adolescentes, en el que, la Escuela de Londres de Higiene y Medicina tropical (con otras organizaciones socias de Reino Unido, Italia, Países Bajos, Bélgica, República Checa, Bulgaria, Ucrania, Albania, Tailandia, la OMS y la IOM) examinan la prestación de atención y prácticas que se realizan. Estos proyectos de investigación lograron poner en la agenda temas de salud consecuencia del tráfico, proporcionando otras formas de ver este fenómeno desde el nivel político. Los hallazgos de esta investigación se encuentran en: <http://www.lshtm.ac.uk/hpu/docs/traffickingfinal.pdf>

Un proyecto para la creación de una base de datos de indicadores, a nivel europeo, sobre violencia ejercida por la pareja (2003), llevado a cabo por la organización francesa Psytel (con otras organizaciones socias de Austria, Dinamarca, España y Grecia). El proyecto examinó las principales bases de datos estadísticos, disponibles a nivel nacional, que medían el fenómeno de la violencia ejercida por parte de la pareja y las violaciones en Europa (UE 15). De él se obtuvieron un conjunto de 17 indicadores descriptivos para medir este tipo de violencia y se desarrolló una metodología para la recogida de datos que puede utilizarse en todos los estados miembros.

El Programa Daphne, sus proyectos y sus resultados, están reconocidos en toda Europa

y más allá, como una contribución única para la eliminación de la violencia y como modelo de buenas prácticas en este ámbito. En parte, esto es así, porque el Programa Daphne nunca ha puesto límites en la definición de violencia y ha fomentado en todos sus proyectos que se explore la violencia y sus impactos en toda su diversidad. Otra clave del éxito es la promoción activa que ha realizado la Comisión para que participen todas las organizaciones y se cree una red europea sin fronteras y multidisciplinar. Reconociendo que, las organizaciones de base pueden ofrecer servicios que las autoridades nacionales, muchas veces, no tienen el poder o la capacidad de proporcionar, la Comisión contribuye a aumentar la conciencia sobre la violencia, las medidas preventivas y las respuestas sólidas para las víctimas de violencia, ayudando a las organizaciones con experiencia, a compartir y difundir sus ideas y programas por toda Europa. Con el apoyo a dichas redes, la Comisión ha logrado, con unos recursos relativamente escasos, un impacto impresionante y unos buenos resultados en la lucha contra la violencia en Europa (2).

Para más información:

Si quiere saber más sobre la realización de propuestas y como solicitar financiación, por favor visite la página web del Programa Daphne: http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm.

Para acceder al conjunto de herramientas de Daphne (página web con información y documentación sobre todos los proyectos financiados por Daphne), por favor visite www.daphne-toolkit.org

Referencias

1. Consejo y Parlamento Europeos. Decisión N° 803/2004/EC de 21 de abril de 2004, Boletín Oficial UE N° L-143, pag.1
2. Conclusión de la evaluación externa de los primeros siete años de las actividades del Daphne.

Ingrid Bellander Todino

[Ingrid.BELLANDER-TODINO@cec.eu.int]

Directora del Programa Daphne
Dirección General de Justicia, Libertad y Seguridad
Comisión Europea.



WHO

www.euro.who.int/violenceinjury
www.who.int/gender
www.who.int/reproductive-health
www.who.int/violence_injury_prevention/en/

OTRAS PÁGINAS WEB ÚTILES EN LA REGIÓN



STOPVAW

La página web de Parar la Violencia Contra las Mujeres (STOPVAW) es un forum de información, defensa y cambio. La Defensoría de Minnesota para los Derechos Humanos, desarrolló esta página web como herramienta para la promoción de los derechos humanos de las mujeres en los países de Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (CIS), Mongolia y el Protectorado de Kosovo de NU.

