

Los servicios de salud reproductiva y la violencia contra la mujer: formulación de una respuesta pragmática en el África subsahariana

Por Charlotte Watts y Susannah Mayhew

Charlotte Watts es conferenciante principal en epidemiología y salud, de la Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, y Susannah Mayhew es conferenciante en cuestiones de salud reproductiva y políticas de salud, del Centre for Population Studies, Department of Epidemiology, ambas pertenecen a la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

*Nos guste o no, la intersección entre la violencia y la toma de decisiones en materia de salud reproductiva se está reflejando en la realidad de la vida de la mujer. Es ingente la necesidad de que ambos movimientos se unan para organizarse y enfrentar esta realidad.*¹

Hace más de una década, Lori Heise y otros activistas contra la violencia doméstica señalaron la necesidad urgente de establecer vínculos más sólidos entre su causa y el movimiento en pro de la salud reproductiva. Desde ese entonces, la magnitud y consecuencias de la violencia contra la mujer han ganado más atención, y esto ha llevado a que haya un mayor reconocimiento y comprensión acerca del impacto de la violencia en la salud reproductiva de la mujer.

Sin embargo, en el ámbito de las políticas nacionales, la violencia y la salud reproductiva con frecuencia permanecen muy apartadas, a pesar del encuadramiento de ambos temas como componentes esenciales de los derechos humanos de la mujer y la creciente evidencia de conexión entre ambas cuestiones.² En particular, generalmente ambos temas se vinculan inadecuadamente a nivel de servicios: los servicios que abordan explícitamente la violencia contra la mujer rara vez están integrados en los servicios de salud reproductiva, y hay pocas iniciativas tendientes a integrar los servicios de salud reproductiva como una respuesta multisectorial al tema de la violencia contra la mujer.³

En este comentario examinamos el contexto de la violencia contra la pareja en el África subsahariana; hacemos una reseña de los puntos de encuentro o intersecciones entre la violencia contra la pareja y la salud reproductiva; y consideramos las oportunidades de establecer vínculos a nivel de programas y servicios. Además, exploramos las oportunidades y desafíos relacionados con una respuesta activa al problema de la violencia doméstica en el marco de los servicios de salud reproductiva en el África subsahariana.

PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

Una de las modalidades más comunes de violencia contra la mujer es la perpetrada por el cónyuge o por la pareja masculina íntima. La violencia contra la pareja—frecuentemente llamada violencia doméstica—asume una variedad de modalidades, incluida la violencia física (por ejemplo, bofetadas, puñetazos, puntapiés, asaltos con un arma y el homicidio) y la violencia sexual (por ejemplo, el manoseo sexual no deseado, el sexo forzado o bajo coerción, o la participación forzada en actos sexuales degradantes). La violencia es comúnmente acompañada por el abuso emocio-

nal, las restricciones económicas y otras conductas de control de la persona.⁴

Varias encuestas realizadas con base en la población en diferentes partes del mundo han explorado la prevalencia de la violencia contra la pareja. En estas encuestas se les preguntó directamente a las mujeres acerca de sus experiencias en actos de violencia específicos (por ejemplo, “Su pareja o expareja, ¿le ha pegado alguna vez con su mano o con alguna otra cosa que pudo haberle lesionado?”).⁵ A nivel mundial, el 16–50% de las mujeres que alguna vez estuvieron en pareja indicaron que habían sufrido un asalto físico por parte de su pareja íntima.⁶ En el África subsahariana, el 13–49% de las mujeres habían sido alguna vez golpeadas o asaltadas físicamente por su pareja masculina íntima, y el 5–29% indicaron que dicha violencia física ocurrió durante el año previo a la realización de la encuesta.⁷

Hay trabajos de investigación que también sugieren que muchas mujeres son asaltadas sexualmente por sus parejas. Al realizarse encuestas transversales de hogares en una provincia de Zimbabwe y en Etiopía, se reveló que el 26% y 59%, respectivamente, de las mujeres que estuvieron alguna vez en pareja habían sido forzadas a mantener relaciones sexuales alguna vez; el 20% y el 40% indicaron que habían tenido sexo no deseado durante el año previo a la encuesta.⁸ El nivel de superposición entre la violencia física y sexual difiere: algunos hombres infligen solamente violencia física y algunos únicamente violencia sexual, mientras otros perpetran ambas, la violencia física y sexual.⁹

Asimismo, los trabajos de investigación ilustran acerca del nivel de los asaltos físicos sufridos por las mujeres durante el embarazo. Para algunas mujeres que sufren la violencia durante el embarazo, el abuso es la continuación o intensificación de abusos anteriores, aunque en otros casos, la violencia se inicia en el momento en que quedan embarazadas. El 10% de las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas en Zimbabwe y por lo menos el 7% en Sudáfrica, habían sido alguna vez asaltadas físicamente durante su embarazo.¹⁰ En Butajira, Etiopía, el 77% de las mujeres actualmente embarazadas indican que han sufrido abuso físico durante el embarazo; el 28% han recibido puñetazos o puntapiés en el abdomen.¹¹ En la gran mayoría de los casos, el perpetrador es el padre de la criatura.

Si bien estas cifras ofrecen una indicación de la magnitud de la violencia de la pareja, las diferencias que existen entre los diferentes países y lugares deben ser interpretadas con mucha cautela. Estas diferencias pueden representar no solamente las diferencias reales que existen en la prevalencia de la violencia, sino también diferencias que ocu-

ren con respecto a la metodología de los trabajos de investigación, las distintas definiciones de violencia, las técnicas de muestreo, la capacitación y capacidad de los entrevistadores, y las diferencias culturales que afectan la disposición de las entrevistadas a revelar experiencias íntimas.¹²

EFFECTOS DE LA VIOLENCIA SOBRE LA SALUD

REPRODUCTIVA

En muchos países, la violencia contra la mujer aún es percibida predominantemente como una cuestión legal o de derechos humanos. No obstante, este tipo de violencia tiene grandes consecuencias en materia de salud. Si bien son escasos los datos nacionales disponibles, varios estudios a pequeña escala y con base en la comunidad indican que la violencia contra la pareja es una importante causa de la morbilidad y mortalidad,¹³ y que dicha violencia es un importante factor que afecta la salud reproductiva de la mujer.¹⁴ El sexo forzado está relacionado con una amplia gama de problemas ginecológicos y de salud reproductiva, incluidos la infección del VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS), el embarazo no deseado, el sangrado o la infección vaginal, los fibromas, la disminución de la libido, la irritación genital, el dolor durante el coito, el dolor pélvico crónico y las infecciones en el tracto urinario.¹⁵ Los estudios han relacionado el abuso a los embarazos no deseados, especialmente entre mujeres adolescentes,¹⁶ y la violencia limita en gran medida la capacidad de la mujer para practicar la anticoncepción.¹⁷ Además, los antecedentes de violencia doméstica generalmente son más comunes en aquellas familias que tienen muchos hijos.¹⁸ Si bien se ha sugerido que un elevado nivel de la violencia puede estar relacionado con el estrés en las familias numerosas, datos de Nicaragua sugieren que el inicio del abuso generalmente precede el nacimiento de los hijos.¹⁹

Aun cuando la violencia física no se utiliza para controlar el comportamiento de la mujer, el temor a la violencia puede influir en gran medida su toma de decisiones en cuestiones sexuales y reproductivas. Por ejemplo, en Sudáfrica, el 57% de las mujeres que viven en la zona del cabo oriental consideran que ellas no pueden rehusarse a mantener relaciones sexuales con su pareja.²⁰ El temor a la violencia es un factor comúnmente mencionado por las mujeres casadas como un obstáculo al uso del condón con sus cónyuges para prevenir el embarazo o las ITS.²¹ Para muchas mujeres del África subsahariana, el retiro (o amenaza de retiro) del apoyo económico o material si se rehusan a mantener relaciones sexuales o usar anticonceptivos contra la voluntad de su pareja, puede significar un poderoso factor inhibitorio de su libertad sexual y práctica del sexo protegido.²²

La violencia durante el embarazo puede constituir una amenaza para la vida y la salud de la madre y del feto.²³ La violencia física durante el embarazo está relacionada con el aborto espontáneo, el inicio tardío del control prenatal, la muerte prenatal, el parto y nacimiento prematuros, y el bajo peso al nacer.²⁴ En un estudio realizado en 400 poblaciones en Pune, India, el 16% de la mortalidad mater-

na resultó de la violencia contra la pareja;²⁵ el homicidio por parte de la pareja también ha sido identificado como una importante causa de la mortalidad materna en Bangladesh y los Estados Unidos.²⁶ Si bien los datos sobre el África son limitados, la violencia perpetrada por la pareja masculina fue la cuarta causa principal de mortalidad materna registrada en el Hospital Central de Maputo, en Mozambique.²⁷

La violencia también puede ser el resultado de problemas y cuestiones relacionados con las conductas sexuales y reproductivas. Trabajos de investigación llevados a cabo en Uganda, Sudáfrica y Zimbabwe han revelado que con frecuencia se menciona que el rehusar a mantener relaciones sexuales justifica la violencia como respuesta.²⁸ En una muestra de hombres entrevistados en un lugar de trabajo en Cape Town, entre los factores significativamente relacionados con la violencia sexual se incluyó la violencia fuera del hogar (por ejemplo, riñas o altercados en público), el abuso del alcohol, las parejas sexuales múltiples y el conflicto que se suscita cuando la mujer se rehúsa a mantener relaciones sexuales o el hombre tiene la percepción de que su autoridad ha sido socavada.²⁹ Asimismo, el uso oculto de anticonceptivos puede resultar en que la mujer sea más vulnerable a actos de violencia por parte de su pareja.³⁰ Los resultados de unos estudios de caso realizados en Zimbabwe de mujeres que habían sido objeto de la violencia sugieren que la violencia doméstica puede estar relacionada con problemas de salud sexual e infertilidad.³¹ La sospecha de infidelidad también es una causa muy comúnmente aceptada de la violencia doméstica, y varios estudios documentan hechos de violencia perpetrados por hombres que descubren que su pareja ha contraído una infección del VIH u otro tipo de ITS.³² En seis países del África, el temor al ostracismo y a la violencia doméstica es una importante razón mencionada por las mujeres embarazadas que se rehúsan a someterse a un examen de VIH o que no regresan a la clínica a buscar el resultado de sus análisis.³³

Entre las mujeres sudafricanas que reciben atención prenatal en Soweto, la violencia doméstica está significativamente relacionada con el resultado positivo de las pruebas de VIH.³⁴

INTEGRACIÓN DE RESPUESTAS A LA VIOLENCIA

Cada vez se reconoce más el papel activo que juegan los trabajadores de los programas de salud reproductiva en asistir a identificar, apoyar y referir a las víctimas de la violencia contra la pareja.³⁵ Este papel puede ser muy importante porque muchas mujeres que han sufrido violencia no recurren a la ayuda de la policía o de otras entidades de apoyo, a pesar de que la temprana identificación del problema podría asistir a limitar las consecuencias y reducir las probabilidades de una mayor victimización.

