

Kattia Rojas Loría^I

Teresa Gutiérrez Rosado^{II}

Leonor María Cantera
Espinosa^{III}

Leda María Marengo Marrochi^{IV}

Anna Fernández Sánchez^V

Tendencias en salud de políticas y planes en violencia contra las mujeres

Trends in public health policies addressing violence against women

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las propuestas sanitarias de las políticas públicas y los planes de salud que abordan la violencia contra las mujeres.

MÉTODOS: Estudio descriptivo y comparativo de las políticas y planes de salud en Cataluña y Costa Rica del 2005 al 2011. Se utilizó una metodología cualitativa con análisis documental. Se clasificó por temas comunes y se describieron e interpretaron los contenidos. Se consideraron dimensiones como: principios, estrategias, concepción de violencia contra las mujeres, tendencias en salud y evaluación.

RESULTADOS: Se analizaron 13 documentos de políticas públicas de género para abordar la violencia contra las mujeres. La desigualdad de género fue concebida como origen de la violencia contra las mujeres en ambos contextos. Las estrategias comunes fueron el cambio cultural y la acción interinstitucional. Las actuaciones sanitarias se ampliaron en planes específicos y en los protocolos y normas de actuación. La prioridad del tema y la especificidad de las actuaciones en los planes de salud fue un rasgo diferenciador entre Cataluña y Costa Rica.

CONCLUSIONES: Entre los rasgos comunes están la inclusión de la violencia hacia las mujeres en los planes de salud, el uso de protocolos, tareas de detección, atención y recuperación para las mujeres y el autocuidado profesional. Cataluña no contempla acciones sanitarias con agresores. Hay menor especificidad en la conceptualización y en pautas protocolarias así como carencia de actualización de normas sanitarias en Costa Rica con respecto a Cataluña.

DESCRIPTORES: Violencia contra la Mujer. Planes y Programas de Salud, tendencias. Políticas Públicas. Investigación Cualitativa.

^I Programa de Post Grado en Psicología de la Salud y del Deporte. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España

^{II} Departamento de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España

^{III} Departamento de Psicología Social y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España

^{IV} Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad Nacional de Costa Rica. Heredia, Costa Rica

^V Centre for Disability Research and Policy. Faculty of Health Sciences. University of Sidney. Sidney, Australia

Correspondencia | Correspondence:

Kattia Rojas Loría
Manantiales de Belén 81-C
40703 Heredia, Costa Rica
E-mail: rkattia@hotmail.com

Recibido: 26/2/2013
Aprobado: 14/3/2014

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the content of policies and action plans within the public healthcare system that addresses the issue of violence against women.

METHODS: A descriptive and comparative study was conducted on the health policies and plans in Catalonia and Costa Rica from 2005 to 2011. It uses a qualitative methodology with documentary analysis. It is classified by topics that describe and interpret the contents. We considered dimensions, such as principles, strategies, concepts concerning violence against women, health trends, and evaluations.

RESULTS: Thirteen public policy documents were analyzed. In both countries' contexts, we have provided an overview of violence against women as a problem whose roots are in gender inequality. The strategies of gender policies that address violence against women are cultural exchange and institutional action within the public healthcare system. The actions of the healthcare sector are expanded into specific plans. The priorities and specificity of actions in healthcare plans were the distinguishing features between the two countries.

CONCLUSIONS: The common features of the healthcare plans in both the counties include violence against women, use of protocols, detection tasks, care and recovery for women, and professional self-care. Catalonia does not consider healthcare actions with aggressors. Costa Rica has a lower specificity in conceptualization and protocol patterns, as well as a lack of updates concerning health standards in Catalonia.

DESCRIPTORS: Violence Against Women. Health Programs, Plans, and trends. Public Policies. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres reduce su participación en la vida social, infunde miedo e inhibe sus capacidades, deteriora la confianza en sí mismas, desgasta su autoestima física y psicológica, destruye su salud y niega sus derechos.¹ El 58,0% de las mujeres ha sido víctima de violencia en Costa Rica¹⁵ y al menos una de cada cuatro, ha sufrido alguna agresión grave a lo largo de su vida en Cataluña.^a

Las mujeres que sufren maltrato recurren más a los servicios de salud, como consecuencia de la violencia a la que se ven sometidas, sin explicitarla.^{3,9} Los principales problemas de salud abarcan síntomas psicológicos-conductuales, sexuales, reproductivos y ginecológicos, lesiones físicas, traumatismos y muertes.³ Los profesionales de la salud están en lugar privilegiado para detectar, tratar y derivar a estas mujeres.