www.stopvaw.org



Guía Eldis

La guía Eldis examina la relación entre la violencia contra las mujeres (VAW) y el VIH y el SIDA, enfatizando los aspectos clave, la investigación y los recursos. Destaca cómo el VIH y el SIDA son consecuencia de la violencia contra las mujeres (VAW) y el VIH precipita este tipo de violencia; los factores económicos que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y la interacción entre violencia contra las mujeres y conflictos. También expone estrategias y acciones para terminar con la violencia contra las mujeres y reducir las infecciones por VIH/SIDA.

www.eldis.org/hiv aids/_consequences.htm



UNICEF

La explotación sexual de la infancia es un fenómeno global. Las niñas son vendidas a intermediarios o clientes y explotadas sexualmente. Se producen imágenes pornográficas que después se venden en Internet en todo el mundo. En muchos países, las niñas y los niños se ofrecen abiertamente a los turistas. UNICEF estima que el número de menores y jóvenes que se ven afectados oscila en torno a los dos millones. La pobreza, una posición social desfavorecida de mujeres y menores y un nivel alto de demanda, son sólo algunos de los factores que están detrás de esta floreciente industria.

La escala global de este problema requiere de la cooperación internacional entre los países de origen y los de destino de las víctimas. La prevención, rehabilitación y reinserción de las víctimas, así como las reformas del código penal, son fases indispensables en la eliminación de las violaciones de los derechos humanos. El Protocolo opcional para la Convención de NU sobre los Derechos de la Infancia ante la Venta de Niños y Niñas, y el de Prostitución y Pornografía Infantil, son bases importantes para la protección y fomento de la infancia.

www.unicef.org/protection/index_exploitation.html



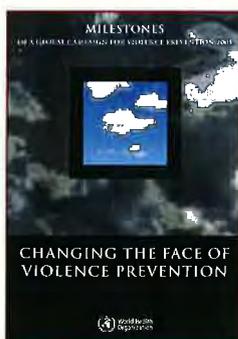
Servicio Mundial de la BBC

El Servicio Mundial de la BBC acaba de crear su página web "estación para la prevención de la violencia". Últimamente, la página web viene acompañada de una serie de programas de radio. Hace uso de los mensajes de la OMS y de su material (carteles, informe mundial, etc.)

www.bbc.co.uk/world service/violence/

RECURSOS

Selección de recursos sobre violencia contra las mujeres



Hitos de la campaña global para la prevención de la violencia 2005: cambios en la prevención de la violencia, OMS 2005

Este documento resume los principales logros desde el lanzamiento del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de 2002. Documenta cómo el compromiso con la eliminación de la violencia contra las mujeres ha incrementado tanto los recursos económicos como los humanos. El informe puede descargarse de: whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593555_eng.pdf



Estudio transnacional de la OMS sobre salud de las mujeres y violencia doméstica contra las mujeres. Resultados iniciales sobre prevalencia, consecuencias en la salud y respuesta de las mujeres. OMS, 2005

El estudio transnacional de la OMS sobre Salud de las Mujeres y Violencia Doméstica es una iniciativa clave de investigación llevada a cabo por la OMS en colaboración con algunas instituciones locales. La política y acción del estudio están orientadas y siendo llevadas a

cabo en colaboración con instituciones y/o ministerios nacionales y organizaciones de mujeres que trabajan en temas relacionados con la violencia en ocho países. Se seleccionó un grupo de países diversos para representar un amplio rango de culturas y regiones: Bangladesh, Brasil, Japón, Namibia, Perú, Serbia-Montenegro, Tanzania y Tailandia. Samoa también participó en el estudio. Para más información: www.who.int/gender/violence/multicountry/en/

Mujeres, violencia y salud. Amnistía Internacional, 2005

En marzo de 2004, Amnistía Internacional comenzó una campaña a largo plazo para eliminar la violencia contra las mujeres. Este documento forma parte de esta campaña y se centra en los vínculos entre la violencia contra las mujeres y la salud de las mujeres. En él se revisan las diversas formas de violencia, el contexto en que tiene lugar y sus consecuencias en la salud. El informe termina con algunas recomendaciones para llevar a la acción. El informe puede descargarse en: www.amnesty.org/library/Index/ENGACT770012005?open&of=ENG-398

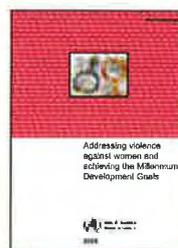


Prevenção da violência: uma guia para implantar as recomendações do informe mundial sobre violência e saúde, OMS 2004.