Varias asociaciones médicas profesionales de países industrializados han preparado guías para el personal médico en materia de la violencia contra la pareja.³⁶ En el África subsahariana, sin embargo, no se ha examinado debidamente el papel potencial del personal de salud

reproductiva. Por lo general, los proveedores de servicios de salud reproductiva en África se dividen en dos categorías: personal de atención prenatal o de parteras, que ofrecen atención pre y postnatal; y el personal de planificación familiar, que suministra anticonceptivos y consejería sobre sexualidad y a quienes ahora se les alienta a que ofrezcan servicios de manejo de ITS. Algunas enfermeras de salud pública de planificación familiar también ofrecerían consejería sobre temas muy íntimos, tales como el uso de anticonceptivos, las ITS y la infección del VIH. Si bien desde hace mucho tiempo se ha criticado a los servicios de planificación familiar por no atender a los adolescentes y a los hombres, los proveedores de estos servicios y de atención prenatal atienden a un gran porcentaje de mujeres sexualmente activas, muchas de las cuales ya son víctimas de la violencia a manos de su pareja o algún día se convertirán en ellas.

Las Encuestas Demográficas y de Salud en el África subsahariana indican que hasta el 95% de las mujeres reciben algún tipo de atención prenatal o de planificación familiar. Este contacto con el sistema de salud ofrece una importante oportunidad en que los proveedores identifiquen y apoyen a la mujer que ha sufrido violencia. Sin lugar a dudas, la participación de los proveedores de servicios de salud reproductiva puede ser particularmente apropiada, debido a las consecuencias de la violencia en la salud reproductiva y a las numerosas necesidades en materia de salud reproductiva que pueden colocar a la mujer en una situación de mayor riesgo de violencia. Además, como los proveedores de servicios de salud reproductiva tienen amplios antecedentes y experiencia en el trato de asuntos muy íntimos y delicados (por ejemplo, la sexualidad, la anticoncepción y la negociación del sexo seguro) y como hay varias iniciativas para capacitarlos en consejería sobre el SIDA, éstos pueden convertirse en componentes muy bien equipados para prestar apoyo a las mujeres que sufren abuso.

Para asegurar que las mujeres no sufren todavía mayor victimización o son culpadas durante el proceso de consulta y declaración del problema, los proveedores de salud deberán en primer lugar enfrentar sus propios prejuicios, conceptos erróneos y temores acerca de la violencia contra la mujer.

En cualquier clínica que preste servicios diarios (por ejemplo, de planificación familiar o de atención prenatal), es probable que los proveedores de salud reproductiva hagan contacto con mujeres que han sufrido o actualmente sufren violencia. Algunas clientas informarán sobre el abuso o su temor a la violencia, o que habían sido violadas. Los proveedores también ven a mujeres que no hablan en forma abierta sobre el abuso pero que tienen marcas físicas que revelan casos de violencia (por ejemplo, moretones, lesiones y antecedentes de complicaciones imprevistas de embarazos). Finalmente, los proveedores pueden atender a las mujeres que no informan o presentan ningún tipo de problema relacionado con la violencia, aun cuando éstas están viviendo una relación de violencia.

Hay un continuo debate sobre hasta qué punto es via-

ble la identificación y apoyo de las mujeres que sufren violencia por parte de los proveedores. El nivel de actividad mínimo (i.e., lo más pasivo) que podría ser apropiado para lugares que cuentan con recursos limitados es asegurar que los proveedores no se victimicen más a las mujeres que informan que han sido abusadas o violadas. En este nivel de atención, las políticas y las actividades de capacitación deben concentrarse en asegurar que las mujeres sean tratadas con gran sensibilidad y sin críticas destructivas, y el acto de violencia debe ser registrado y las víctimas deben recibir el tratamiento adecuado para las ITS o ser referidas a los servicios apropiados si fuere necesario.

Un enfoque más activo podría ser que los proveedores de servicios de salud, les pregunten durante sus entrevistas a todas las mujeres, o solamente a aquellas que presentan señales de casos de violencia severa, acerca de sus experiencias de la violencia. Para identificar a las mujeres que se encuentran en situaciones de alto riesgo, sería necesario que los proveedores preparen una lista de indicadores potenciales de la violencia contra la pareja, tales como un resumen sobre una lesión no justificada o el sangrado materno, un parto o un nacimiento prematuro, y una lesión o muerte fetal.

Los cuestionarios de rutina deben ser desarrollados en la forma de un módulo breve de preguntas que los proveedores les formularían a las mujeres sobre su experiencia de violencia actual o previa. Se han desarrollado varios de estos módulos y este enfoque ha sido adoptado por algunos países industrializados y también por el programa latinoamericano de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental.³⁷ Estas iniciativas generalmente requieren que se capacite a todo el personal de las clínicas, y que se integren los servicios para las mujeres que sufren violencia por parte de la pareja íntima como parte de la actividad de la clínica. Además de ser un mecanismo de apoyo, este nivel de inversión permite a que los proveedores conozcan mejor cuáles de los problemas de sus clientas pueden ser causados por la violencia; igualmente, permite a que puedan dirigir sus servicios para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres que tienen relaciones de pareja violentas. Por ejemplo, los métodos anticonceptivos tales como los inyectables pueden pasar desapercibidos y quizá son más convenientes que el condón o aún la píldora para aquellos casos en que el hombre se opone a que la mujer practique la anticoncepción.

Hay pruebas de que las mujeres que asisten a las clínicas a procurar servicios de salud reproductiva apoyarían este tipo de iniciativas: por ejemplo, el 88% de las mujeres que asisten a una clínica comunitaria en Cape Town, Sudáfrica, indicaron que les agradaría someterse a un tamizaje regular sobre violencia.³⁸ Un estudio más minucioso que se realizó en los Estados Unidos reveló que tanto las mujeres abusadas como las no abusadas favorecían someterse a un tamizaje sobre violencia llevado a cabo por los proveedores de servicios de salud.³⁹ Las mujeres resaltaron la importancia de contar con proveedores que cono-

can el problema de la violencia doméstica y que estén bien informados y dispuestos a escuchar y suministrar información sobre los recursos disponibles en la comunidad;⁴⁰ asimismo, consideraron que los trabajadores de salud reproductiva podrían desempeñar un importante papel al prestarles apoyo emocional a las mujeres y a condenar de esa manera la violencia. Sin embargo, cualquier tipo de servicios de salud que responda a la violencia requiere que las instituciones le presten a la mujer servicios confidenciales y ausentes de críticas.⁴¹

Cambio de actitudes

Los proveedores de servicios de salud reproductiva pueden tener conceptos erróneos y estereotipos comunes acerca de las mujeres que han sufrido la violencia doméstica, tales como la suposición de que la mujer debe haber hecho algo para merecerse esa reacción o que la violencia de su pareja no es una cuestión seria.⁴² Para asegurar que las mujeres no sufran todavía mayor victimización o son culpadas durante el proceso de consulta y declaración del problema, los proveedores de salud deberán en primer lugar enfrenar sus propios prejuicios, conceptos erróneos y temores acerca de la violencia contra la mujer.

Enfrentar y cambiar las actitudes negativas y condenatorias es un desafío clave, en particular porque dichas actitudes pueden estar muy enraizadas entre los trabajadores de la salud de ciertos lugares;⁴³ dado que la violencia contra la mujer surge debido a las desigualdades e inequidades de género y poder, esto requiere fundamentalmente que los proveedores desafíen los problemas de poder y abuso en sus propias vidas.⁴⁴ En la práctica, solamente algunos trabajadores pueden estar interesados, receptivos y capacitados en forma suficiente para tratar eficazmente con el problema de la violencia de género; aunque esto sea así, esta minoría debe ser reconocida y apoyada.

Otro impedimento se radica en la cultura enraizada en las jerarquías institucionales y en las formas en que las actitudes y prácticas burocráticas influyen en la introducción de nuevas prácticas y capacidades adquiridas. Por ejemplo, sin el apoyo institucional algunas enfermeras quizá no pueden poner en práctica la capacitación recibida.⁴⁵

Espacio, tiempo y confidencialidad

La privacidad y la confidencialidad son aspectos esenciales para trabajar con las mujeres que han sido blanco de la violencia. Es poco probable que hablen sobre sus experiencias si no se sienten en un entorno de total confidencialidad y ellas mismas pueden ser puestas en riesgo de más violencia si alguien se divulga su información. Los proveedores de servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar no siempre disponen de un lugar seguro para garantizar la privacidad.⁴⁶ En los casos en que la sala de exámenes se cierra con solamente una cortina o cuando los exámenes iniciales comienzan en lugares abiertos, las mujeres son muy renuentes a confesar su experiencia de violencia. Además, la confidencialidad puede ser particularmente difícil en zonas rurales donde los proveedores

generalmente viven en las mismas comunidades y conocen tanto a la mujer como a su pareja.

La limitación de tiempo presenta otro desafío. Con frecuencia, los trabajadores de la salud no tienen mucho tiempo para dedicarle a cada cliente.⁴⁷ Esto puede significar que aun si la mujer declara un acto de violencia, quizá su proveedor no tiene suficiente tiempo para ofrecerle una respuesta adecuada. Permitirles a los proveedores la flexibilidad de usar tiempo adicional con las personas que lo necesitan puede ser un importante aspecto para establecer la confianza y confidencialidad que deben existir entre ellos.

Formulación de una respuesta pragmática

A pesar de que hay áreas claras para realizar una intervención potencial, hay pocos ejemplos de esfuerzos serios realizados por los proveedores de salud reproductiva para abordar la violencia contra la pareja en el África. La falta de vínculos operativos entre los programas contra la violencia y los de salud reproductiva a nivel nacional se debe a la demora inherente que existe entre una preocupación internacional sobre un asunto y la acción nacional, y también a las dificultades en desarrollar los planes estratégicos basados en la retórica que se usa a nivel mundial. Aun en los países industrializados, donde los recursos no son tan restringidos, se debate acerca de la forma y el nivel de la respuesta apropiada y viable del sector de salud a la violencia contra la pareja.⁴⁸

La presteza a agregar servicios sobre violencia doméstica a las actividades de salud reproductiva podría conducir a que se adopten enfoques insensatos que perjudiquen aún más la seguridad de la mujer. Sería mucho más conveniente que se adoptara un enfoque considerado, sostenible y en un contexto específico en el que se evalúen cuidadosamente los aspectos positivos y negativos de diferentes intervenciones. Esto se debe realizar con base en la experiencia y conocimientos de ambos grupos, los trabajadores de la salud reproductiva y los activistas contra la violencia. En particular, algunas de las alianzas regionales que ayudaron a impulsar este tema y lo fomentaron en la agenda mundial, pueden prestar un apoyo clave en el desarrollo de iniciativas adecuadas a nivel local, nacional y regional.⁴⁹ En el Cuadro 1 (página 64) se presenta una serie de posibles respuestas a diferentes niveles para ofrecer una respuesta integral a la violencia.

Habilidades y capacitación de proveedores

Si se desea capacitar a los proveedores de salud reproductiva para que asistan a las mujeres abusadas, es necesario identificar los objetivos adecuados en un contexto específico. Teniendo en cuenta los numerosos obstáculos que se presentan, las políticas deben estar fundadas en expectativas realistas acerca de qué se puede lograr con la iniciativa que se adopte.

Como mínimo, los proveedores de salud reproductiva deberán transmitir a las mujeres mensajes clave acerca de la inacceptabilidad de la violencia, suministrarles servicios de

CUADRO 1. Formas de abordar la violencia contra la pareja, de acuerdo con el tipo de proveedor

Enfermera/trabajadora de la salud	Clínica/lugar de atención	Hospital	Ministerio de Salud
Estar informada sobre los tipos, alcance y causas subyacentes de la violencia	Desarrollar políticas sobre la violencia contra la mujer	Aceptar referencias y actuar como un punto de referencia para las clínicas e instalaciones, implementando políticas para abordar el problema de la violencia contra la mujer	Condenar públicamente la violencia contra la mujer
Ofrecer pruebas de tamizaje para verificar la violencia durante las consultas de salud reproductiva	Asegurar un espacio recluso y privado para facilitar las consultas		Estar informado sobre los tipos, causas subyacentes y consecuencias de la violencia
Apoyar a las mujeres emocionalmente, valorando sus experiencias y demostrando que no se las juzga y que se está dispuesta a escucharlas	Difundir afiches/panfletos que condenan la violencia contra la mujer	Desarrollar protocolos sobre el manejo de casos de violación, abuso sexual de menores y otras formas de violencia	Apoyar el desarrollo de los protocolos y políticas sobre diferentes formas de violencia contra la mujer
Prestar atención clínica apropiada (por ejemplo, la anticoncepción de emergencia, pruebas de embarazo, y análisis y tratamiento de las ITS, incluido el VIH)	Apoyar al personal interesado en ayudar a las mujeres que han sufrido violencia y promover el acceso de este personal a sesiones apropiadas de capacitación	Asegurar que el personal está adecuadamente adiestrado para manejar casos de violación, abuso sexual de menores y otras formas de violencia	Incorporar programas de estudio especializados sobre la violencia contra la mujer en los cursos de capacitación de trabajadores de la salud
Documentar las consecuencias de la violencia para la salud	Apoyar al personal que ha sido objeto de violencia por parte de su pareja	Preparar declaraciones sobre la inaceptabilidad de la violencia	Monitorear y evaluar iniciativas para abordar el problema de la violencia contra la pareja
Mantener la confidencialidad	Crear vínculos con otras organizaciones locales que trabajan para abordar la violencia de género	Apoyar al personal interesado en ayudar a las mujeres que han sufrido violencia y promover el acceso del personal a servicios de capacitación adecuados	Participar en forma activa en iniciativas multisectoriales sobre violencia contra la pareja
Referir a las mujeres a los servicios y recursos de la comunidad, en caso que existan		Participar en forma activa en iniciativas multisectoriales sobre violencia contra la pareja	

salud adecuados, y asegurar que las mujeres estén conscientes de que hay formas de apoyo disponibles, en caso que quieran adoptar otras medidas con respecto a su problema. En los casos en que los proveedores tienen más tiempo y recursos, podrían prestar consejería y apoyo continuo, y regularmente formular preguntas a sus clientas sobre asuntos de violencia.

Sin embargo, las expectativas deben ser realistas. En todo el África subsahariana permanece muy pequeño el número de consejeros capacitados de las clínicas de salud, y en muchos lugares siguen las dudas con respecto a la eficacia de la consejería en asuntos de salud reproductiva.⁵⁰ Muchos estudios mencionan que la falta de sensibilidad de los proveedores y la pobre capacitación en relaciones interpersonales constituyen un obstáculo para las personas que procuran los servicios de atención de la salud.⁵¹ Sin embargo, en Ghana, Sudáfrica y Zimbabwe, entre otros, se han observado considerables esfuerzos realizados por miembros del personal que apoyan a las mujeres en situaciones difíciles.⁵² El camino a seguir puede ser identificar y apoyar a los proveedores de salud individuales que ya están comprometidos a la prestación de apoyo a las mujeres que sufren abusos.

El desarrollo de estrategias para los profesionales de la salud debe ser enfocado con la debida atención. Los modelos de consejería que se utilizan en el occidente quizá no serían apropiados y deberían considerar la adaptación de los modelos para cada país específico. Las iniciativas deberían basarse en las experiencias de las organizaciones de mujeres locales y regionales, las cuales tienen una rica experiencia en la prestación de servicios sobre violencia do-

méstica⁵³ y pueden ya contar con sólidas conexiones con el respaldo legal y otras formas de apoyo.

La amplia atención que se presta actualmente a los programas de prevención de la infección del VIH/SIDA, inclusive a la inversión en el desarrollo de las capacidades de consejería de los trabajadores de la salud, pueden ofrecer una importante oportunidad para incluir en las actividades de capacitación el tema de la violencia contra la pareja. Para apoyar a las mujeres que han sufrido la experiencia de la violencia, es importante que los proveedores tengan suficiente tiempo para hablar con las mujeres. Sin el tiempo y la privacidad adecuados para la interacción proveedor-mujer, las clientas no se beneficiarán y algunas pueden estar expuestas incluso a mayores riesgos y angustias. Para que este asesoramiento sea beneficioso a la mujer, es necesario que sea bien hecho; de otra manera, es preferible referirlas a otros proveedores especializados, si hubiere.

Mejorar la documentación

Tomando en cuenta la relación continua que algunos proveedores tienen con las mujeres, éstos estarían en una buena posición de documentar y atestiguar sobre las experiencias de violencia que ha sufrido una mujer. Esta documentación médica sistemática de los informes de violencia puede ser de importancia crítica en el caso que una mujer desee demandar a su atacante. Además, una documentación clara y bien presentada puede reducir las demoras en la prestación de servicios: en Zimbabwe, por ejemplo, a algunas sobrevivientes de violaciones se les denegó el aborto debido a las demoras de la documentación.⁵⁴

En los niveles terciarios de atención a la salud, los mi-

nisterios de salud y los hospitales deberían preparar protocolos estándar para documentar los casos de violencia doméstica, violaciones y abuso sexual. En Zimbabwe, por ejemplo, los hospitales ya tienen protocolos para casos de violaciones, tamizaje para las ITS, anticoncepción de emergencia y acceso a servicios de abortos.⁵⁵ Actualmente Sudáfrica está desarrollando una política para manejar los casos de violación, inclusive la prestación de la profilaxis posterior a la exposición al VIH.⁵⁶ Los procedimientos para responder a la violencia deben ofrecer suficientes pautas sobre cómo se debe documentar los casos en forma apropiada. Por ejemplo, las declaraciones juradas de los médicos pueden requerir de una evaluación sobre la severidad de la violencia, pero los criterios para ello con frecuencia no son claros.⁵⁷

Sin embargo, se precisa la atención debida para asegurar que la documentación de la violencia contra la mujer no compromete la confidencialidad de la cuestión. Por ejemplo, la seguridad de la mujer se puede ver perjudicada si los formularios en que se registran los casos de violencia están integrados y todo el personal de la clínica tiene acceso a los mismos. Las cuestiones de ética y seguridad que se caracterizan los servicios de las mujeres abusadas hacen absolutamente imperativo que las respuestas y la documentación de esa violencia sean realizadas con la mayor confidencialidad y sensibilidad posibles.

Colaboración intersectorial y referencias

Las mujeres que han sufrido la violencia quizá tienen necesidad de ponerse en contacto con numerosas entidades, tales como la policía y los servicios de bienestar social. La respuesta coherente al problema de la violencia contra la pareja no debe estar confinada a la clínica, sino que debe coordinarse con diferentes áreas de servicios y apoyo; la responsabilidad final corresponde a los planificadores y administradores de los programas, aunque los proveedores de salud también deben estar al tanto de la necesidad de tener vínculos más amplios. Cuando los medios correspondientes no pueden por sí mismos prestar los servicios necesarios a una mujer abusada pero desean referirla a otros proveedores, el sistema de referencias debe ser muy ágil y adecuado para minimizar el número de pasos que debe dar una mujer para recibir ayuda.

Una forma de solucionar estos problemas es identificar a una “compañera” o defensora que la acompañe—que podría ser una mujer que ya ha sufrido anteriormente una situación de violencia y está familiarizada con los servicios disponibles. Otra forma es identificar a una persona clave en cada entidad a quien se le puede referir a la persona directamente. Las personas en las diferentes entidades podrían reunirse para analizar los casos que se presentan y aprender formas para revisar y mejorar procedimientos. En los casos en que es difícil mantener vínculos con las organizaciones que trabajan contra la violencia o donde las actividades de las organizaciones no gubernamentales son muy débiles, Heise sugiere que se identifiquen a líderes comunitarios, tales como jefes o clérigos que podrían asistir

en las referencias y prestar el apoyo necesario.⁵⁸

En general, trabajar con diversas organizaciones y estructuras—cada una con sus propias prioridades y prácticas institucionales enraizadas—puede ser una experiencia frustrante y lenta.⁵⁹ Sin embargo, hay ejemplos de iniciativas exitosas: por ejemplo, la policía de Ghana estableció recientemente un cuerpo policial femenino como parte de la campaña nacional contra la violencia basada en el género,⁶⁰ y en Namibia, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales ha establecido 13 Unidades de Protección a la Mujer y al Niño, centros de una sola parada que ofrecen servicios de salud, legales y de consejería a las mujeres que sufren abusos.⁶¹

CONCLUSIONES

En África subsahariana, como en todos los lugares, la violencia física y sexual contra la pareja íntima está sumamente difundida, y tiene serias consecuencias para la salud reproductiva de la mujer. A pesar de los grandes mandatos que se formulan a nivel internacional, pocas son las iniciativas implantadas para responder al tema de la violencia dentro de los servicios de salud reproductiva.

A pesar de ello, es posible implantar respuestas pragmáticas. Aun iniciativas con recursos relativamente escasos pueden dejar huella al tratar de asegurar que las experiencias de las mujeres son reconocidas como válidas, y que éstas no son juzgadas ni acusadas por los actos de violencia que denuncian. En los lugares que se disponen de más recursos, los proveedores tienen más oportunidades para comprender mejor el papel de la violencia en los problemas de salud de sus clientas, dirigir los servicios para atender las necesidades específicas de la mujer que ha sufrido violencia y, cuando es posible, referirlas a los servicios apropiados. Si bien los desafíos son numerosos, es imperativo que los asuntos de desigualdad por razón de género y la violencia basada en género sean combatidos de frente si se quiere cumplir la promesa de respetar los derechos reproductivos de la mujer.

REFERENCIAS

1. Heise L, Ellsberg M y Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports*, 1999, Series L, No. 11.
2. Mayhew SH y Watts C, Global rhetoric vs. individual realities: linking violence against women and reproductive health, en: Lee K, Fustukian S y Buse K, eds., *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press, 2002.
3. Heise L, Violence against women: global organizing for change, en: Edleson JL y Eisikovitz ZC, eds., *Future Interventions with Battered Women and Their Families*, Thousand Oaks, CA, EEUU: Sage, 1996, págs. 7-33; y García-Moreno C y Watts C, Violence against women: its importance for HIV/AIDS prevention, *AIDS*, 2000, 14(Suppl. 3):S253-S265.
4. Krug EG et al., *World Report on Violence and Health*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.
5. OMS, *Multi-Country Study on Women's Health and Life Events Final Core Questionnaire (Version 9.9)*, Ginebra: OMS, 2002.
6. Krug EG et al., 2002, op. cit. (véase referencia 4).
7. Krug EG et al., 2002, op. cit. (véase referencia 4); Koenig M et al., Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study, *Bulletin of WHO*, 2003, 81(1):53-60; Watts C y Zimmerman C, Violence against women: global scope and magnitude, *Lancet*, 2002,

- 359(9313):1232-1237; y Kishor S y Johnson K, *Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study*, Calverton, MD, EEUU: ORC Macro, 2004.
8. Watts C et al., Withholding of sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(12):57-65; y Gossaye Y et al., Women's Health and Life Events Study in rural Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 2003, 17(second special issue):2-50.
9. Gossaye Y et al., 2003, op. cit. (véase referencia 8).
10. Watts C et al., 1998, op. cit. (véase referencia 8); Jewkes R et al., *He Must Give Me Money, He Mustn't Beat Me: Violence Against Women in Three South African Provinces*, Technical Report, Pretoria, Sudáfrica: Medical Research Council, 1999; y Campbell JC, García-Moreno C y Sharps P, Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence Against Women*, 2004, 10(7):770-789.
11. Gossaye Y et al., 2003, op. cit. (véase referencia 8).
12. Jansen HAFM et al., Interviewer training in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, *Violence Against Women*, 2004, 10(7):831-849.
13. Campbell JC, Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, 2002, 359(9314):1331-1336.
14. Heise L, Ellsberg M y Gottemoeller M, 1999, op. cit. (véase referencia 1); y Campbell JC, 2002, op. cit. (véase referencia 13).
15. García-Moreno C y Watts C, 2000, op. cit. (véase referencia 3); Maman S et al., The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine*, 2000, 50(4):459-478; y Campbell JC, 2002, op. cit. (véase referencia 13).
16. Campbell JC, Abuse during pregnancy: progress, policy and potential, *American Journal of Public Health*, 1998, 88(2):185-186.
17. Dixon-Mueller R, The sexuality connection in reproductive health, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(5):269-282; Ezeh CA et al., The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):163-173; Chibwana T et al., Male involvement: the missing dimension in promoting child spacing, *Malawi Medical Journal*, 1993, 9(1):18-30; Adongo P et al., Cultural factors constraining the introduction of family planning among the Kassena-Nankana of Northern Ghana, *Social Science & Medicine*, 1997, 45(12):1789-1804; y Bawah AA et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in Northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.
18. Ellsberg M et al., Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study, *American Psychologist*, 1999, 54(1):30-36.
19. *Ibid.*; y Kishor S y Johnson K, 2004, op. cit. (véase referencia 7).
20. Jewkes R et al., 1999, op. cit. (véase referencia 10).
21. Blanc A et al., *Negotiating Reproductive Health Outcomes in Uganda*, Calverton, MD, EEUU: Macro International y Makerere, Uganda: Institute of Statistics and Applied Economics, Makerere University, 1996; y Njovana E y Watts C, Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action, *Reproductive Health Matters*, 1996, 4(7):45-53.
22. Adongo P et al., 1997, op. cit. (véase referencia 17); Ankomah A, Condom use in sexual exchange relationships among young, single adults in Ghana, *AIDS Education Preview*, 1998, 10(4):303-316; Watts C et al., 1998, op. cit. (véase referencia 8); Jewkes R et al., 1999, op. cit. (véase referencia 10); y Koenig M et al., 2003, op. cit. (véase referencia 7).
23. Pearlman MD, Tintinally JE y Lorenz RP, Blunt trauma during pregnancy, *New England Journal of Medicine*, 1990, 323(23):1609-1603; Jejeebhoy SJ, Association between wife beating and fetal death: impressions from a survey in rural India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(3):300-308; y Parsons LH y Harper MA, Violent maternal deaths in North Carolina, *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 94(9):990-993.
24. Krug EG et al., 2002, op. cit. (véase referencia 4).
25. Gantra BR et al., Too far, too little, too late: a community based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India, *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76(6):591-598.
26. Fauveau V et al., Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-1985, *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66(5):643-651; y Harper M y Parsons L, Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992-1994, *Obstetrics & Gynecology*, 1997, 90(6):920-923.
27. Krug EG et al., 2002, op. cit. (véase referencia 4).
28. Blanc A et al., 1996, op. cit. (véase referencia 21); y Jewkes R et al., 1999, op. cit. (véase referencia 10).
29. Abrahams N et al., Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevention and risk factors reported by men, *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(5):330-337.
30. Blanc A et al., 1996, op. cit. (véase referencia 21); Rao V, Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(8):1169-1180; y García-Moreno C y Watts C, 2000, op. cit. (véase referencia 3).
31. Njovana E y Watts C, 1996, op. cit. (véase referencia 21).
32. Fischbach RL y Herbert B, Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures, *Social Science & Medicine*, 1997, 45(8):1161-1176; Wingood G, DiClemente R y Raj A, Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):270-275.
33. Krug EG et al., 2002, op. cit. (véase referencia 4).
34. Dunkle KL et al., Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa, *Lancet*, 2004, 363(9419):1415-1421.
35. García-Moreno C, Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women, *Lancet*, 2002, 359(9316):1509-1514.
36. Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Violence against women: relevance for medical practitioners, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(23):3184-3195; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Domestic violence, *ACOG Technical Bulletin*, Washington, DC: ACOG, 1993, No. 209; British Medical Association (BMA), *Domestic Violence: A Health Care Issue*, Londres: BMA, 1998; y Royal College of Midwives, *Domestic Abuse in Pregnancy*, Position Paper, Londres: Royal College of Midwives, 1997, No. 19.
37. Federación Internacional de Planificación de la Familia-Región del Hemisferio Occidental, La conexión entre la violencia basada en género y la salud sexual y reproductiva, *¡Basta!*, 2000, primavera, <http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/basta2000spring_s.pdf>, sitio visitado el 28 de septiembre, 2004.
38. Kim J, Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa, en: *Proceedings of the Health Care Strategies for Combatting Violence Against Women in Developing Countries Meeting, Ghent, Belgium, August 1999*, Ghent, Bélgica: International Centre for Reproductive Health, University of Ghent, 1999.
39. McNutt L et al., Reproductive violence screening in primary care: perspectives and experiences of patients and battered women, *Journal of the American Medical Association*, 1999, 54(2):85-90.
40. Gielen AC et al., Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19(4):279-286.
41. García-Moreno C, 2002, op. cit. (véase referencia 35).
42. Kim J y Motshei M, "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender violence among primary health care nurses in rural South Africa, *Social Science & Medicine*, 2002, 54(8):1243-1254.
43. Jewkes R, Abrahams N y Mvo Z, Why do nurses abuse patients? reflections from South African obstetrics services, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(11):1781-1795.
44. García-Moreno C, 2002, op. cit. (véase referencia 35).
45. Mayhew SH, Integration of STI services into FP/MCH services: health service and social contexts in rural Ghana, *Reproductive Health Matters*, 2000, 8(16):112-124; y Mayhew SH et al., Integrating component services for reproductive health: the problem of implementation, *Studies*

in *Family Planning*, 2000, 31(2):151–162.

46. Population Council, *Setting the African Agenda: Report of an African Region Conference on Integration of STI/HIV Services into MCH/FP Services*, Nueva York: Population Council, 1995; Kisubi W et al., *An African Response to the Challenge of Integrating STD/HIV/AIDS Services into Family Planning Programs*, Watertown, MA, EEUU: Pathfinder International, 1997; y Mayhew SH, *Health Care in Context, Policy into Practice: A Policy Analysis of Integrating STD/HIV and MCH/FP Services in Ghana*, Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.

47. Population Council, 1995, op. cit. (véase referencia 46); Kisubi W et al., 1997, op. cit. (véase referencia 46); y Maggwa BN y Askew I, *Integrating STI/HIV Management Strategies into Existing MCH/FP Programs: Lessons from Case Studies in East and Southern Africa*, Nueva York: Population Council, 1997.

48. Cole TB, Is domestic violence screening helpful? *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284(5):551–553; y Ramsey J et al., Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review, *British Medical Journal*, 2002, 325(7359):314–326.

49. Mayhew SH y Watts C, 2002, op. cit. (véase referencia 2).

50. Population Council, 1995, op. cit. (véase referencia 46); Kisubi W et al., 1997, op. cit. (véase referencia 46); y Maggwa BN y Askew I, 1997, op. cit. (véase referencia 47).

51. McCauley AP et al., Opportunities for women through reproductive choice, *Population Reports*, 1994, Series M, No. 12; y Kim YM et al., Quality of counselling of young clients in Zimbabwe, *East African Medical Journal*, 1997, 74(8):514–518.

52. Mayhew SH, 1999, op. cit. (véase referencia 46); y Njovana E y Watts C, 1996, op. cit. (véase referencia 21).

53. Women in Law and Development in Africa (WiLDAF), *Annual*

Report, 1995, Harare, Zimbabwe: WiLDAF, 1996; y Njovana E y Watts C, 1996, op. cit. (véase referencia 21).

54. Watts C y Ndlovu M, *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*, Harare, Zimbabwe: Musasa Project, 1997.

55. Ibid.

56. Kim J, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, comunicación personal, 20 de octubre, 2002.

57. Watts C y Ndlovu M, 1997, op. cit. (véase referencia 54).

58. Heise L, 1996, op. cit. (véase referencia 3).

59. Stewart S, Working the system: sensitizing the police to the plight of women, en: Schuler M, ed., *Freedom from Violence: Women's Strategies from Around the World*, Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 1992.

60. Reproductive Mother and Child Health Unit, Ghana Ministry of Health, *Annual Report, 2003*, Accra, Ghana: Ministry of Health and Social Services, 2004.

61. January E, Ministry of Health and Social Services, Windhoek, Namibia, comunicación personal, 3 de agosto, 2004.

Reconocimientos

Las autoras le agradecen a Lori Heise sus comentarios formulados a un borrador anterior.

Para ponerse en contacto con la autora: charlotte.watts@lshtm.ac.uk

Publicado originalmente en inglés en *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):207–213.