El abordaje de la violencia contra las mujeres está mediatizado por la visión y las prioridades de las

instituciones estatales⁴ expuestas en sus políticas públicas. Su análisis permite reflexionar sobre la complejidad de los problemas y sus sesgos.² Estudios comparan legislaciones^{9,12-14,17,18} del tema. Según Ortiz-Barreda & Vives-Cases,¹³ 1/4 de las 115 leyes internacionales ha incorporado la participación del sector sanitario. Faltan soluciones integrales para las víctimas que no denuncian¹² y alto predominio de intervenciones jurídicas y policiales,¹³ en detrimento de las actuaciones sanitarias. Se sugiere analizar las políticas públicas de salud que contengan directrices más específicas.

La detección y atención en el nivel primario, la obligación de denunciar a las autoridades, el uso de normas y protocolos y la formación y capacitación de profesionales de la salud son algunas de las acciones sanitarias en Costa Rica.¹⁶ Las acciones sanitarias en Cataluña se concentran en la formulación de protocolos en los

^a Generalitat de Catalunya, Departamento de Interior y Relaciones Institucionales; Instituto Catalán de las Mujeres; Concejalía del Ayuntamiento de Barcelona. Enquesta de violència masclista a Catalunya. Barcelona. Nota de prensa 10 diciembre del 2010. Recuperado de: <http://www20.gencat.cat/docs/interior/Home/MS%20-%20Pla%20seguretat%20i%20atencio%20victimes/03%20Materials%20i%20dades%20sobre%20viol%C3%A8ncia%20masclista%20i%20dom%C3%A8stica/Documentacio%20sobre%20violencia%20masclista%20i%20domestica%20per%20a%20professionals/Enquesta%20de%20violencia%20masclista/NotaPremsaEVMC.pdf>

diferentes niveles de atención sanitaria y social y la coordinación intersectorial.^b

El objetivo de este estudio fue analizar las propuestas sanitarias de las políticas públicas y los planes de salud que abordan la violencia contra las mujeres.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y comparativo de las políticas, planes y protocolos sanitarios que proponen actuaciones en salud para el abordaje de la violencia contra las mujeres en Cataluña y Costa Rica del 2005 al 2011. Políticas públicas son el conjunto de acciones y omisiones que manifiestan determinada modalidad de intervención del Estado cuya direccionalidad y orientación afectan el futuro del proceso social.⁴ Los protocolos y normas son los principios y guías comunes que rigen los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, elaborados desde el marco político con la participación de las personas que implementan los servicios.

Este estudio es parte de una investigación empírica en Costa Rica y Cataluña. Ambos contextos tienen leyes, políticas y planes fundamentados en buscar la equidad e igualdad de las mujeres como forma de erradicar la violencia contra ellas. Además, sus sistemas sanitarios tienen papel importante en la red interinstitucional.

El criterio de selección de los casos fue intencional. La estrategia de búsqueda y selección de documentos fue:

- La búsqueda de documentos consistió en documentos oficiales en literatura gris y científica entre octubre del 2011 y enero del 2012.
- La revisión de la bibliografía analizó páginas oficiales de ministerios e instituciones estatales, bases de datos de Google Académico, PsycInfo, Medline, ISOC-Humanidades Ciencias Sociales (CSIC). Los identificadores fueron: políticas y planes/violencia de género/planes nacionales/protocolos de atención/leyes/informes sombra/violencia contra la mujer.

Se analizaron 13 documentos (Tabla 1). Se revisó el plan y el protocolo común a nivel estatal en España, los cuales son referentes para la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se descartó el documento de la Ley Orgánica 1/2004, 28 diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia dado que está contenido en las acciones de los planes en Cataluña. Se utilizó el Planovi en Costa Rica, por ser el único documento publicado para la fecha de este estudio y se descarta el Planovi Mujer por no haber estado publicado. Se han utilizado los protocolos y/o normas publicados en cada contexto.

Se efectuó análisis manual de los documentos clasificando, describiendo e interpretando sistemáticamente los contenidos, por medio de dos vías, buscando los señalamientos de la política pública y determinando las acciones que responden a esas políticas en los planes de salud y protocolos y/o normas en las actuaciones sanitarias de cada contexto. Los objetivos y los referentes, los conceptos de violencia, las tendencias en salud y los procesos de evaluación fueron considerados. Se realizaron comparaciones entre los principios y referentes de las políticas, estrategias de acción, concepción de la violencia, tendencias en salud y evaluación (Tabla 2).

Tres analistas participaron para asegurar la calidad de los datos. El contenido fue revisado en cada contexto por una experta en el tema sobre violencia contra las mujeres.

RESULTADOS

Las acciones sanitarias dirigidas a abordar la violencia contra las mujeres se definirán en las políticas y planes de equidad de género de manera general. Los planes y protocolos de la salud definen las actuaciones específicas que responden a esas políticas, mostrando consistencia o inconsistencia.

Principios y referentes de las políticas de género

Un referente importante en Cataluña y en Costa Rica fue la existencia de los movimientos de las mujeres y el feminismo como generador social de las políticas para mujeres. Existe similitud en los compromisos internacionales suscritos. Un referente en Costa Rica fue la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Convención Belém do Pará) mientras que en Cataluña se ha hecho referencia a los Tratados de la Comunidad Europea. El Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud presentó importante papel en la financiación y soporte técnico inicial para construir un modelo de atención en salud de la violencia contra las mujeres en Costa Rica. Leyes que permiten la consecución de planes estratégicos fueron los referentes internos en ambos contextos. Las políticas analizadas tienen en común los principios de desarrollo humano, igualdad y derechos humanos.

Los planes en salud mantienen como principio la existencia de las desigualdades en salud entre mujeres y hombres en ambos contextos dentro de sus planes de salud.

Estrategias de acción

Costa Rica y Cataluña coincidieron en ámbitos de acción en las políticas: la violencia, la participación política y

^b Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Informe de Violencia de género 2007 Catalunya. 2009. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2007/Catalunya.pdf>

Tabla 1. Políticas, planes y protocolos analizados. Costa Rica y Cataluña, octubre del 2011 a enero del 2012.

Tipo de documento	Costa Rica	Cataluña	España
Políticas	Política de Igualdad y Equidad de Género (PIEG) 2007.	Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat de Cataluña, 2008.	
Planes	Plan de Acción 2008-2012: Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Plan Operativo 1996-1998 (Planovi). Plan Nacional de Salud 2010-2021, Costa Rica.	Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. Informe de Salud de Cataluña, I y II.	Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, 2009.
Protocolos	Acciones Rectoras en Violencia Intrafamiliar, 2001. Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar, 2000. Protocolo de atención de personas víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual extrafamiliar en las áreas de salud del Programa Atención Integral de Salud, 2008. Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento, 2011.	Protocolo para el abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña, 2009.	Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género, 2007.

los aspectos laborales que favorecen la autonomía económica. Las estrategias de intervención fueron el cambio cultural de los valores y costumbres androcéntricos y respuesta integral e intersectorial. Otras acciones registradas en los planes operativos de las políticas fueron la sensibilización y capacitación, la investigación y la formación a proveedores de servicios.

Se propone un sistema de atención integral que detecte, atienda, detenga e intervenga en la violencia intrafamiliar y permita la recuperación de nuevo proyecto de vida en las víctimas en Costa Rica. Establece como objetivo acciones que incidan y cambien los patrones socioculturales. En el Planovi Mujer, se establece proporcionar atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situaciones de violencia de pareja, familiar, hostigamiento sexual y violación, con respuestas simultáneas y articuladas con enfoque interinstitucional.

El sexto eje de las políticas de las mujeres en Cataluña detalla objetivos generales y específicos, indicadores e instituciones responsables para desarrollar estrategias de prevención y de sensibilización para todas las formas y ámbitos

de la violencia contra las mujeres. Se buscan estructuras de coordinación y cooperación que permitan intervención integral y facilitar acceso a los derechos y los servicios.

Concepción de violencia

La violencia contra las mujeres es específica y constituye ámbito de acción del primer eje de intervención en las políticas de Cataluña. Se determina como vulneración de los derechos humanos, de naturaleza multicausal y multidimensional por lo cual las respuestas deben ser globales e involucrar todos los sistemas. La violencia contra las mujeres se especifica por su condición de subordinación social en las políticas costarricenses.

El término utilizado para la violencia contra las mujeres se diferencia en los planes de salud entre Costa Rica y Cataluña. La violencia es tratada en sentido amplio como factor de riesgo y determinante social en las defunciones prematuras en Costa Rica. En Cataluña, el término es específico con relación a la violencia que sufren las mujeres, diferenciándose de la violencia sufrida por otras poblaciones que atiende, tales como adultos mayores e infantes.

Tabla 2. Definición de categorías y subcategorías del análisis de contenido de políticas y planes. Costa Rica y Cataluña, octubre del 2011 a enero del 2012.

Categoría	Definición
Orígenes	Ideas rectoras que fundamentan la inserción del ámbito sanitario en la temática de violencia de género.
Estrategias	Formas de alcanzar los objetivos en materia de desigualdades entre hombres y mujeres y los ámbitos de acción trazados desde las necesidades propias de cada contexto.
Concepto de violencia contra las mujeres	Términos utilizados para referirse a la situación de violencia que viven las mujeres.
Tendencias en salud	Acciones estipuladas el ámbito sanitario para contribuir a la erradicación de la violencia de género hacia las mujeres.
Evaluación	Estrategias para obtener información sobre los procesos y resultados de las acciones.

La concepción de violencia en los protocolos y normas señala violencia de tipo psicológica, física y sexual. El protocolo catalán señala la violencia económica, y las normas costarricenses introducen conceptos como la violencia patrimonial y por negligencia. La diferencia se encuentra en el término utilizado para especificar la violencia contra las mujeres empleada en la actuación sanitaria, ya que la concibe dentro de la violencia intrafamiliar que abarca mujeres, ancianos e infantes (Tabla 3). Introduce la visión de género sensitiva para identificar los factores que harían más vulnerables a tratos desiguales y discriminaciones en estas poblaciones. El término utilizado, en el protocolo de actuación de Cataluña, es violencia machista y no sigue el término, violencia de género, empleado en el protocolo común de España.

El Departamento de Salud SLT en Cataluña figura en: acciones de formación en los servicios de atención relacionados con la violencia machista; grupos y asociaciones de mujeres que trabajen en el tema; implementación y evaluación de protocolos en el ámbito sanitario; formación para el tratamiento de agresiones sexuales, de atención y prevención de la mutilación genital femenina; elaboración de materiales para el trabajo comunitario (Tabla 4).

La política en Costa Rica señala diferentes acciones para el sistema de salud como el uso de protocolos, atención especializada para el agresor, atención y prevención comunal y formación sobre los estereotipos de crianza (Tabla 5). El sistema sanitario Caja Costarricense de Seguro Social C.C.S.S, en el eje Vida sin Violencia, figura en pocas actividades como institución responsable en la acción para la creación de servicios de atención a ofensores sexuales juveniles y en la participación del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Las políticas de mujeres de Cataluña mencionan el abordaje del síndrome de agotamiento profesional, sin embargo, no

está especificado en el protocolo. Este punto no se ha enunciado en los planes disponibles en las políticas de Costa Rica, sólo como necesidad de formación y capacitación en la temática.

Se aborda la violencia desde dos objetivos estratégicos a nivel de promoción y prevención en los planes de salud en Costa Rica. Se presentan 15 aspectos en el análisis de situación de la salud donde no se mencionan, específicamente, las diferencias entre hombres y mujeres en la salud. El análisis de la situación de la salud expone nueve resultados en Cataluña. El penúltimo aspecto especifica las diferencias, según el sexo, en diferentes dimensiones. El eje 1 de Compromisos intersectoriales en salud señala acciones en la violencia contra las mujeres, adultos mayores e infantes. Los protocolos de actuación tienen papel primordial así como las respuestas en los circuitos interinstitucionales.

Se formulan actuaciones en los protocolos y/normas de atención en los tres niveles de asistencia en ambos contextos (Tabla 5). La derivación en las redes de atención y la coordinación de los diferentes servicios de salud y sociales son parte de las directrices. Los protocolos de Cataluña y de España especifican pautas según el estado de la mujer y sus condiciones de consciencia y de amenaza de peligro. Las normas costarricenses tienen indicaciones generales al personal de salud para detectar violencia intrafamiliar en los distintos grupos poblacionales. Además, se plantean estrategias preventivas y defensivas para proteger la integridad física debido a la violencia de las zonas donde se ubican los centros de atención primaria. Las acciones rectoras del Ministerio de Salud de Costa Rica señalan la retroalimentación y contención individual y grupal para las personas responsables de la atención. Una propuesta institucional para el autocuidado se encuentra en las normas y el protocolo de atención primaria.

Tabla 3. Término y definición de violencia y población involucrada protocolos y normas en el ámbito sanitario. Costa Rica, el Estado Español y la Comunidad Autónoma de Cataluña, octubre del 2011 a enero del 2012.

Lugar	Término	Definición	Población involucrada
Costa Rica	Violencia intrafamiliar ^a	La violencia prevalece en relaciones en las que existe diferencia de poder y en la familia están dados por los desequilibrios por edad y género	Niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y mujeres
Estado Español	Violencia de género	El origen de la violencia se encuentra en las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y en la cultura de la violencia como medio para resolver conflictos Es estructural e instrumental El agresor aprende la violencia como método de control y dominio de las mujeres	Mujeres
Cataluña	Violencia machista	Es expresión de poder de los hombres sobre las mujeres, se manifiesta a través de medios sutiles y con tolerancia social Es estructural y multicausal Es instrumento para asegurar el dominio y la sumisión	Mujeres que sufren violencia en ámbitos familiar, laboral, de la pareja, social y comunitario

^a Información tomada de protocolos y normas en el ámbito sanitario de Cataluña, Costa Rica y España.

Tabla 4. Tendencias en salud para abordar la Violencia contra las mujeres. Cataluña y España, octubre del 2011 a enero del 2012.

Documentos	Tendencias
Plan de Políticas de Mujeres de la Generalitat de Cataluña	Implementación y seguimiento del protocolo Protocolo especial en caso de agresiones sexuales Formación para el tratamiento de agresiones sexuales Formación en atención y prevención de la mutilación genital femenina Criterios para el acompañamiento de las mujeres Materiales para el trabajo comunitario Mediación comunitaria en la mutilación femenina Seguimiento de la inclusión de la profilaxis Minimizar el síndrome de agotamiento profesional
Plan de Sensibilización y Prevención de la VG del Estado Español	Indicadores epidemiológicos y sanitarios en el SNS Coordinación y seguimiento Asesoramiento, intervención y coordinación de servicios de salud Formación, criterios comunes Coordinación de Servicios de Salud
Plan de Salud de Cataluña en el Horizonte 2010 I	Implementación territorial de protocolos Evaluación de protocolos Implantación de un circuito de actuación
Plan de Salud de Cataluña en el Horizonte 2010 II	Respuesta rápida y coordinada
Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género	Pauta de actuación normalizada y homogénea Orientación en atención integral al personal sanitario Sensibilizar al personal sanitario del SNS Promover la capacitación de las mujeres Sensibilización de la población general
Protocolo para el abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña	Facilitar la intervención de los y las profesionales Pautas de actuación con hijos e hijas o personas testigos Circuitos para la correcta actuación Unificar los criterios de los ámbitos sanitarios implicados

SNS: Sistema Nacional de Salud; VG: violencia de género

Cataluña no hace mención en cuanto al tema de las actuaciones con agresores. El referente (el Protocolo Común Español) señala que el Ministerio del Interior y las organizaciones y recursos de las comunidades autónomas tienen la pauta de intervención y reinserción de estas personas. Costa Rica hace alusión a la intervención legal y se dan pautas específicas de orientación y contención para atenderles en el sistema de salud pública. Se recomienda evitar el abordaje conjunto del ofensor con la persona afectada y que el mismo profesional atienda a ambos.

Formas de evaluación de políticas y planes

En Costa Rica, para formular el Planovi Mujer, que no estaba publicado a la fecha de este artículo tal como se mencionó, se realizó una evaluación previa¹¹ que evidenció las siguientes debilidades: falta de claridad conceptual y de capacidad de trabajar con un enfoque de derechos, además de la carencia de una visión estratégica sin priorización de acciones. Para evaluar el Planovi Mujer se busca entradas y salidas de información, memorias anuales, foros o congresos nacionales para mediados de 2012 y final del período. Además, trabajar con indicadores de resultado y proceso y contar con sistema modificado de medición estadística de la Violencia de Género hacia las mujeres y sistema de monitoreo de las respuestas de las instituciones públicas. La

forma de evaluar el Planovi Mujer es obtener entradas y salidas de información, memoria anual, foros o congresos nacionales a mediados de 2012 y final del período en el 2017. Se trabaja con indicadores de resultado y de proceso. Se cuenta con un Sistema Modificado de Medición Estadística de la Violencia de Género y un Sistema de Monitoreo de las respuestas de las Instituciones Públicas. Las propuestas de evaluación y seguimiento en Cataluña establecen la conformación de la comisión de seguimiento del Plan, se definen indicadores e informe anual para identificar obstáculos y propuestas de actuación. Se describe el funcionamiento y organización de las regiones sanitarias de Cataluña, las capacitaciones, reuniones, sesiones clínicas e investigaciones producidas en el período 2008. Las debilidades se señalan en la carencia de servicios, en la evidencia de formas y ámbitos donde puede producirse la violencia machista y en la falta de medidas penales y judiciales acompañadas de medidas preventivas educativas y de intervención social. Se recogen estadísticas de violencia de género a nivel estatal y por comunidad autónoma. En cuanto a las propuestas de evaluación y seguimiento, se establece la conformación de la comisión de seguimiento del Plan, se definen indicadores y un informe anual para identificar obstáculos y propuestas de actuación.

Tabla 5. Tendencias en salud para abordar la violencia de género. Costa Rica, octubre del 2011 a enero del 2012.

Documentos	Tendencias
Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género (PIEG)	Atención especializada para el agresor Atención y prevención en las comunidades Uso de protocolos de atención en instituciones Formación en estereotipos de crianza
Plan Operativo Nacional la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar Plan Operativo de Atención y Prevención (Planovi)	Prevención y Sensibilización comunal Detección y Registro Referencia y Coordinación Autocuidado al personal y Reflexión
Plan de Acción del PIEG	Creación de servicios de atención a ofensores sexuales juveniles Participar en el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar
Plan Nacional de Salud 2010-2021	Promoción de prácticas saludables en temas como violencia intrafamiliar y sexual Incorporar en planes la educación pública contenidos que favorezcan igualdad y equidad de género y vida libre de violencia Desarrollar competencias en el recurso humano de los servicios de salud sobre equidad y género
Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar	Promoción y prevención Detección y registro Contención Orientación especializada Seguimiento Atención a ofensores
Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar	Desarrollo Estratégico central, local y regional Promoción de la Salud Vigilancia epidemiológica Servicios de Salud
Protocolo de Atención de Personas Víctimas de VIF y/o Abuso Sexual Extrafamiliar en las áreas de salud del país	Instrumentos para la atención primaria de víctimas Fomentar el trabajo en equipo Brindar herramientas al personal de salud
Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento (edad joven y adulta)	Atención interdisciplinaria, integral y oportuna Actuación en las primeras 72 horas Disminuir probabilidad de infección por VIH e ITS Evitar la revictimización Obtener evidencias legales Intervención en crisis Primeros auxilios

VIF: violencia intrafamiliar; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; ITS: infecciones de transmisión sexual

DISCUSIÓN

Las agendas públicas de ambos contextos tienen como referentes externos e internos el movimiento de mujeres y el feminismo con lógica ascendente⁴ y construidas desde un paradigma de género.² Las estrategias para el abordaje de la violencia contra las mujeres tienen propuestas comunes a nivel de cambio cultural y respuesta integral e intersectorial. Se responde con un modelo de abordaje ecológico de la violencia³ y no desde la epidemiología clásica. Una forma de aumentar la eficacia de este modelo es la participación del personal de salud en los protocolos¹³ para capacitarse, consensuar conceptos y recursos. El uso de protocolos y normas de atención son punto común en ambos contextos como tendencias para el ámbito sanitario. Se generaron protocolos en Costa Rica desde el año 2000 que, para la fecha de este estudio no se había publicado su actualización. En Cataluña, se ha validado el protocolo

macro por profesionales de la salud con metodología cualitativa y, hasta el presente, está actualizado. La actualización y seguimiento de estos procesos marca la consistencia en las políticas y el nivel de prioridad del tema en el ámbito de la salud.

Se han identificado diferencias en los planes de salud entre Costa Rica y Cataluña en cuanto al nivel de priorización de la violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario. El énfasis en Costa Rica está en el sistema de administración de Justicia y la exigencia de derechos, lo cual hace difuso el papel del sistema sanitario, con consecuencias negativas, para dar respuesta integral e interinstitucional. El diseño de la política pública costarricense es limitado para abordar el maltrato a las mujeres desde una salud integral, identificada en otras leyes internacionales.^{12,18} El ámbito sanitario cumple un papel clave como lugar de actuación en Cataluña. En Costa Rica y en Cataluña, se ha logrado consensuar la

violencia contra las mujeres como aquella que se ejerce contra ellas en forma específica y no como sujetos difusos entre una gama de formas de violencia en las políticas. Sin embargo, el mismo término no es consistente con el que se utiliza en el ámbito de la salud en Costa Rica. El Planovi Mujer especifica la violencia dirigida hacia la mujer a partir de los 15 años y las violencias específicas que por su género sufre, aún no están publicadas y este concepto no ha sido trasladado al plan de salud ni a las normas vigentes, mostrando así inconsistencia. En Cataluña, ese sujeto es la mujer tanto en las políticas como en el plan de salud y los protocolos de actuación. Utiliza con mayor precisión el término violencia machista en las políticas y protocolos sanitarios, se incorpora la violencia de pareja y otros tipos de violencia contra las mujeres así como ámbitos más allá del familiar. Estudios,^{13,18} señalan la importancia de la claridad conceptual de lo que se entiende por violencia contra las mujeres y de los paradigmas⁵ desde los cuales se interviene profesionalmente. Las políticas públicas como reconocimiento social de un problema requieren análisis crítico. Pueden contribuir con estereotipos o permanecer en paradigmas que no contemplen los avances teóricos y críticos,² o bien, perder la fuerza de acciones colectivas progresistas y su efecto histórico.¹⁸

En ambos contextos, se contempla la importancia del autocuidado profesional del que han hablado diferentes estudios^{6,10} cuando se trabaja con la violencia, sin embargo, hay carencia para especificar acciones. El trabajo con agresores es escasamente tratado en la política pública y planes de salud de ambos contextos. Existe un mandato al sistema sanitario para atenderles en Costa Rica. Sin embargo, hay carencia de prácticas más específicas para detectar e intervenir en otras áreas de prevención, y el sistema responde a un modelo dicotómico de la violencia.²

La evaluación del Planovi Mujer tendría que estar realizada en Costa Rica a mediados del 2012, pero aún no

había sido presentado ni publicado en su totalidad para la fecha de este artículo.⁶ Para formular el Planovi Mujer, se realizó evaluación¹¹ previa que evidenció debilidades del Planovi. Las debilidades señaladas fueron: la falta de claridad conceptual y la capacidad de trabajar con enfoque de derechos y la carencia de una visión estratégica sin priorización de acciones. En Cataluña,^b se señalan carencias en cuanto a servicios y en evidencias de formas y ámbitos, donde puede producirse la violencia machista, y en la falta de medidas penales y judiciales acompañadas de medidas preventivas educativas y de intervención social. Se ha sistematizado la información del abordaje de la violencia machista en sanidad en Cataluña. Esta información es descriptiva y carecen de reflexiones en cuanto a debilidades y cuestionamiento de los modelos.

La falta de integración entre el análisis de informes no oficiales y de las organizaciones civiles que pueden generar otra perspectiva son limitaciones de este estudio. Este artículo es una aproximación a un componente contextual. No se ha incluido la experiencia de quienes lo implementan. Es necesario un trazado temporal¹⁴ que permita comprender el proceso histórico, la transformación de las políticas y los planes a través del tiempo en cada contexto.

Hay puntos comunes en los principios y estrategias de las políticas públicas para abordar la violencia contra las mujeres en ambos contextos. Las diferencias se encuentran en los planes de salud y las actuaciones sanitarias específicas. Las acciones sanitarias en Costa Rica necesitan actualizar los conceptos de las políticas públicas con los planes de salud y sus normativas, de manera que se revierta en las prácticas sanitarias. En Cataluña, es necesario desarrollar acciones sanitarias con quienes trabajan con la violencia contra las mujeres y enfatizar las tareas de promoción y prevención de la salud.

^a Instituto Nacional de las Mujeres. Planovi Mujer 2010-2015. Informe de Rendición de Cuentas Período 2012-2013 "Avanzando de jure a de facto". Área Violencia de Género. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.inamu.go.cr/documents/10179/11343/Informe+Rendicion+de+Cuentas+Planovi/31e23944-7f8a-4554-a4fe-f2f9701bb2f1>

REFERENCIAS

1. Alberdi I. La violencia doméstica. In: Alberdi I, Rojas LM, editores. *Violencia: tolerancia cero*. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2005. p.10-82.
2. Beiras A, Moraes M, Alencar-Rodríguez R, Cantera LM. Políticas e leis sobre violência de gênero: reflexões críticas. *Psicol Soc*. 2012;24(1):36-45. DOI:10.1590/S0102-71822012000100005
3. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 1):182-8
4. Bulcourn P, Cardozo N. ¿Por qué comparar políticas públicas? *Documentos Política Comparada*. 2008;(3):1-49.
5. Cantera LM. La violencia doméstica. *Lectora Rev Dones Textualitat*. 2002;8:71-7.
6. Claramunt MC. Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. San José: OPS; 1999. (Serie Genero y Salud Publica, 7).
7. Coll-Planas G, García-Romeral Moreno G., Mañas Rodríguez C, Navarro-Varas N. Cuestiones sin resolver en la ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Papers Rev Sociol*. 2008;87:187-204.
8. García-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359(9316):1509-14. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08417-9
9. Kappler KE, Kaltenbrunner A. The power laws of violence against women: rescaling research and policies. *PLoS One*. 2012;7(7):e40289. DOI:10.1371/journal.pone.0040289
10. Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, Tuacek T. Repercussions of violence on the mental health of workers of the Family Health Program. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):682-8. DOI:10.1590/S0034-89102009005000036
11. Programa Estado de la Nación, Instituto Nacional de las Mujeres. Evaluación del Impacto del Sistema Nacional para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar. El sector salud en el Planovi. 2007. San José, Costa Rica.
12. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C, Gil-González D. Worldwide violence against women legislation: an equity approach. *Health Policy*. 2011;100(2-3):125-33. DOI:10.1016/j.healthpol.2010.11.015
13. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit*. 2012;26(5):483-9. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.09.027
14. Roggeband C. Shifting policy responses to domestic violence in the Netherlands and Spain (1980-2009). *Violence against women*. 2012;18(7):784-806. DOI:10.1177/1077801212455359
15. Sagot M, Gúzman L. Encuesta nacional de Violencia contra las mujeres. Informe final de Investigación. Centro de Investigación en Estudios de la Mujer CIEM. 2004. Costa Rica. Recuperado de http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/mat_int/Encuesta%20Nacional%20de%20Violencia.pdf
16. Sagot M. Los límites de las reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Rev Cienc Soc*. 2008;120:35-48.
17. Vives-Cases C, La Parra Casado D. Spanish politicians discourse about the responses to violence against women. *Gac Sanit*. 2008;22(5):451-6. DOI:10.1157/13126926
18. Vives-Cases C, Ortiz-Barreda G, Gil-González D. Mapping violence against women laws in the world: an overview of state commitments. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(6):474-5. DOI:10.1136/jech.2009.090365

Este trabajo recibió soporte financiero del Proyecto European LLP E2HANCE under Grant ECW 2009-1657 con una beca para Kattia Rojas Loría para realizar estudios de doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El artículo está basado en la tesis de doctorado de Loría KR, titulada: "La Violencia de Género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica", presentado al Programa de Psicología de la Salud y el Deporte, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, en 2014.

Los autores declaran no haber conflicto de intereses.