Este documento proporciona sugerencias conceptuales, políticas y prácticas sobre cómo implantar cada una de las seis recomendaciones a nivel nacional y fomenta un enfoque multisectorial, basado en la evidencia y guiado por los datos. Si, no se contara con todos los recursos necesarios para llevar a cabo las recomen-

daciones, la información contenida en la guía resultará útil para realizar nuevas planificaciones. Puesto que habitualmente los planes preceden a las acciones (y con frecuencia se utilizan para generar los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones), la guía es útil incluso en áreas donde los recursos para la prevención de la violencia son muy escasos.

Se puede acceder a una copia de *Prevenção da violência: uma guia para implantar as recomendações do informe mundial sobre violência e saúde* de manera gratuita enviando un e-mail a violenceprevention@who.int, indicando el número de copias que se solicitan y la dirección de envío.



Abordar la violencia contra las mujeres y lograr las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDGs). Género y salud de las mujeres, OMS 2005

Este documento destaca la relación entre las MDGs

y la prevención de la violencia contra las mujeres, mostrando que: 1) trabajar para alcanzar las MDGs reducirá la violencia contra las mujeres; y 2) prevenir la violencia contra las mujeres ayuda a alcanzar las MDGs. El documento concluye que muchas de las MDGs no podrán cumplirse si no se aborda el tema de la violencia contra las mujeres, una de las manifestaciones más agresivas de la desigualdad de género. Pretende poner de manifiesto las relaciones entre la violencia contra las mujeres y las MDGs, y ayudar a trasladar estos vínculos a la acción. El documento puede descargarse en:

www.who.int/gender/documents/MDGs&VAWept05.pdf



Estado de la población mundial, 2005. La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y metas de desarrollo del milenio, UNFPA 2005.

El informe llamado

“La promesa de igualdad, equidad de género, salud reproductiva y metas de desarrollo del milenio”, explora hasta qué punto la comunidad global ha cumplido los compromisos asumidos con los países más empobrecidos y las poblaciones más marginales. Examina los avances, expone las carencias y explora los vínculos entre pobreza, igualdad de género, derechos humanos, salud reproductiva, conflictos y violencia contra las mujeres y niñas. También examina la relación entre discriminación de género y el azote del VIH/SIDA. Identifica las fortalezas y debilidades de la cohorte de población joven más numerosa de la historia y subraya el papel crítico que tienen en el desarrollo. El informe puede solicitarse o descargarse en:

www.unfpa.org/swp/swpmain.htm

Serie de boletines informativos de la Coalición Global de Mujeres y SIDA, y la OMS. Boletines informativos 1 y 2.

("Violencia contra las mujeres y VIH/SIDA: intersecciones peligrosas. Violencia ejercida por la pareja y VIH/SIDA" y "Violencia sexual en situaciones de conflicto y riesgo de VIH")

Estas dos revistas describen y debaten sobre la relación entre violencia contra las mujeres y VIH/SIDA, en lo relativo a la violencia ejercida por parte de la pareja y en situaciones de conflicto y proporciona recomendaciones sobre cómo la violencia contra las mujeres y el VIH pueden integrarse en los mismos programas. Estos documentos pueden descargarse en:

www.who.int/hac/techguidance/pht/InfoBulletinIntimatePartnerViolenceFinal.pdf

y en

www.who.int/hac/techguidance/pht/InfoBulletinConflict.pdf

Abordar la violencia contra las mujeres: desarrollo de programas, UNFPA y AIDOS, 2003.

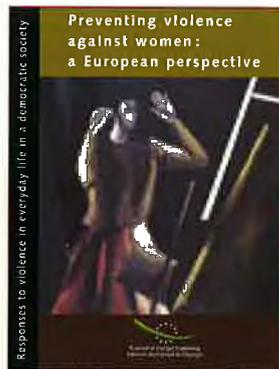
Este informe resume varios años de trabajo del UNFPA dirigidos a confrontar el tema de la violencia de una manera práctica y significativa, al tiempo que proporciona recomendaciones concretas en lo relativo a la programación y las acciones políticas, especialmente en las áreas de investigación y estandarización, política y defensoría, servicios y comunidades. El informe puede descargarse en:

www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/361_filename_gbv_report.pdf

Violencia contra las mujeres: respuesta del sector salud, PAHO 2003

Violencia contra las mujeres: respuesta del sector salud, proporciona una estrategia para abordar este complejo problema y enfoques concretos para llevarla a cabo, no sólo para las personas que trabajan a pie de calle sino también para las encargadas de las decisiones, que pueden incorporar este conocimiento a la hora de desarrollar políticas y recursos. Para las comunidades en las que aún no existe apoyo para las mujeres, las personas autoras esperan que este libro motive a líderes y profesionales de la salud para afrontar más directamente el tema de la violencia de género y asegurar el apoyo necesario a las mujeres afectadas. El informe puede solicitarse o descargarse en:

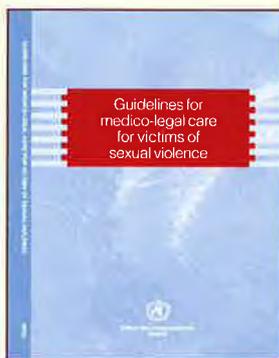
www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/VAWhealthsector.htm



Reid S. Prevenir la violencia contra las mujeres: perspectiva europea. Publicaciones del Consejo Europeo, Estrasburgo, 2003. ISBN: 92-871-5291-8

El autor revisa los informes recientes del Consejo de Europa, las publicaciones y los textos legales con el fin de identificar principios comunes y buenas prácticas. El libro incluye la comprensión del problema, la prevención, la protección, la provisión de servicios y lecciones aprendidas. El libro puede solicitarse en la librería online del Consejo de Europa:

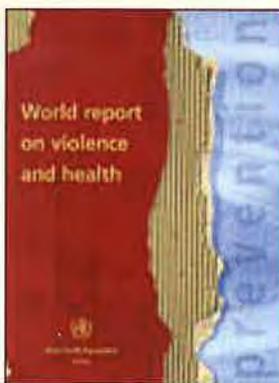
book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=1694



Directrices para la atención médico-legal de las víctimas de violencia sexual, 2003

Estas directrices pretenden mejorar los servicios profesionales de salud para todas las personas que hayan sido víctimas de violencia sexual, proporcionando a las y los profesionales el conocimiento y las estrategias necesarias para el manejo de víctimas; criterios para la provisión tanto de atención médica como de servicios forenses para las víctimas y directrices para establecer los servicios. Las directrices pueden descargarse en:

www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/



Informe mundial sobre violencia y salud, incluido resumen ejecutivo, OMS 2002

Se trata de la primera revisión exhaustiva del problema de la violencia a escala global: qué es, a quién afecta y qué se puede hacer al respecto. El informe cuenta con la participación de más de 160 personas expertas de todo el mundo, siendo revisado por personas científicas y recibiendo la contribución y comentarios de representantes de todo el mundo.

El informe puede descargarse en:

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Entre Nous

*La Revista Europea
de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS
Programa de Investigación y Salud Reproductiva.

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Dinamarca

Tel. (45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (45) 3917 1818

[entrenous@euro.who.int.]

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous