

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA PROFESIONAL EN VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

“SISTEMATIZACION DEL MODELO DE ATENCION DE LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO EXTRAFAMILIAR EN
EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
-PAIS- Área de Montes de Oca”

TRABAJO FINAL SOMETIDO A CONSIDERACIÓN POR EL TRIBUNAL
EXAMINADOR DE MAESTRIA PROFESIONAL EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAGISTRA

SUSTENTANTE
ROXANA ROJAS CAMPOS

CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO
COSTA RICA, 2005

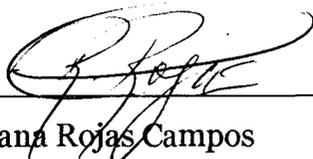
Este trabajo final fue aceptado por la Comisión Académica Interinstitucional de la Maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y de Género, como requisito parcial para optar por el grado de Magistra.



Doctora Laura Guzmán Stein
Profesora Consejera
Universidad de Costa Rica



MSc. Teresita Ramellini
Directora
Maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y de Género
Universidad de Costa Rica



Roxana Rojas Campos
Sustentante

DEDICATORIA

A mis hijas Sarah y Alejandra; porque juntas aprendemos día a día a ser mejores AMIGAS, PERSONAS y MUJERES.

A mi hermano Dr. Javier Rojas C, en el EBAIS/Asís del Área de Salud del Sector Central de Cartago, como un reconocimiento a su dedicada labor de muchos años en la CCSS y deseando que este trabajo sea un aporte beneficioso para su desempeño profesional y del equipo que labora con él diariamente.

AGRADEGIMIENTOS

A mis profesoras Dra. Laura Guzmán y MSc. Teresita Ramellini;
por su orientación y guía en la Maestría y Trabajo de Graduación.

Al personal del Área de Salud de Montes de Oca, desde la Coordinación hasta los profesionales de cada EBAIS ubicados en los cinco Núcleos del Cantón, a todos ellos y ellas GRACIAS por su colaboración y su tiempo, esperando que mi aporte beneficie su quehacer cotidiano.

INDICE	pág.
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Glosario	
Justificación	i
I Capítulo: El principio: lluvia de interrogantes?? (Punto de Partida)	
1.1 Qué es sistematización? Por qué y para qué su utilización?	1
1.2 Enfoque y Modelo de sistematización	2
1.3 Situación en el momento de la Intervención	3
1.4 Beneficio del Interaprendizaje	5
II Capítulo: Entrando en lo . . . desconocido (Preguntas iniciales)	
2.1 Definición de Eje	6
2.2 Objeto	6
2.3 Objetivos	
2.3.1 Objetivo General	6
2.3.2 Objetivos específicos	6
2.4 Delimitación geográfica	7
2.5 Actores y actoras	7
2.6 Delimitación temporal	7
2.7 Procedimiento metodológico	7
2.8 Instrumentos utilizados en la sistematización	9
III- Capítulo: Teorías, contexto de la VIF y posicionamiento	11
3.1 Teorías/metodología/práctica	11
3.2 Modelos de Intervención Social	13
3.3 Contextualización de la Violencia Intrafamiliar	16
3.3.1 Nivel Internacional	16
3.3.2 Nivel Nacional – Políticas Públicas-	19
3.3.3 Contexto Legal	20
3.3.4 Modelo PLANOVI	21
3.4 Area de Salud y PAIS	23
3.4.1 Niveles de Intervención	28
3.4.2 Núcleos y EBAIS	29
3.4.3 ASIS	31
3.4.4 Instrumentos y registros de los EBAIS	32
3.5 Premisas teóricas-metodológicas	34

3.6 Antecedentes Bibliográficos	36
IV-Capítulo: El A B C de la VIF en los EBAIS	
Reconstrucción del Proceso	41
4.1 Origen del Programa PAIS:	41
4.2 Normas y protocolo	41
4.3 Infraestructura, horario y servicios	42
4.4 Niveles de intervención y evaluación	43
4.5 Recursos humanos y financieros	43
4.5.1 Atención de la VIFS	44
4.5.2 Capacitación	45
4.5.3 Variabilidad del personal	45
4.5.4 Relaciones interinstitucionales	46
4.6 Diagnóstico psicosocial de Montes de Oca	46
4.6.1 Caracterización de la VIFS en el cantón	51
4.7 Impacto en la comunidad desde las PDS	52
V -Capítulo: Radiografía de la VIFS: análisis crítico	
5.1 Esquema explicativo	54
5.2 Componentes Fundamentales del Derecho	59
5.3 Evaluación de la calidad de los servicios públicos	60
5.4 Normativa/metodología/práctica	63
5.5 Personal de los EBAIS	65
5.6 Persona Demandante de Servicios	66
5.7 Análisis de Fortalezas y Debilidades	68
VI- Capítulo: Cruzando la META	
Punto de llegada, lecciones aprendidas	71
6.1 A nivel Político/legislativo	71
6.2 A nivel del personal EBAIS/PAIS	72
6.3 A nivel de las PDS y comunidades	73
6.4 A nivel profesional y aporte social	
VII- Capítulo: Propuestas de Intervención	
7.1 Promoción de Actividades NO Violentas	75
7.2 Actividades de Autocuidado para el personal del EBAIS	76
7.3 Propuesta de material impreso y evaluación de población meta	79
Bibliografía	82

ANEXOS

Resumen

Este trabajo contiene una Sistematización del Modelo de Atención a la Violencia Intrafamiliar y sexual, que los EBAIS están prestando en el Cantón de Montes de Oca, como parte del Programa de Atención Integral en Salud, PAIS, el cual es un convenio entre la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salud y la Universidad de Costa Rica.

Contiene una reconstrucción del proceso de dicho modelo de atención, un diagnóstico, análisis crítico (fortalezas y debilidades) a nivel teórico/metodológico y práctico, desde las normativas, opiniones de sus funcionarios y funcionarias y de las personas en comunidades abarcadas.

Y una propuesta de intervención consecuente con los resultados encontrados, que comprende actividades promocionales No violentas a nivel comunitario, de autocuidado para el personal de los EBAIS y material impreso (desplegables) para las adolescentes y mujeres, para informar, prevenir y apoyar la labor que sobre VIFS se desarrolla actualmente en esta Área de Salud.

GLOSARIO

VIFS:	Violencia Intrafamiliar y Sexual
PAIS:	Programa de Atención Integral en Salud
EBAIS:	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
ATAP:	Asistente Técnico de Atención Primaria
REMES:	Registros Médicos
ASIS:	Análisis de Situación Integrada en Salud
UCR:	Universidad de Costa Rica
CCSS:	Caja Costarricense del Seguro Social
PANI:	Patronato Nacional de la Infancia
INAMU:	Instituto Nacional de la Mujer
OFIM:	Oficina Municipal de la Mujeres
CIEM:	Centro de Investigación de Estudios de la Mujer
PDS:	Persona Demandante de Servicios
ONG	Organismo No Gubernamental
PAM	Persona Adulta Mayor

Justificación

Realizar una práctica supervisada como trabajo final de graduación con un análisis crítico y que se vinculara con la violencia intrafamiliar, fue lo que nos motivó a aprovechar el convenio CCSS/Ministerio de Salud y UCR en el Programa de Atención Integral en Salud (PAIS).

Además la técnica de sistematización concordaba con los fines académicos para el trabajo final de la maestría Profesional en Violencia Intrafamiliar y de Género, los cuales son: generar conocimientos teóricos desde la práctica evaluando de este modo, tanto la metodología como también las sustentación teórica/ideológica del objeto estudiado: en mi caso el Modelo de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (VIFS), desarrollado por los EBAIS del PAIS.

Esta reconstrucción del proceso me permitirá ir analizando críticamente cada elemento, con sus fortalezas y debilidades, su correspondencia, vacíos y desfases con las políticas públicas estatales. Por lo tanto el producto final es un análisis integral de TEORÍA/METODOLOGÍA/PRACTICA en la atención de la VIFS y partir de ésta proponer lineamientos eficaces, concretos y consecuentes para ésta.

Esto se tradujo en mi caso, en material impreso de apoyo (desplegables) y en otras propuestas promocionales de No violencia a nivel comunitario, con el objeto de informar y formar sobre la VIFS a toda la población, especialmente a las mujeres adolescentes y adultas.

I – CAPITULO

En el principio. . .lo desconocido

Punto de partida

1. ¿Qué es la sistematización?

1.1 Por qué y para qué su utilización?

Se escogió la sistematización como técnica metodológica por su coincidencia con los objetivos de nuestro trabajo final de graduación: ya que por una parte exigía una práctica en el campo social, en este caso cómo se atiende la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar en los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS), convenio entre la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), para luego partiendo de esta práctica evaluar el nivel teórico. Nuestro trabajo de graduación exigía ambos niveles: conocer una realidad en la práctica, participar en ella y además generar análisis y propuestas que contribuyeran a mejorar y hacer más coherente dicho proceso teórico/metodológico.

Además para el PAIS representará un insumo en evaluación y análisis de su política, metodología y práctica; que ojalá les permita reforzar lo positivo y tratar de corregir o eliminar lo negativo en cuanto a la atención que se da a la violencia intrafamiliar y sexual extrafamiliar (VIFS) en los EBAIS, extendiendo esa atención a otros niveles de intervención. Por lo tanto se estará realizando concretamente **un análisis crítico integral** que los EBAIS del PAIS están utilizando para la atención de la VIFS y en mi caso específico, el Área de Salud del cantón de Montes de Oca.

Al decidir aplicar el método de sistematización en este trabajo teórico/práctico primero hay que establecer: ¿qué es sistematizar, en qué consiste esta técnica? Oscar Jara nos dice que: la sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso

vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué han hecho de ese modo” (Jara, 1994:22)

Esta sistematización se enmarca dentro de la investigación diagnóstica, según N. Kissnerman (1973), en el nivel explicativo, porque nuestro objetivo es mostrar cómo se está atendiendo la VIFS en los EBAIS del Programa PAIS y describir por qué y para qué se está dando este tipo de atención; y además si ésta es consecuente con las políticas y normativas de la CCSS.

Es una práctica que conlleva la acción, la intervención; porque vamos a insertarnos en los EBAIS y vamos a aprehender su secuencia de intervención en la VIFS, cómo lo hacen y por qué; teniendo como fuentes la opinión “de boca” de sus propios funcionarias(os) y a tratar de participar en sus actividades cotidianas, para observar, recoger información, problemas y sugerencias al respecto. Esto complementado además, con la visión y opinión de las personas y grupos de la comunidad y de funcionarias(os) de otras instituciones que atienden conjuntamente esta problemática.

1.2 Enfoque y Modelo de Sistematización

Según los conceptos teórico/metodológicos (que serán explicados más específicamente en un capítulo posterior) desarrollados por Molina y Romero; sobre la tipología que mencionan en Modelos de Intervención en Trabajo Social, 2001:61, este modelo pretende la participación activa de los actoras y actores involucrados; que las comunidades se vuelvan sus propios protagonistas, organicen, actúen y tomen sus propias decisiones ante diferentes problemáticas y/o tareas comunes. Dentro de este modelo de intervención, la **sistematización** como método exploratorio y explicativo casi siempre se utilizan principalmente, entre otras aplicaciones, para un

prediagnóstico o diagnóstico de la situación a estudiar y según De Paula Failerros (1976), “en la sistematización se relacionan dialécticamente la acción, la investigación y la exposición” (Faileros, citado en Molina y Romero, 2002:138).

O. Jara presenta su planteamiento de que “sólo quien haya vivido o participado puede sistematizar” (Jara, 1994:94). Partiendo de que somos ajenas al PAIS y nuestro trabajo es una especie de “consultoría”, debo apoyarme en la concepción o enfoque de la autora Guzmán Stein (1998) que plantea que “cualquier persona puede llevar a cabo un proceso de sistematización”, partiendo de ciertas condiciones personales (interés y sensibilidad de aprender de la experiencia) e institucionales (conciencia de la necesidad, registros y espacios adecuados) que se lo permitan.

1.3 Situación en el momento de la Intervención:

PAIS/estudiante de maestría

El PAIS empezó a funcionar en el 2000 como plan piloto en las Areas de Salud de Montes de Oca, Curridabat y tres distritos de La Unión. Surgió como un programa convenio entre la UCR y CCSS para darle asesoría permanente en la atención de la violencia intrafamiliar y sexual y los diferentes niveles de intervención: promoción, prevención, detección y registro, atención y seguimiento. Con 12 EBAIS en el AREA de Salud de Montes de Oca; constituidos cada uno por equipos interdisciplinarios de profesionales en medicina (ejerciendo la coordinación), auxiliares de enfermería, de farmacia, nutricionistas, laboratoristas y técnicos de asistencia primaria en salud ATAPS. Estos últimos, son personas que deben

realizar diversas labores desde la prevención hasta el seguimiento en los casos de problemas de salud como también sociales.

Cada equipo de profesionales se agrupa en Núcleos determinados por la división de sectores de acuerdo al número de habitantes en cada cantón. El PAIS posee un manual que rigen la normativa y protocolos de atención en la VIF y sexual; un sistema de referencia y coordinación con otras instancias como el Patronato Nacional de la Infancia PANI, el Instituto de la Mujer INAMU, la Oficina Municipal de la Mujer OFIM, en otras, y en estos meses se estaba realizando una re-sectorización dentro de algunos núcleos, ya que el aumento de la población sobrepasa la capacidad de atención que puede brindar los EBAIS en las comunidades asignadas.

En mi caso desconocía por completo que los EBAIS estaban desarrollando un programa de atención a la VIFS y Conocía lo que la mayoría de la gente sabe de los EBAIS son pequeñas clínicas de salud en las comunidades y atienden “enfermedades” y problemas de salud y realizan una que otra actividad de prevención por medio de charlas informativas y la visita domiciliaria. Tenía la experiencia de ser una “paciente” de la comunidad y había recibido la atención del ATAP del EBAIS; como la persona que me tomaba la presión, controlaba y aconsejaba preventivamente acerca de mis exámenes anuales físicos.

También desconocía las metodologías de intervención en Trabajo Social; por tanto no sabía qué era una “sistematización”. Desde la psicología había aprendido a describir procesos, evaluar y dar diagnósticos individuales y grupales, y a nivel de investigación, con énfasis en la descripción cuantitativa: elaborar cuestionarios, aplicarlos, vaciar la información en manuales de codificación, su interpretación y la divulgación de resultados. Por tanto, fue doble el aprendizaje: conocer y vivir de cerca la experiencia

de estar en una institución pública de atención en salud a través de todo el proceso de sistematización: a partir de la recolección de información y demás técnicas, hacer un diagnóstico, un análisis crítico y finalmente establecer **propuestas de intervención** que aportarán nuevos elementos tanto a la teoría como la metodología de la atención a la VIFS en el PAIS.

1.4 Beneficio del Interaprendizaje

El beneficio lo identifico en dos vías: es un interaprendizaje, en donde las dos partes involucradas aprenden y se retroalimentan, por tanto:

1) crecimiento profesional, al alcanzar un mayor conocimiento tanto de las políticas/metodología/práctica de los servicios de salud en nuestro país, como de las metodologías y enfoques de otra disciplina social como es Trabajo Social, en cuanto a la recolección de datos, análisis y reconstrucción de todo el proceso de intervención social, en este caso, del Modelo de Atención a la VIFS en los EBAIS del PAIS..

2) del personal del PAIS obtuve sus conocimientos y experiencia, al igual que personas de las comunidades cubiertas. Devolviéndoles una sistematización de la Atención en VIFS, la cual pueden utilizarla como insumo en futuras evaluaciones, capacitaciones, planificaciones, re-organizaciones y lo que es más importante, tendrán un diagnóstico y análisis concreto del modelo de atención a la VIFS y su coherencia con las políticas en salud al respecto; ya sea que necesiten revisar, cambiar, eliminar o corregir su legislación, normativas y/o protocolos.

II- CAPITULO

Entrando en el terreno

(Preguntas iniciales)

Como en todo inicio, la sistematización debe establecer cuál será su eje, objeto y objetivos. A continuación los definí de la siguiente manera.

2.1 Eje:

Las políticas, métodos y prácticas para la atención de la VIFS que implementa el Programa PAIS en el área de Montes de Oca.

2.2 Objeto de sistematización:

El Modelo de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual, que desarrollan los EBAIS del Área de Salud de Montes de Oca del PAIS.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general:

Contribuir a mejorar la atención de la VIF y sexual, mediante un Diagnóstico del Modelo de Atención actual en los EBAIS, del programa PAIS.

2.3.2 Objetivos específicos

1. Reconstruir con el personal el Modelo de Intervención que el PAIS brinda con respecto al tratamiento de la VIFS en el Area de Montes de Oca.
2. Analizar críticamente las fortalezas y debilidades que presenta dicha atención a todo nivel: teórico, metodológico y práctico.
3. Incorporar las sugerencias de los actores(as); PAIS, funcionarios(as) y Personas Demandantes de Servicios de Salud, en cuanto a los diferentes niveles de intervención dentro de la atención de la VIFS
4. Presentar una propuesta de intervención acorde con los resultados encontrados.

2.4 Delimitación geográfica: el proyecto se llevó a cabo en el Área de Salud de Montes de Oca.; que comprende 12 EBAIS agrupados en 5 núcleos: San Pedro, Lourdes, Mercedes, Vargas Araya y San Rafael

2.5 Actores(as)

- Programa PAIS
- Los proveedores(as) de salud: todos los funcionarios(as) de los EBAIS
- Las personas demandantes de servicios de salud; las personas de las comunidades que acuden a los EBAIS del área asignada.

2.6 Delimitación temporal: se desarrolló durante todo el año 2004; con las siguientes fases:

- a) de inserción, recolección de información de enero a mayo;
- b) de ordenamiento, análisis y diagnóstico de junio a agosto
- c) de la elaboración de sistematización, presentación y devolución a los EBAIS de setiembre a noviembre, para más detalle ver cronograma en el Anexo #1.

2.7 Procedimiento metodológico:

Primer Momento: comprendió los siguientes pasos:

- a) Revisión bibliográfica
- b) Elaboración y presentación del proyecto de intervención
- c) Inserción en los EBAIS: presentación y explicación del proyecto a la jefatura del PAIS y sus funcionarios(as). Aprobación y permiso para ingresar y proceder a realizar el proyecto.
- d) Diseño de instrumentos y recolección de la información: 1) entrevistas a funcionarios, 2) entrevistas a PDS y algunos grupos organizados

de la comunidad 3)también se entrevistó a funcionarios de otras instituciones involucradas en la atención de la VIFS: INAMU, Policía Proximidad, OFIM y PANI.

Para esta fase de mayor intervención práctica se utilizó como estrategia el aprovechar las actividades diarias para la observación, entrevistas y la aplicación de cuestionarios. Estas actividades fueron: reuniones de núcleo, de los Comités del Niño Agredido y de VIFS, cursos de capacitación a los funcionarios de los EBAIS. Así como también se aprovechó los espacios de espera en la consulta y dispensa de medicamentos, las actividades comunitarias de charlas, talleres y de promoción de actividades **no violentas** con adolescentes y los grupos organizados de adulto mayor

Segundo Momento: a) ordenamiento y clasificación de la información. b) Diagnóstico: presentación de la información recopilada de forma ordenada y de forma escrita, agrupándola en cuadros, matrices de resumen, de explicación y comparación c) un análisis de las fortalezas y debilidades del modelo atención que se da a la VIFS en los EBAIS/PAIS, desde la perspectiva de sus actores(as).

Tercer Momento: a) Sistematización del trabajo práctico; en un documento final a manera de memoria: que incluyó la reconstrucción de todo el proceso desde el principio y el diagnóstico b) análisis crítico de los resultados encontrados c) experiencias aprendidas d) propuestas de alternativas de intervención e) devolución al EBAIS acompañado de un documento conteniendo las conclusiones, recomendaciones y propuestas de intervención para los funcionarios(as) del Área de Salud y el PAIS.

2.8 Instrumentos utilizados en la sistematización

- Para llevar a cabo las actividades de recolección de información se confeccionaron los siguientes instrumentos:

A) Guía de Observación: para determinar que ofrece el EBAIS, en cuanto a infraestructura y servicios (ver Anexo #2-1). Versión adaptada de Guía de Observación IPPF/RHO;2000 utilizada por la Dra Pellizari.

B) Cuestionario para el personal del EBAIS. Su contenido es breve y conciso, ya que está dirigido a la función dentro del EBAIS y en especial su papel en los casos de VIFS, además su opinión sobre la coordinación interna (dinámica propia) y la coordinación externa (referencia con otras instituciones). Ver Anexo #2-2 .

C) Entrevista a Médicos(as) y al Equipo de Apoyo, en la Coordinación del Área de Montes de Oca ver Anexo # 2-3. Para recoger información sobre el desempeño de estos profesionales, sus alcances y limitaciones y sus sugerencias personales.

D) Grupo Focal realizado en el Taller de capacitación al personal de los EBAIS impartido por el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer CIEM de la UCR. Se aprovechó un pequeño espacio en dicho taller de capacitación para obtener información sobre la atención de la VIFS, dado que se encontraban la mayoría de los ATAPS y las trabajadoras Sociales de las tres Áreas de Salud: Curridabat, Montes de Oca y La Unión, ver guía de facilitadora en el Anexo #2-4.

E) Entrevista a grupos organizados de la comunidad, ver Anexo #2-5.

F) Cuestionario a personas demandantes de servicios de salud de los EBAIS, ver Anexo #2-6.

- En la clasificación y ordenamiento de la información, se utilizó cuadros resumen que reúnen en grandes temáticas las respuestas dadas por las personas entrevistadas y/o encuestadas.

Estos cuadros resumen facilitaron el análisis de la información obtenida y su comparación, así como también la sistematización de todo el proceso. Para su presentación y mejor comprensión los sintetice por niveles de intervención de la atención de la VIFS, en sus fortalezas y debilidades según la opinión de los y las actoras que se pueden apreciar con más detalle en los Anexos #9 y10.

- En la sistematización y análisis crítico se utilizaron todos los instrumentos mencionados anteriormente, las sugerencias de los actores(as) y el conocimiento adquirido en la maestría en violencia intrafamiliar y de género.
- Y para la propuesta en intervención se partió de los resultados encontrados en el análisis crítico y que detallo ampliamente en el capítulo VII.

III - CAPITULO

Teorías, contexto de la VIFS y posicionamiento

Marco teórico, estado de la cuestión y premisas

3. Base Teórica

3.1 Teoría/metodología/práctica

Revisando las teorías sociales detrás de la concepción y forma de ver el mundo y analizarlo (paradigma), vemos que es igual para todas las categorías ya sean sociales, políticas, económicas, de salud y educativas. La incongruencia y la sobreposición de enfoques determinan su eje y dinámica de acción y reproducción. Esto, porque al revisar el sustento teórico de **atención integral en salud**, las políticas derivan del Paradigma positivista, que hasta el momento nos rige, con su consabida visión MEDICA O BIOLOGICISTA, de concebir y tratar a la persona como un paciente, diagnosticarla y darle un tratamiento medicalizado. Esta concepción lleva siglos dominando tanto los campos sociales como de las ciencias naturales, sin embargo podemos ver que existen otras formas de pensamiento humanistas, izquierdistas y de otro orden que se mezclan con el modo de pensar y ver a la persona que acude a servicios de salud ya sea por razones físicas, emocionales o de los llamados problemas sociales, que la mayoría de los casos incluyen ambas dimensiones.

Según las autoras Molina y Romero, 2001, en su repaso histórico de teorías y conceptualizaciones sobre el objeto de estudio en Trabajo Social, hacen cuadros resumen/comparativos de los diferentes autores, criterios y categorías que actualmente se manejan en esta disciplina social.

Entre estas principales teorías o corrientes de pensamiento, se encuentra la teoría marxista. Cuyo origen es el materialismo histórico y se fortalece y crece en los procesos macro estructurales que se iniciaron en América Latina en los años 70-80's; con los cuales trata de explicar como a nivel

ideológico, político y social va a determinar las relaciones económicas y de socialización al interior de las sociedades. ¿Cómo se estructuran éstas a partir de lo más complejo hasta lo individual y personal?. Por tanto, es una teoría explicativa y causal de la desigualdad social y de poder entre las diferentes clases sociales; de cómo la economía y los intereses políticos gobiernan todo lo demás: salud, educación, religión, etc. Sus términos: la lucha de clases, la dialéctica materialista, la conciencia de clase y revolución social, tienden a visibilizar su objeto de estudio: **la interacción dinámica entre persona y su /contexto político/ideológico/social; en donde la primera es Sujeta de Derecho**, capaz de tomar conciencia y “tomar control y decisión de sus actos”. Visibiliza la desigualdad de poder entre las clases sociales y su objetivo práctico es combatir esa desigualdad con organización y movilización de la clase mayoritaria (obreros de niveles sociales bajos).

Estas bases de una nueva visión de mundo, hacen que surja la Teoría Feminista, con sus planteamientos teóricos es la que dirige mi visión sobre la mujer y la violencia intrafamiliar. Con su término: **GENERO** para designar toda socialización (construcción social) impuesta desde el nacimiento, por el sexo biológico que nos diferencia, determina, discrimina y violenta, en relación con el hombre. Esto hace que las mujeres seamos vistas como ciudadanas de segunda categoría, con menos valor social; y que se “sacralice el rol femenino. . . haciendo otra forma de violencia invisible doméstica” (Coria, 1996:34). La Teoría Feminista nos hace visibilizar la ideología sexista, androcéntrica, opresora, las verdaderas causas de dicha discriminación y violencia; **las relaciones desiguales de poder** son la base de la desigualdad sexual, social, económica, política, etc. La dominación del hombre sobre la mujer obedece a paradigmas y formas de organización socio/político/histórico; que benefician a la mitad de la humanidad sobre la

otra mitad; hilando más fino una pequeña parte de esa humanidad va a dominar, explotar y violentar a la gran mayoría, si a las mujeres le sumamos los otros grupos discriminados: por color de piel, clase social, religión, edad, discapacidad, orientación sexual, cultural.

Ambas teorías van a generar modelos, métodos y prácticas técnicas que sean consecuentes con sus planteamientos: así vemos como comienzan los trabajos con grupos, comunidades, poblaciones para su información y formación, para la toma de conciencia y la organización gremial, dirigido al empoderamiento, el cuestionamiento y la autogestión de la población, que la persona (llamada individuo, cliente o paciente), sea autónoma e independiente. Sea actora de su propio destino y que el Estado, leyes, organismos, instituciones y programas sean co-facilitadores, no benefactores patriarcales. . . todo esto a nivel teórico. Veamos a continuación cómo se operacionalizan estos planteamientos.

3.2 Modelos de Intervención y Práctica Social:

Como se mencionó anteriormente los modelos de intervención social, ya sea en las distintas áreas económica, socio-psicológica y/o de salud, irán en concordancia (en teoría) con las concepciones y paradigmas teóricos mencionados anteriormente, además dependerán de su determinada finalidad, así por ejemplo en la intervención psicológica como lo citan Ramellini y Mesa (1997:38-40), en su Colección de Metodologías N°7 del Módulo Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar vemos como hay diferentes modos de abordaje de la VIFS según su concepción de esta misma, así las autoras citan los siguientes:

a) modelo intrapsíquico: es producto de la psique y problemática individual.

- b) modelo de expresión: se centra en la comunicación.
- c) modelo de interacción: la VIFS se centra en la relación de pareja.
- d) modelo de aprendizaje social: es un problema de conducta aprendida.
- e) modelo género-sensitivo: enfoca la estructura socio-cultural e ideológica de la socialización por el género.

Y a nivel de Trabajo Social, el énfasis se da a nivel de las instancias de atención social y se pueden distinguir los siguientes:

- a) “asistenciales: para dar un servicio o derecho a una persona o comunidad; que satisfaga sus necesidades vitales y sociales.
- b) socioeducativos/promocional: brindan información y formación en la problemática que vive las actoras(es) y ellos se involucren en su enfrentamiento toma de decisiones y solución de la misma. Va dirigido especialmente al trabajo en grupos y en propiciar solidaridad, concientización, participación, organización y movilización social.
- c) terapéuticos: “curar” tensiones y problemas entre el ambiente – las personas y así lograr el equilibrio del mismo” (Molina y Romero, 2001:61).

Si tratamos de agruparlos por su finalidad y su concepción de la persona, nos damos cuenta de las coincidencias, la manera de ver a la persona que solicita sus servicios, la PDS como paciente o usuaria que necesita que la guíen y le digan -qué hacer-, qué tomar para “curarse” y/o superar el problema o situación, se encuentra en un extremo y del otro está la visión de ver a la persona como sujeta de derechos, capaz de enfrentar y superar sus propios problemas con la guía facilitadora de la información que necesita para alcanzar ese estado de concientización de su situación.

Ambos modelos no se dan en forma pura, ya que si analizamos su aplicación a los servicios sociales y de salud que da el Estado, en nuestro caso y en otras partes del mundo, vemos que se combinan sus finalidades; el asistencial por ejemplo sería como el que brindan las instituciones sociales:

IMAS, PANI, CCSS, pero a la vez está el **modelo médico**: de “curar y sanar enfermedades”, presente y fuertemente arraigado en todo el sistema de salud y extensible al área social. Así vemos como un caso de VIFS tiene un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento, sea cual sea la institución o programa que lo atienda. Entonces se da una mezcla de teorías, modelos de intervención y prácticas sociales, de la orientación político-institucional, de los programas y normativas estatales, esto por un lado pero por otro está el elemento humano que recibe esas directrices, el cual es parte de la sociedad en que vivimos y han sido socializados con las mismas características que se rechazan o denuncian como problemáticas e inadecuadas. Y es aquí donde la situación se complica porque se reciben ciertos pasos o reglas a seguir que en la mayoría de los casos no están siendo bien comprendidas o no es posible aceptar por sus vivencias individuales o grupales compartidas; entonces surge una incongruencia en la aplicación de dichas políticas y normativas y lo que realmente el funcionaria(o) brinda como atención a la VIFS a las PDS.

Por lo tanto es muy importante establecer cómo las teorías, modelos y metodologías de intervención influyen en el contexto socio/ideológico/cultural que enmarca la violencia intrafamiliar en nuestro país y su repercusión en tratamiento y atención gubernamental y profesional de la misma.

3.3 Contextualización de la violencia intrafamiliar y de género

3.3.1 Nivel Internacional

Ciertos cambios socioculturales e ideológicos han cambiado las concepciones y visión de las personas sobre la familia y la forma de abordar los problemas, entre los principales están:

- Cambio en la integración de la **familia**; percepción, influencias socioeconómicas (guerras) y naturales (desastres) que marcan su conformación y su ubicación (migraciones, desplazamientos)
- Presión y “bombardeo de los medios de comunicación”; hacia una globalización. social, económica e ideológica; propiciada por relaciones de dependencia de grandes países desarrollados, que nos imponen “requisitos, condiciones y ritmos” acordes a sus intereses, anulando los propios (idiosincracia).
- Una apertura y descentralización de los servicios de salud. Dado el crecimiento en la población y el mejoramiento de la calidad de vida con el aumento de la **esperanza de vida**, gracias a los avances técnico-científicos (vacunas, medicamentos, nutrición, hábitos alimenticios, de nuevas políticas de atención en la salud.
- Aumento de la violencia, a todo nivel: guerras, migraciones y desplazamientos por guerrillas, terrorismo, secuestro, mayor nivel de delincuencia y la violencia familiar dentro: abuso sexual, incesto o fuera de ellas: aumento de la prostitución y el tráfico de personas menores, son los principales flagelos que sufrimos actualmente a nivel social.

- Desarrollo de teorías, modelos de concepción y atención a problemas sociales como la VIFS y de otros generados por patrones culturales y de valoración erróneos como: **el modelo del ciudadano de primera categoría** es: el hombre blanco, heterosexual, clase media, sin defectos físicos. Y éste con su estatus domina sobre los demás sectores mujeres, adultos mayores, personas discapacitadas, niños y adolescentes, indígenas, etc.
- Evaluación y consenso de organismos y agrupaciones internacionales de los orígenes de la violencia social y familiar. Aceptación y obligación de cumplimiento de normativas e instancias legales internacionales para la protección, cambio y denuncia de dicho problema.
- Organización y educación de los diferentes movimientos de mujeres, de ONG a nivel internacional; y demás agrupaciones que trabajan con poblaciones vulnerables. Sensibilizando, señalando y denunciando la labor del Estado, la legislación y las instituciones respecto a la atención del problema de la VIFS y sus consecuencias.

Ante este panorama, las entidades internacionales comienzan a estudiar y promover espacios de concertación y análisis, ya que los problemas aparecen como universales, sistémicos y de atención inmediata dadas sus características de “flagelos” mortales.

García y otros (2002), opinan que la preocupación por este “problema mundial” se inicia a raíz de la influencia de tres grandes eventos internacionales que sientan precedentes únicos:

* La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing en 1995, que encierra el compromiso de promover la igualdad, el desarrollo y la paz, e incluir en

todas las políticas y programas nacionales la perspectiva de género con el objetivo de eliminar los obstáculos que dificultan la plena participación de las mujeres en todas las esferas de la vida pública y privada” (García y otros, 2002:157)

* Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW, ratificada en 1984. Este es el principal instrumento de **derechos humanos que tutela los derechos de las mujeres**, tiene rango supraconstitucional, lo que significa que es superior a la constitución. Este documento es valioso porque expone las situaciones particulares de discriminación que viven las mujeres y a su vez plantea medidas correctivas que protegen a las mujeres.

La CEDAW establece que los Estados deberían tomar todas las medidas necesarias “para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de mujer con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (CEDAW 1984:1).

* Convención Belem Do Pará: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994. Según la Convención de Belem do Pará, se afirma por primera vez: “que la violencia contra las mujeres es una violación a sus derechos humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. . .que la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana. . . y . . una manifestación de relaciones históricamente desiguales entre hombres y mujeres y que la eliminación de la *violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida*” (OEA, 1995:9)

Estos instrumentos ofrecen una nueva visión de la violencia contra la mujer a nivel internacional.

3.3.2 Nivel Nacional –Políticas Públicas –

Costa Rica al concluir 1999, “sobrepasa los tres millones y medio de habitantes y se caracteriza por significativos avances en materia de progreso social, ubicándose entre el grupo de naciones de alto desarrollo humano, con el número 45, de las 174 naciones estudiadas” (García y otros, 2002:139).

Según el VIII Informe del Estado de La Nación (2002), Costa Rica es un país con un desarrollo singular al resto de los países de la región centroamericana, en cuanto a su crecimiento económico en los últimos 50 años ha sido uno de los más altos de América Latina y por supuesto, acompañado de la estabilidad del sistema político ha logrado un significativo avance en el plano social “gracias al prolongado esfuerzo de inversión en el desarrollo de las capacidades de la población” (VIII Informe Estado de la Nación, 2002:39), esfuerzo que incide definitivamente en la calidad de vida de sus habitantes. A partir de los años 70 las condiciones nacionales y mundiales empezaron a cambiar y para los 80 el ritmo de estos cambios se aceleró. El desarrollo económico de Costa Rica tiende a concentrarse en pocas manos (sectores de prosperidad acelerada), mientras que otros, se hacen cada vez mas pobres y tienen menos oportunidades de surgir, la inequidad por tanto se reproduce en lugar de combatirla. Sin embargo, se puede decir que ha habido grandes avances, como se mencionó anteriormente en los campos de salud y educación. Por ejemplo la cobertura del seguro de salud de la CCSS aumentó en 1984 de un 71.2% a un 81.8% en el 2000. Por otro lado la expansión de los EBAIS, permitió atender al 80.7% de

la población. También hay que tomar en cuenta “la esperanza media de vida de 77.7 años y una mortalidad infantil por debajo de 11 por mil nacidos vivos” (Estado de la Nación, 2002:64).

Los últimos 30 años, han marcado significativamente un avance ante la discriminación histórica de las mujeres; en la política, la economía y en los ámbitos públicos. Con la incorporación de las mujeres en cargos políticos, mayor participación y una creciente formación profesional y de incursión en el comercio, servicios, turismo, educación, etc.

Costa Rica se perfila como un país con relativa estabilidad financiera, pero condicionada a su débil situación fiscal. Las finanzas públicas son el área vulnerable de la economía, esto por su supuesto afecta los llamados programas sociales, que son los primeros en cuanto al recorte de presupuesto nacional. Como mencioné anteriormente, si hay inconsistencia en las políticas y en la mentalidad de los funcionarios para acatar y asimilar las normativas en cuanto a la atención de los problemas sociales, lo mismo sucede en las esferas político/gubernamentales en donde no comprenden lo que ellos mismos aprueban y luego tienen que eliminar económicamente en bien de planillas y otros pagos mas importantes.

Este es el panorama nacional que contextualiza la legislación costarricense en cuanto a la atención de la VIFS se refiere.

3.3.3 Contexto Legal Costarricense para la Atención de la VIFS

Nuestro sistema legal en materia de VIFS se inicia con los antecedentes *internacionales mencionados anteriormente* y a nivel nacional con el trabajo de la sociedad civil organizada en movimientos de mujeres, ONG y otras instancias del movimiento de mujeres, que han llevado a la creación instancias y leyes como:

- * El Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1986, luego se constituiría en el Instituto Nacional de la Mujer INAMU, en 1998.
- * la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, 1990.
- * la Defensoría de la Mujer, luego sería Defensoría de los Habitantes, 1993.
- * el Plan Nacional para la atención de la Violencia Intrafamiliar, PLANNOVI 1994;
- * la Ley contra el Hostigamiento Sexual en el Empleo y la Docencia, 1995: que establece el hostigamiento como una conducta sancionable y estableciendo la obligación de que cada centro educativo y laboral, tenga su normativa, prevenga y/o castigue su transgresión.
- * la Ley contra la Violencia Doméstica, Ley No. 7586 de 1996, con la que se pretende regular la violencia en las relaciones intrafamiliares y poner freno a las conductas violentas, así como brindar un equilibrio en las relaciones familiares.
- * el Código Penal Procesal, 1996: con la tipificación de delitos como homicidios, lesiones, violación, amenazas y otros, como tipos de violencia aislados, no como manifestación de violencia intrafamiliar o sexual.
- * la Ley de Atención a las Mujeres en Condiciones de Pobreza 1998.

Todas estas normativas protegen los derechos de las mujeres y promueven la equidad de género dentro del marco político, institucional y social costarricense.

3.3.4 Modelo de Atención -PLANNOVI-

El Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar

PLANOVI, tuvo un proceso de elaboración antes y después de su aprobación en 1994. Este proceso comprendió un diagnóstico (1994), diseño (1995) y operación (1996-1998), lo relevante y sin precedentes en el país fue la amplia participación de funcionarios de diversas instituciones públicas de atención social, del Poder Ejecutivo y de las organizaciones no gubernamentales especializadas en el tema por ello se afirma que es el primer esfuerzo interinstitucional de estudio, sistematización y generación de políticas públicas a nivel nacional en materia de VIF y Sexual.

Como citan García y otros, el PLANOVI tiene como su principal objetivo “diseñar y poner en funcionamiento una respuesta estatal coherente, transversal y de cobertura nacional para atención de la VIFS”, accionando y coordinando la función de “poner en funcionamiento un sistema de atención integral que permita la detección de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, la atención oportuna para detener las agresiones y brindar a la persona afectada la intervención que necesite para posibilitar su recuperación y la construcción de su nuevo proyecto de vida” (Ramellini, 2000:57), y además “accionar hacia su erradicación” (García y otros, 2000:162).

Se nombró al INAMU como su ente rector para llevar a cabo el desarrollo de este plan, cuyas premisas y ejes fundamentales contenidos en las normativas y protocolos de acción se basan las siguientes citas de fragmentos de sus principales enunciados:

- Toda persona tiene derecho **a vivir con dignidad en una ambiente de relaciones interpersonales pacíficas y libre de agresiones** psicológicas, sexuales, físicas y sociales y **sin discriminación** (por edad, sexo, género, grupo étnico, zona geográfica, creencias religiosas, políticas, estilos de vida).

- Se menciona que: “toda persona tiene derecho a una **atención integral** oportuna, expedita, eficaz, confiable, eficiente, de calidad, para eliminar la violencia intrafamiliar y sus secuelas”
- Reconoce que “la violencia es una **construcción histórica** que se modela y aprende, por lo tanto deben revisarse los mensajes que emiten los diferentes **agentes socializadores que la refuerzan**: la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema de salud, el sistema judicial y otros”
- Y que es “un **derecho** de las mujeres y hombres, niñas, niños, adolescentes y personas mayores a vivir con dignidad, libertad, justicia y paridad” (Ramellini, 2000)

El énfasis es la Atención Integral, dado que la Violencia Intrafamiliar y es un problema multifactorial o multifacético; ya que afecta diferentes áreas: psicológica, física, legal, social/cultural, entre otras. Por tanto sólo una intervención a diferentes niveles (detección, prevención, atención y seguimiento), como de diferentes disciplinas profesionales (médicos, psicólogos, abogados); tendría un abordaje efectivo y oportuno.

3.4. Area de Salud y el PAIS

A partir de 1994 las autoridades del Sector Salud declaran la violencia intrafamiliar como una de las catorce prioridades, como problema de salud pública y una responsabilidad del Estado para desarrollar acciones para enfrentarla y erradicarla, siendo consecuente a su vez, con los compromisos contraídos por los acuerdos y convenciones internacionales. Por tanto la propuesta del Plan contra la Violencia del Sector Salud se elaboró con la colaboración de representantes del Ministerio de Salud, de la CCSS, del

Instituto de Investigación y Educación en Nutrición y en Salud –INCIENSA–, los Institutos de Investigaciones Sociales y Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, la Fundación PROCAL, la Fundación PANIAMOR, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la colaboración del Programa Mujer y Violencia de Género del Ministerio de Justicia y CEFEMINA. Este “plan representó el primer esfuerzo sectorial de conceptualización y sistematización de una propuesta para hacerle frente a la violencia intrafamiliar desde las instituciones del Estado y contiene la formulación y negociación de políticas nacionales y de la atención integral a la violencia intrafamiliar (García, 2002:145).

En 1998, se aprobó la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de CCSS y desde el 96, se venían instalando de los EB AIS, Equipos Básicos de Atención Integral en Salud; que constaban con un grupo interdisciplinario de profesionales: médico, enfermera, y Asistente Técnico de Atención Primaria ATAP, cuya finalidad era una mayor cobertura y elevación de los índices de salud de las poblaciones abarcadas.

El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social –CCSS– establecieron como **ejes fundamentales de acción** para la atención de Violencia Intrafamiliar y Sexual, los siguientes:

- a- enfoque de género: analizando la socialización representada en lo masculino y femenino que legitiman relaciones de discriminación, desigualdad y vulnerabilidad en forma diferente frente a la violencia.
- b- enfoque de riesgo: circunstancias personales, de grupo o de ambiente social o institucional que incrementen la probabilidad de la presentación de situaciones de VIFS.

- c- abordaje interdisciplinario: ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos entre las diferentes disciplinas existentes en salud y
- d- la intersectorialidad: acciones compartidas entre la comunidad, sociedad civil y el Estado. Involucrando a los actores(as) sociales y la comprensión gráfica, ver Anexo #3, figura sobre los actores(as), tipos de acción en niveles de intervención e instancias de salud tanto institucionales, gubernamentales y ONG.
- e- la integralidad de los derechos: señalando las características de inalienables, irrenunciables de la misma jerarquía dándole el enfoque de integración, interdependencia e interrelación a estos derechos.
- f- el enfoque generacional: ajuste a la identidad, momento de desarrollo de la persona en su ciclo vital y las características de su grupo etáreo.
- g- el enfoque contextual: basándose en las potencialidades, necesidades de acuerdo a las condiciones históricas, socioculturales y económicas de las comunidades a cubrir.

Estos ejes llevarán a cumplir los siguientes objetivos:

- Que sea dirigida a romper el ciclo de la violencia.
- Que contemple la atención de los diferentes tipos de violencia (psicológica o emocional, física, sexual, patrimonial, abuso sexual exrafamiliar y testigos de la violencia intrafamiliar).
- Que dé respuesta a los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y legales involucrados en las situaciones de violencia intrafamiliar.

- Que involucre acciones de promoción, prevención y atención específica como especializada.
- Que sea accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad y que garantice la integridad de las personas afectadas .
- Que comprenda mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por la violencia intrafamiliar, permitiendo valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo dentro de un sistema de vigilancia de la salud permanente tanto a nivel local, regional como nacional.
- Que cuente con espacios para la reflexión y retroalimentación individual y grupal para las personas responsables de la atención (PAIVIF, CCSS 2000:3)

Para desarrollar estos objetivos en los servicios de salud EBAIS, surge el PAIS a cargo de FUNDEVI y luego, a partir del 2001 la Universidad de Costa Rica se hace cargo de éste tras ser seleccionada entre varios participantes.

Los objetivos primordiales a nivel MACRO está: A) ser una extensión a la comunidad y prestar servicios de salud. B) descentralizar la población atendida por el Hospital Calderón Guardia y la Clínica Central. Se inicia con un Plan Piloto en Curridabat (1999), luego se incorpora Montes de Oca (2001) y por último 3 Distritos de La Unión (2002).

Tiene como propósito la formulación de proyectos de modelos de atención a la VIFS en los cantones de Montes de Oca, Curridabat y tres distritos de La Unión (San Juan, San Diego, y Concepción). El objetivo de este modelo es

brindar atención en el primer nivel de atención de la VIFS, tiene como base el modelo readecuado de salud vigente en el país y articula áreas importantes del quehacer académico tales como: la docencia, la

La Misión del programa consiste en brindar atención integral en Salud con la participación comunitaria, identificando poblaciones de riesgo y satisfaciendo sus necesidades de salud. Se pretende que el modelo sea eficiente y eficaz, garantice la participación social y promueva el desarrollo integral de los recursos de salud mediante prácticas académicas y asistenciales dirigidas”.

El PAIS nace por una alianza estratégica entre CCSS y la UCR ya que estas poblaciones no contaban con servicio de salud en el primer nivel de atención a la VIFS.

Como objetivos MICRO, el PAIS pretende:

- a) Ofrecer un procedimiento eficaz de generar información sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar y sexual; en comunidades atendidas por los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud – EBAIS-.
- b) Desarrollar estrategias para la detección temprana de la VIF y sexual y la atención integral de víctimas y sobrevivientes.
- c) Formación continua al personal, para elevar su competencia en cuanto a la investigación y la intervención de VIF y sexual contra las mujeres. (Fotocopia, parte de Convenio UCR/PAIS)

El Modelo de Atención a la VIFS que propone el PAIS, se basa en las siguientes premisas y estrategias:

I-Ejes Fundamentales: atención integral de salud, participación social, docencia, servicio, investigación y acción social.

II-Programas: dirigido al niño(a), a los adolescentes, a la mujer, y al adulto (a) mayor.

III-Escenarios de Acción: servicios de salud, centros educativos, centros de trabajo, viviendas, familias y comunidades.

IV-Actividades de apoyo: protección del ambiente, educación y promoción de la salud, sistemas de información, desarrollo de infraestructura, vigilancia de la salud, monitoreo y evaluación, organización, gestión y planificación.

3.4.1 Niveles de Intervención

Según la normativa de atención, los EBAIS atienden a través de los siguientes ejes:

Promoción: se refiere a “todas las acciones que fomenten, promuevan y protejan la vida, a través de la promoción de formas no violentas de convivencia en el seno de la familia” (Ministerio de Salud/CCSS, 2000:14-15). Apuntan también un cambio en las actitudes y representaciones sociales que no legitimen y favorezcan la VIFS. . .añadiendo que “la salud es una de las herramientas fundamentales de la promoción de la salud”(ibid:14)

Prevención: nivel destinado a prevenir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de VIFS, por lo tanto el trabajo es con las poblaciones en riesgo dándoles información para reconocer, alertar e identificar estrategias y recursos de los posibles situaciones de VIFS. En este eje lo fundamental es “desarrollar actividades de educación para la salud”(Ibid:14).

Detección y registro: consideran que “la detección es el primer paso para detener la VIFS, por tanto es indispensable dar seguridad, asistencia y protección a las personas afectadas por la violencia, así como también una referencia oportuna a las instituciones o servicios pertinentes” (Ibid:14)

Atención a las personas afectadas: este nivel se divide en a) contención: espacio para la escucha, confidencialidad y seguridad, brindarle información sobre las medidas de protección, los recursos personales, comunitarios e institucionales que la víctima de VIFS puede acudir. b) orientación: profundización de la información anterior para elevar la capacidad de empoderamiento, la superación de la crisis y la toma de decisiones c) atención especializada: las acciones se abocan a nivel asistencial con la intervención individual, grupos de apoyo, la reubicación y la intervención terapéutica especializada en las instituciones asignadas de acuerdo al caso y sus consecuencias d) seguimiento: incluye la valoración sistemática del caso, evolución, seguridad y efectividad de las estrategias desarrolladas, analizando los beneficios y limitaciones interdisciplinario e interinstitucional.

Atención a la población ofensora: tiene como objetivo evitar la reincidencia y se incluyen todos los subniveles de la atención de la atención primaria y especializada anteriormente señalada para las víctimas de VIFS.

3.4.3 División en Núcleos y EBAIS

Para establecer la sectorización de cada área, primero se hizo un censo poblacional asignado entre marzo-noviembre del 2000, llevado a cabo por los ATAPS contratados en ese momento.

El área de Montes de Oca, inició sus labores con un censo poblacional obligatorio para determinar el número de habitantes, lo cual arrojó los siguientes resultados:

POBLACION		60.064 habitantes	
Mujeres	31.834	Hombres	28.230

Se dividió en 12 sectores: 11 de Montes de Oca y 1 de La Unión; con el objetivo que la población tenga accesibilidad a los servicios de salud y a la vez que cada EBAIS tenga una población aproximadamente de:

Cada EBAIS abarca: 5.000 hab.	o 1.200 viviendas
-------------------------------	-------------------

Para la división geográfica se tomaron los límites naturales (ríos, quebradas, carreteras) y límites políticos/administrativos del Cantón, a saber:

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1. San Pedro | 7. Mercedes |
| 2. Bº Pinto | 8. Sabanilla Norte |
| 3. Lourdes Norte | 9. Sabanilla Sur |
| 4. Lourdes Sur | 10. Cedros |
| 5. Vargas Araya Norte | 11. San Rafael |
| 6. Vargas Araya Sur | 12. San Ramón |

El PAIS estableció la estructura organizacional denominada NUCLEO, la cual abarca 2 o 3 EBAIS para su ubicación geográfica y administrativa y la distribución quedó de la siguiente manera:

Núcleo San Pedro, Lourdes, San Rafael,
Vargas Araya-Sabanilla y Mercedes .

Cada EBAIS tiene su equipo básico compuesto por: una Médica (o), una Auxiliar de Enfermería, una REMES (registro médico), un(a) ATAP, una persona en el servicio de Farmacia, en el Laboratorio y en Odontología.

Todos los núcleos de Montes de Oca se reportan al Área de Coordinación; en donde se encuentra el Equipo de Apoyo constituido por: una trabajadora social, una nutricionista, una enfermera que supervisa a los y las ATAP, una Enfermera(o) que supervisa a los y las auxiliares de enfermería, una socióloga, una coordinadora de las médicas(os), una asistente administrativa, dos secretarías y una miscelánea.

3.4.3 ASIS

El ASIS, Análisis de Situación Integral de Salud, en el Área de Salud de Montes de Oca, fue elaborado en 2003 y comprende del año 2001-2002.

Describen el ASIS como un proceso en el cual se describe, explica, analiza y comprende la producción social de la salud de un grupo poblacional. Es un insumo básico para la planificación de las acciones en salud, en cuanto a la priorización de áreas de trabajo para lograr mayor impacto en el mejoramiento de la calidad de vida; para seleccionar estrategias adecuadas, así como para la identificación de actores sociales, instituciones, organizaciones, líderes, grupos organizados, etc; que contribuyen dentro de su quehacer con la producción social de salud” (ASIS, 2002:3)

El ASIS se subdivide en 4 dimensiones que organizan su análisis, son: biológica, económica, ecológica y de conciencia y conducta.

DIMENSION BIOLÓGICA: es un componente dinámico que abarca el: proceso de salud, enfermedades y muerte de la población. Incluye nacimientos, causas de consulta y de muerte y tipos de enfermedades de reporte obligatorio.

DIMENSIÓN ECONOMICA: se refiere a las formas de articulación con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios. Sus variables son: empleo, razón de dependencia, educación, atención de salud en las escuelas.

DIMENSION ECOLOGICA: relación de las personas y su medio ambiente. Variables: condiciones laborales (incapacidades), riesgos y/o accidentes laborales. Condiciones ecológicas del microambiente (contaminación aire, agua y suelos) y condiciones de vivienda.

DIMENSION REPRODUCCION DE CONCIENCIA Y CONDUCTA: se refiere a los proceso de conciencia y conducta predominantemente culturales que se repiten en la población en estudio. Ejm: religión, hábitos, ideas , costumbres, organizaciones comunales y formas de representación social.

3.4.4 Instrumentos de Registro y Documentación de los EBAIS

Las directrices dadas en el PLANOSI, se traducen en las políticas del Ministerio de Salud y de la CCSS conduciendo a nivel práctico el establecimientos de instrumentos de notificación, registro, referencia, reportes y seguimiento de los casos de violencia, que a continuación cito:

->Normativas y Protocolos , confeccionadas por el Ministerio de Salud y la CCSS, 2002. Conteniendo los planes de regulación y acción en la atención de la VIFS,

->Detección y registro: tienen los siguientes instrumentos:

- Boleta de Vigilancia Epidemiológica: de Declaración Obligatoria, ver letra A, Anexo # 5.
- Boleta de Registro de VIF y Abuso Extrafamiliar, letra B.

->Atención Primaria:

- Expediente médico: que anota los procedimientos en cada caso y su seguimiento (evaluación mensual)
- Reporte Mensual sobre VIFS, según tipología, sexo, grupo étnico y área de salud, letra E

->Referencia y seguimiento:

- Boleta de Referencia: para otras instituciones de acuerdo al tipo de problema de violencia y su edad ver letra Ig y más específico para el área de Montes de Oca, letra Ie.
- Registro de Casos de Violencia Intrafamiliar: donde consta el lugar (institución donde fue referido) y el tipo de violencia.
- Boleta de contrarreferencia: ver letra J.
- Valoración de seguimiento por parte de la PDS si la atención fue eficaz o no y si desea o necesita otro tipo de atención, letra X.

->Control interno en los EBAIS:

- Reporte para el Comité de VIF y sexual o Comité del Niño Agredido o Persona Adulta Mayor. Todos traen sus instructivos de cómo llenarlos correctamente, sean: mujeres, niñas(os), personas adultas mayores
- Persona Adulta Mayor: guía de valoración de la condición de la PAM y de su cuidador(a).
- Reporte para la Red de Violencia del Área
- Formulario para la evaluación de personas afectadas de VIF en el Servicio de Urgencia, letra H.
- Seguimiento de Casos de VIF.

También cuentan con:

- Flujogramas: que constituye la representación diagramática de la secuencia lógica de pasos en las operaciones y actividades desarrolladas”

(Molina y Romero, 2001:223), donde se especifica el curso normal de atención, tratamiento y referencia de los diferentes casos, según el profesional que lo atienda primeramente, el grupo etéreo a que pertenezca la persona y el problema que presenta (médico, legal, de trabajo social, los ATAP y demás profesionales del EBAIS). Ver letra L.

-Directorio de Recursos Interinstitucionales, letra M.

-Directorio de REDES, subdivisión en cantones por provincia, ver letra N.

3.5 Premisas teóricas, epistemológicas y metodológicas

Tal y como lo mencioné en el marco teórico, mi punto de partida son las teorías que conciben a **la persona como tal, como sujeta de derechos**, con capacidad de participación, organización y concientización de su situación social.

La violencia está enraizada en la cultura y las sociedades, por tanto hay que visibilizarla, al igual que la desigualdad, la discriminación y el sexismo. Por tanto hay que enfocarla desde sus causas mismas, no verlo como un producto social que está afuera y es posible estudiarla y tratarla. Con este trabajo pretendo transferir esta visión a los y las funcionarias del PAIS, así como también a las personas de las comunidades atendidas; para ir desmitificando y erradicando su forma de concebir y enfrentar la VIFS.

Basándome en esta interpretación del mundo (premisa ontológica) y de las relaciones interpersonales, mi visión es rescatar a la mujer como sujeta de derechos, no como un paciente o una clienta. Por el contrario, alguien que merece respeto, autonomía, con capacidad para manejar su vida y tomar sus propias decisiones. Por tanto, profesionalmente, deseo desechar la imagen -yo profesional, experto/usuario sin conocimientos-, aunque reconozco que esto es muy difícil a la hora de ponerlo en práctica. Esta

imagen es asumida por los y las funcionarias de los EBAIS y contiene una relación de poder, de dominio. Por tanto, mi posición en este Proyecto, será de **FACILITADORA** (p.epistemológica), tratando de minimizar la división jerárquica y promoviendo el interaprendizaje y el compartir subjetividades: recuperar, analizar, interpretar y construir situaciones y vivencias, parte muy importante y enriquecedora del proceso generado.

Muy importante es la **experiencia y opinión** tanto de las mujeres que viven en las comunidades y nos puedan contar sobre su relación con la VIF y si han padecido o no, interesa conocer sus significados tanto para ellas mismas y el manejo hasta ahora de esta problemática en su familia; como del personal de los EBAIS sus carencias, sus opiniones y el manejo de situaciones conflictivas.

Por tanto escogí como la sistematización (p. metodológica) como técnica metodológica que me brinda, uno un proceso de ordenamiento, dos reconstrucción en este caso del Modelo de Atención de la VIFS que emplean los EBAIS del PAIS y tercero, un análisis crítico del mismo. Pretende explicar el por qué de ese tipo de atención, sus orígenes, sus resultados e implicación en las personas que lo imparten (funcionarios EBAIS) y las que lo reciben (PDS).

Se pretende comprender y analizar los procesos y fenómenos en forma integral y profunda, tomando en cuenta el contexto que los rodea, y cómo son percibidos por el personal de salud y las usuarias: su propia realidad.

Utilizando el Modelo Género-Sensitivo (Carter 1995), en donde el eje central es el empoderamiento y la sensibilización de su condición de género y las relaciones de poder.

Consecuente con lo anterior, establecí diferentes formas de aproximación y recolección de información (p.prácticas) que estimularon la participación

de los y las funcionarias, las personas de la comunidad y mi participación en actividades programáticas del EBAIS

Como resultado final del trabajo de sistematización decidí plantear varios lineamientos como propuestas de intervención en aquellos niveles en donde detecté problemas o carencias, y que además incluyeran las sugerencias y opiniones de los y las funcionarias del EBAIS y las personas de las comunidades comprendidas.

Las propuestas son un ejemplo de las actividades que van dirigidas a informar, educar, promocionar y prevenir principalmente en relaciones no violentas interpersonales, tanto dentro del mismo personal, como de las poblaciones atendidas, estimulando así la participación e integración y un modelo atención a la VIFS menos tradicional y jerárquico. Pongo mucho énfasis en la información, promoción y prevención de la VIFS, porque para que una persona se empodere, tome conciencia de su situación y actúe consecuentemente, debe primero conocer sus derechos, concebirse “como persona” capaz de tomar sus propias decisiones y tener un mínimo de conocimiento y las herramientas para enfrentar sola sus problemas, entre ellos la VIFS. Se busca entonces el “empoderamiento” y la “autonomía”; que las personas sean agentes de su propia vida, del bienestar familiar y comunitario particular que le tocó vivir.

3.6 Antecedentes bibliográficos

Lo esencial en este trabajo es revisar la técnica de sistematización como proceso de reconstrucción de procesos y programas dentro de las políticas públicas y lo concerniente a modelos de Atención en VIFS a nivel nacional, incluyendo también la influencia y acción internacional al respecto. Respecto

a la VIFS tenemos que el enfoque de la violencia desde la perspectiva de la salud pública se basa en los requisitos rigurosos del método científico. Este enfoque sigue cuatro pasos fundamentales según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OPS/OMS 2003, 5).

1. Obtención de tantos conocimientos básicos como sea posible, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia .
2. Investigación del por qué se produce la violencia, llevar a cabo estudios que determinen las causas y los factores correlativos de la violencia; factores que disminuyen, factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia, los factores que podían modificarse mediante intervenciones.
3. Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia, mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones.
4. Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas.

Las demandas para el sector salud en cuanto a establecer la violencia doméstica como un serio problema de salud; es cada día más grande en nuestro país y se conjuga con la presión a nivel gubernamental con el cumplimiento de las Convenciones Internacionales al respecto, por un lado, y por el otro, la organización del movimiento de mujeres con sus movilizaciones, demandas y denuncias, junto a las ONGS y sociedad civil.

Es hasta 1994, cuando se ve la importancia de trabajar en el abordaje de uno de los más importantes problemas de salud pública como lo es: la violencia. la atención a la violencia es un eje estratégico de acción prioritario. Se menciona también que debe ser abordada transversalmente a todos los programas de atención a las persona (CCSS 2004, 61).

Un gran ejemplo de conjugación de ambas es el trabajo de García y otros, 2002. El cual es un primer acercamiento al problema de la VIF y sexual, desde el abordaje de las políticas públicas de cuatro países: Bolivia, Brasil, Costa Rica y Chile, sus logros y limitaciones, titulado *Sistemas Públicos contra la Violencia Doméstica en América Latina. Un estudio regional comparado*.

Refleja un esfuerzo de compilación de estadísticas, descripción del proceso de desarrollo del Modelo de Atención en Salud en Costa Rica y su comparación con otros tres países. Este estudio aporta una sistematización del proceso de creación de las políticas públicas en la atención a la VIF en el área de salud del país, desde sus antecedentes internacionales y nacional (referencias históricas, estadísticas y legales) hasta llegar a al PLANNOVI, Plan Nacional, 1996, el cual es analizado desde sus funciones, coordinación interinstitucional, sus fortalezas y debilidades.

Otra investigación de gran importancia es la que realizó: OPS/OMS 1999, Monserrat Sagot y otras, titulado *Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar*. En esta el tema central son “las experiencias de las mujeres afectadas por la VIFS en su búsqueda de ayuda, el proceso seguido, las representaciones y significados sociales sobre la violencia que existen tanto entre los prestatarios de servicios como las mujeres mismas” (Sagot y Carcedo 2000:21). Esta sistematización, es un verdadero “via crucis” de penurias que enfrenta una mujer cuando decide denunciar la VIF, que va desde recorrer grandes distancias hasta la violencia institucional, la impunidad, frustración y denuncia de las legislaciones, instituciones públicas y programas que intervienen en la atención de la VIFS. Y se plantean desde Costa Rica y otros países de centro y suramérica.

También desde la sociedad civil y las ONG’s encontramos trabajo sistemático en cuanto alternativas de acción y tratamiento de la VIFS, como

por ejemplo en nuestro país el Programa “Mujer no estás Sola” llevado a cabo por CEFEMINA desde 1987, en el cual también se analiza las deficiencias del sistema gobierno-institucional para la atención de la VIFS y cómo un programa desde las víctimas mismas (Grupos de autoayuda), llena estos vacíos y les devuelve empoderamiento, concientización, solidaridad y organización.

La sistematización como metodología tiene diferentes aplicaciones por ejemplo en diferentes estudios encontrados como: el Programa de Apoyo a la Representación y el Liderazgo de la Mujer del Banco Interamericana de Desarrollo. PROLID (2002), Guzmán Stein, Laura y otros (2002), Abarca, Flor y Guzmán, Laura (1998), Guzmán Stein, Laura y otros (2002) y Molina, Kattia y Muñoz, Hazle (1997). Todos ellos obtienen de esta técnica dos ejes esenciales: la reconstrucción de procesos y el análisis crítico de éstos dentro de su contexto sociocultural particular, por eso es que esta técnica puede servir para varios propósitos, como un análisis de estrategias pedagógicas, metodológicas, procesos, modelos y niveles de intervención, evaluación de impacto social, devolución de resultados, entre otros.

En cuanto a investigaciones me parece importante citar la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, ya que pertenece a un programa internacional (Encuesta Internacional de Violencia contra las Mujeres - EIVCM)- que es un estudio comparativo de más de 25 países, específicamente desarrollado para medir la violencia doméstica y sexual contra las mujeres. Este permitirá ver la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres a través del tiempo y entre las culturas. El objetivo de la EIVCM “es evaluar el nivel de victimización de las mujeres en una serie de países y aportar nuevos insumos para el desarrollo de enfoques para un abordaje penal y social de justicia criminal en la materia” (Proyecto del

CIEM/Centre for Women's Studies and Feminist Reserch de la Universidad de Westen Notario, Canadá, el Plan Piloto inició a nivel nacional en el 2002). En la Coordinación del Area de Salud Montes de Oca, encontré documentos que recopilan los antecedentes y origen del PAIS, sus procesos y análisis estadísticos de la situación sociocultural y demográfica del cantón y de la presentación de casos de VIFS, tales como:

ASIS 2001-2003, es la fuente principal de información, ya que contiene el Diagnóstico del Area de Montes de Oca que realizaron los ATAPS, al inicio del Programa PAIS, en el primer trimestre del 2001. Incluye una síntesis de cómo y porqué surge el programa, los procesos que se siguieron para su puesta en marcha y el análisis estadístico llevado a cabo para tales fines.

Tesis Situación de Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca y Curridabat realizada por Diana Sandoval, 2203 donde se basa en el reporte de casos de las Instituciones encargadas de atender la VIFS: Juzgado de Violencia, Delegación de la Mujer INAMU, PANI y Oficina Municipal de la Mujer. Su finalidad fue recopilar y editar los primeros informes estadísticos de la Atención de la VIF en estas áreas, reportados por las instituciones mencionadas en el primer trimestre del 2001 y que luego pasaron a formar parte del ASIS.

Existe también la Propuesta de Atención a la Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca 2001-2003. Lic. Ana Margarita Jiménez T.S. y otros. Documento que contiene la secuencia desde la promoción, capacitación, formación y evaluación a nivel teórico de Redes, Comités de Violencia en mujeres, niños y niñas y persona adulta mayor.

Y los informes: *Análisis de la Situación de Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca en el 2003 y resumen de estadísticas del primer semestre del 2004 sobre VIFS, de casos reportados y atendidos en el área de Montes de Oca.*

I V- CAPITULO

El A B C de la VIF en los EBAIS

-Reconstrucción del proceso-

4. La Reconstrucción del Modelo a Atención a la VIFS

Es muy importante mencionar que se hizo un Diagnóstico del Modelo de Atención a la VIFS en el Area de Salud de Montes de Oca, como trabajo práctico previo que serviría de insumo a la sistematización. De este diagnóstico se presentarán gráficos, datos y opiniones de lo recabado al respecto, tal y como fueron encontrados y su fuente. De sus entrevistas, cuestionarios a los funcionarios y personas de la comunidad, se presentarán resúmenes o síntesis de los mismos, dados los procedimientos de confidencialidad y anonimato que rigieron en todo este trabajo.

Este capítulo de reconstrucción lo dividí en los siguientes aspectos:

4-1 Origen: se inicia por un convenio entre la CCSS y la UCR como Plan Piloto para la Atención de la VIFS en 3 cantones de San José, Curridabat, Montes de Oca en el 2000. Este convenio responde a las políticas sobre la atención Integral en salud, los programas y compromisos internacionales respecto a al atención de la VIFS; y por supuesto a la creciente demanda de este tipo de servicios (crecimiento del número de casos e insuficiencia de su cobertura por parte de las instituciones y programas asignadas para ello, denuncias y medidas de presión de los grupos organizados de mujeres, ONG y sociedad civil.

4-2 Normativas y protocolos: en ellos se plasman las nuevas teorías y metodologías de atención a la VIFS y es un esfuerzo conjunto entre Ministerio de Salud y la CCSS, con fecha del 2002. Ambos folletos muestran una serie de premisas, ejes y cuadros muy esquemáticos de las labores por niveles de intervención y sus responsables de las diversas

actividades, sin embargo no se especifica la preparación previa y el proceso de formación que deben seguir tanto los y las funcionarias como también la comunidad para cumplir con las mismas. Según la referencia del personal de los EBAIS fueron capacitados en la teoría y práctica de estas normativas y protocolos, cuyo contenido se resume en el Anexo #5.

4-3 Infraestructura, horario de atención y tipos de servicios.

Las oficinas que albergan a los núcleos (la mayoría tres EBAIS) son casas de habitación que han sido adecuadas para funcionar como pequeñas clínicas. Constan de consultorios, un cuarto para el laboratorio, un cuarto para expendio de medicamentos, salón de espera y otro con ventañillas para dar citas y llenar expedientes. Algunos tienen además cuartos para exámenes especiales como los de ginecología, de vacunas y curaciones, entre otros. Su ubicación en la mayoría de los casos, está en una zona accesible a la población establecida en la división territorial que se hizo en los 5 núcleos y descongestiona las largas filas en los hospitales y clínicas del área. El horario de atención es de Lunes a Jueves de 7^a.m-4pm y los Viernes de 7a.m-3pm. Este horario es apropiado para personas como amas de casa, personas adultas mayores y niños(as) en edad no escolar, pero para las personas que tienen un trabajo diurno de jornada completa no es accesible pero no hubo quejas dentro de las personas y funcionarios(as) entrevistadas. Los tipos de servicios que se ofrecen son: médicos, enfermería, nutrición, odontología, farmacia, laboratorios clínicos, exámenes ginecológicos, entre otros. En las coordinaciones de cada área: hay personal en trabajo social, medicina, enfermería, sociología y recién se incorporó psicología. Y los técnicos de atención primaria, ATAPS que hacen visita domiciliaria, entre otras y las REMES (registros médicos) que llevan el registro y los expedientes.

La mayoría del personal, de las personas de la comunidad entrevistadas coinciden en que los EBAIS no son lugares adecuados por “la privacidad” y “confidencialidad” para hablar sobre ciertos problemas y situaciones.

4-4 Niveles de intervención y evaluación. De la información recabada, elaboré cuadros resumen en donde presento comparativamente lo que dicen las normativas, lo que se hace realmente y las sugerencias del personal de los EBAIS y las personas de la comunidad con respecto la atención de la CIFS, ver el Anexo #9. En estos cuadros se puede visibilizar la incongruencia de lo escrito y la práctica cotidiana. Lo mas relevante es el énfasis en el registro y redacción de informes, en detrimento de otras actividades en otros niveles de intervención, la insatisfacción por ello de los y las funcionarias de los EBAIS y la total ignorancia y participación de las PDS, en el conocimiento de las normativas, el trabajo que hacen los EBAIS, específicamente con la VIFS y de sus derechos como tales.

Una medida de control y evaluación encontrada son los contratos conocidos como Compromisos de Gestión y se dan entre las Áreas de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. Estos compromisos se revisan una vez al año y por ejemplo este año 2004 se revisó el 2003, si los porcentajes de atención, referencia y seguimiento que se habían planteado se cumplieron y el ¿por qué? en caso de que esto no ocurriera y se planifican los compromisos de gestión para el 2004 que serán evaluados en el 2005.

4-5 Recursos humanos y financieros: el personal que trabaja en los EBAIS, son profesionales muy jóvenes y tienen a su favor como aspecto positivo el que son capacitados en diversas áreas y niveles, como por ejemplo en el área de la VIFS y en la prevención y seguimiento de enfermedades crónicas,

de alto riesgo, así como una serie de programas educativos/comunales en salud. Su opinión respecto a la legislación y normativas, se concentra en la protesta de redoble de funciones y la diversidad de éstas, que les impide la dedicación y respuesta adecuadas, por lo que a veces tienen que priorizar en algunas para cumplir con sus compromisos y responsabilidades establecidas. El registro y la elaboración de informes fueron los mas mencionados, ya que el personal se quejó de que les toma demasiado tiempo llenar muchos registros, informes semanales, quincenales y mensuales, informes situacionales, socioeconómicos, de riesgo y la referencia a otras instituciones o programas. Este tiempo limita sus otras actividades y el tratamiento que pudieran o deberían brindar en otras áreas. Una queja frecuente del personal de los EBAIS, es que las actividades y responsabilidades aumentan año con año, pero nunca hay recursos financieros adecuados para cumplir con ellas (más personal, materiales, transporte).

Además es generalizado su “desconocimiento legal” en sus funciones a todo nivel, por lo que expresan su necesidad de capacitación en ese sentido y yo le agregaría mas profesionales en esa disciplina en los diferentes núcleos, tanto para orientar al personal como a la población en sí. Por otro lado producto del grupo focal, se determinó la necesidad de conocer **sus derechos y obligaciones** como funcionarios, mayor información y apoyo en las labores de acompañamiento (preocupación por su integridad física) y la creación de programas y actividades de autocuidado.

4.5.1 Atención de la VIFS: el personal expresó en cuanto a este rubro los siguientes problemas:

1- migración de la población víctima de VIFS. Apenas los detectan y reportan cambian a otro barrio o distrito, en especial los nicaraguenses.

2- temor a la agresión física o en otros casos que no les abran la puerta y no puedan dar seguimiento al caso y obstaculizar sus otras tareas que tienen que realizar (tratamientos, evaluaciones, enfermedades crónicas, entre otras).

3- falta de capacitación para el manejo de situaciones de violencia, cuando hacen la visita domiciliaria o cuando reciben la denuncia. No saben cómo manejar una situación de crisis, de riesgo inminente y/o de urgencia que les demanda una intervención mas especializada e inmediata. Además y muy importante en especial para los ATAP, el hecho de cómo manejar sus sentimientos y reacciones ante dichas situaciones.

4.5.2 Capacitación: respecto a este rubro se puede observar con mas detalle en el Anexo #8, en las respuestas al grupo focal y en los cuadros resumen del Anexo #9. Principalmente, apuntan a mayor capacitación en: información y manejo de situaciones de VIFS (crisis, reacciones violentas, de peligro inminente) y control de sus reacciones, conocimiento en materia legal, actividades de autocuidado y sesiones o espacios de intercambio para analizar y supervisar los casos de VIFS.

4.5.3 Variabilidad del personal: es muy común a nivel de los ATAPS y nuevas disciplinas (como psicólogas(os) últimamente), siempre hay un cierto índice de nuevos ingresos de personal y se invierte tiempo en la re-capacitación e integración de estos a los EBAIS..

Además los ATAPS denunciaron que había diversos grados de exigencia en cuanto al estatus profesional, específicamente a los médicos no se les exige, ni controla, ni participan dentro del equipo como los demás. Esta brecha se siente a nivel del trabajo de los EBAIS, como a nivel personal y

grupal cuando tienen que desarrollar actividades comunales, de esparcimiento y de integración social.

4.5.4 Relaciones interinstitucionales: han tenido mucha dificultad para trabajar en equipo con otros funcionarios de otras instituciones, pero ya se cargo, cronogramas, inicio de diagnóstico, y propuestas de unificar registros y sistemas de referencia, seguimiento y evaluación. La queja frecuente es que en otras instituciones, por lo que han comprobado personalmente y por referencia de las PDS, es que sufren de re-victimización y de una lentitud en la atención o simplemente están en lista de espera, ya que el número de casos sobrepasa la capacidad de atención, en especial la institución señalada por todos es el PANI. Esto último fue corroborado por la funcionaria entrevistada de esta institución.

4-6 Diagnóstico psicosocial del área de Montes de Oca

Como se mencionó en la contextualización del trabajo de los EBAIS, el ASIS viene siendo la columna vertebral del trabajo en éstos, ya que resume semestral y luego anualmente los índices y número de casos atendidos en VIFS y el análisis sociodemográfico y cultural del cantón. Sin embargo, por el eje que rige este trabajo nuestro énfasis será en sección referente a la VIFS.

Primeramente para la ubicación históricopolítica de este cantón, ver el detalle en el Anexo# 6, resaltaré los siguientes datos: el cantón de Montes de Oca surgió primeramente como un lugar “de fincas de recreo” de las personas acomodadas (cafetaleros en su mayoría) y en segundo lugar, siempre ha sido “un lugar de paso” porque estaba en el camino a la Boca del Monte, hoy San José. Su cercanía con la capital, le ha dado un lugar de

privilegio para tener un desarrollo en especial de servicios. El educativo es el “eje central” de este cantón por la ubicación de la principales universidades públicas (2 estatales) y 5 privadas, por ello se le considera el “cantón universitario y/o “cantón dormitorio”, por lo que convierte en una zona de alto nivel educativo y de desarrollo social. Además se convierte en el centro de satisfacción de los servicios que esta población necesita,; levantado de texto, fotocopiadoras, sodas, bares, dormitorios, apartamentos, tiendas de ropa, entre otras. Y toda la problemática social y ecológica que acompaña a esta población: vicios, drogas, violencia y contaminación ambiental, que año a año crece y se adhiere a la visión de la figura universitaria como estudiante, en especial de la UCR.

Los primeros datos que se encuentran en el ASIS del 2001, son del censo que llevó a cabo en el primer trimestre del 2001, como requisito obligatorio y de diagnóstico para poner en marcha el programa en esta área de salud.

Es importante establecer que todos los cuadros y gráficos que expondré seguidamente fueron tomados del ASIS 2001-2003, producto del censo de diagnóstico inicial mencionado anteriormente en el área de salud de Montes de Oca. Dicho censo arroja los siguientes datos poblacionales y sociodemográficos.

Partiendo de una población de:

POBLACION 60.064 habitantes	
Mujeres	31.834
Hombres	28.230

Dividieron la atención en 12 sectores: 11 de Montes de Oca y 1 de La Unión; con el objetivo que la población tenga accesibilidad a los servicios de salud y a la vez que cada EBAIS tenga una población aproximadamente de:

5.000 hab.	o de 1.200 viviendas
------------	----------------------

Por lo tanto se tomaron para la división geográfica los límites naturales (ríos, quebradas, carreteras) y límites políticos/administrativos del Cantón, a saber: San Pedro, Mercedes, Bº Pinto, Sabanilla Norte, Lourdes Norte, Sabanilla Sur, Lourdes Sur, Cedros, Vargas Araya Norte, San Rafael, Vargas Araya Sur y San Ramón

Agrupados en los siguientes núcleos:

- Núcleo San Pedro: EBAIS de San Pedro centro y EBAIS Bº Pinto
- Núcleo Lourdes: EBAIS Lourdes Norte y EBAIS Lourdes Sur
- Núcleo San Rafael : EBAIS San Rafael y EBAIS San Ramón
- Núcleo Vargas Araya-Sabanilla: EBAIS Cedros, EBAIS Sabanilla Sur y EBAIS Vargas Araya Sur.
- Núcleo Mercedes: EBAIS Mercedes, EBAIS Sabanilla Norte y EBAIS Vargas Araya Norte.

Se menciona en el ASIS que este cantón predomina la población adolescente y adulta joven como puede verse en los siguientes grupos de edad:

Adolescentes	11-20 años	17.7%
Adulta joven	21-40 años	39.4%
Sumando da un total de un		<hr/> 57.1%

Puede verse con mas detalle los otros índices porcentuales en el Cuadro N° 1 del Anexo# 7.

Según la distribución laboral, el sexo masculino predomina sobre el femenino en las ramas de actividad de:

Empresa privada

Sector industrial

Cuenta propia

Ver con más detalle en el Cuadro 2, del Anexo #7.

A nivel educativo vemos los diferentes porcentajes por niveles, siendo muy evidente (el más bajo) los estudios técnicos o de enseñanza superior completos con respecto a los demás. En el Anexo # 7 puede verse con mas detalle, la información que estraje:

Estudian un	24.4%	24.3%
	hombres	mujeres
Terminan estudios superiores o técnicos	1.3%	1%

En cuanto al sector laboral, la población activa reportada es de 28.308 personas de las cuales los hombres son un 67% (18.979) y las mujeres son un 33% (9.329). De estos hombres trabajadores la mayoría se ubica en la empresa privada, el sector industrial y por cuenta propia, ver con más detalle en el Anexo #7.

La tipología de hogares del ASIS 2001, arroja la siguiente cifra un:

55% vive en un hogar nuclear (padres e hijos)

sin embargo, en otro apartado mencionan que según la Dirección Actuarial de la CCSS del 2000 el porcentaje de madres solteras es de 38.13% de la población total y en la mayoría de los casos estas madres viven con sus padres (familia extensa) o solas (madre con hijos), por lo tanto no hubo comparación con los censos nacionales, así como tampoco se menciona el estado civil de los mujeres.

El apartado siguiente en el ASIS se refiere a la VIFS y pueden consultarse con mas detalle en el Anexo #7, con la numeración de Gráficos del 1 al 5 y de Cuadros del 6 al 10 y contienen una serie de información respecto al sexo, edad, procedencia por núcleo y la tipología de agresión o violencia (psicológica, física, sexual, patrimonial y negligencia). A partir del 2003, los gráficos y cuadros son proporcionados por los informes semestrales y anuales del Area de Trabajo Social de Montes de Oca y facilitados por la Licda. Ivette Ramírez, contabilizando los casos reportados y atendidos, sin mencionar o incluir una actualización de los datos sociodemográficos (situación civil, laboral, de ingresos, tipología de hogar y demás), ni hacer un análisis más profundo de por qué la variabilidad de los datos con respecto a su contexto socioeconómico y cultural. De estas cifras estadísticas extraje la siguiente caracterización:

Cuadro # 11

4.6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA VIF S en Montes de Oca

4.6.2

SEXO	Mujeres
EDAD	Adolescentes y adultas jóvenes.
NIVEL EDUCATIVO	Las mujeres estudian mas que los hombres en todos los niveles, siendo el mas bajo el de enseñanza superior completa en ambos.
TIPO/HOGAR	Nuclear, el jefe de familia es un hombre.
OCUPACIÓN	Mayoría Amas de Casa
INGRESOS	El proveedor es el hombre, trabaja en el sector privado e industrial
TIPO DE VIOLENCIA	Psicológica, luego sexual y física
INSTITUCION Donde mas acuden	*Delegación de la Mujer INAMU * Juzgado de Violencia Doméstica
PROCEDENCIA (núcleos)	San Pedro y Mercedes

Todos los cuadros y gráficos, nos demuestran que la Violencia Intrafamiliar tiene “Rostro de Mujer”, en especial en las adolescentes y las mujeres adultas jóvenes. A pesar de que no fue consultado con censos o encuestas nacionales, vemos que la caracterización que presenta la VIFS en los EBAIS del 2001, no está fuera de la realidad que vivimos y que reportan otros estudios y encuestas al respecto. La población víctima son mujeres adolescentes y jóvenes adultas en su mayoría, en edad reproductiva, con bajo nivel de escolaridad, amas de casa que dependen de sus esposos, compañeros o padres y si son solas, de alguna actividad económica poco remunerada (venta de comida, oficios domésticos, cuidado de niñas(os)). El tipo de violencia psicológica, está siempre presente junto a todos los demás,

físico y/o sexual principalmente. Y el lugar de procedencia de los casos, se debe a la concentración de poblaciones de bajo nivel económico, con tugurios como viviendas y alto nivel migratorio (ocupación laboral esporádica diversa) y que fueron señalados por el personal, por ejemplo Barrios como Pinto, Betania y SINAI.

4-7 Impacto en la comunidad, evaluación desde la comunidad o PDS.

La mayoría de mujeres (13 personas) se enfocaron en el servicio de atención médica en consulta y la entrega de medicamentos. Dicen que la “atención es muy buena”; porque les dan cita y las medicinas muy pronto. Como tres personas opinaron que las medicinas “ a veces había que esperar mucho pero era porque se agotaban”. Y una persona se refirió a la atención en VIF que recibió, la cual dijo “no me atendieron, sólo me refirieron al INAMU”.

a) Mas profesionales para atender la problemática de VIFS como abogados(as), psicólogas(os) y trabajadoras sociales.

b) Talleres y charlas que les enseñe en forma vivencial y dinámica cómo manejar la VIF en sus hogares. Trabajar en grupos pequeños.

c) Repartir mas información en folletos.

En cuanto a las personas adultas mayores y las adolescentes entrevistadas, dijeron (100%) que no tenían información en cuanto a que los EBAIS podían acudir para tratar o denunciar los casos de VIFS, por tanto necesitaban que se les diera esta información, fuera en charlas, folletos o cualquier otro medio. También que se desarrollaran mas actividades de recreación o capacitación (manualidades, paseos y otras) que integraran a las comunidades y en especial a los diferentes grupos de edades.

En síntesis: el Modelo de Atención que se da en los EBAIS del PAIS, es de corte asistencial, biologicista, de atención individual y medicalizada, con un visible desfase entre las normativas y su operacionalización (se analizará mas a fondo en el siguiente capítulo). Estas incongruencias se evidencian en:

- Falta de sensibilización en cuando a la forma cómo perciben y dan solución al problema de VIFS. Visión errónea por la socialización recibida.
- Capacitación del personal de los EBAIS, de cómo manejar y atender adecuadamente los casos de VIFS.
- Sobrecargo de funciones, mala atención, revictimización, y lentitud a la hora de atender los casos.
- Falta de recursos económicos, de material, de personal. Recortes de programas y financiamiento.
- Violación de los derechos de la PDS, a la información, al conocimiento de sus derechos para exigir y denunciar cuando éstos no se cumplan, a empoderarse, organizarse y tomar sus propias decisiones. No toman en cuentas sus necesidades, no participa en la solución de sus *problemas mucho menos de las políticas y programas que van dirigidas a solucionarlos.*

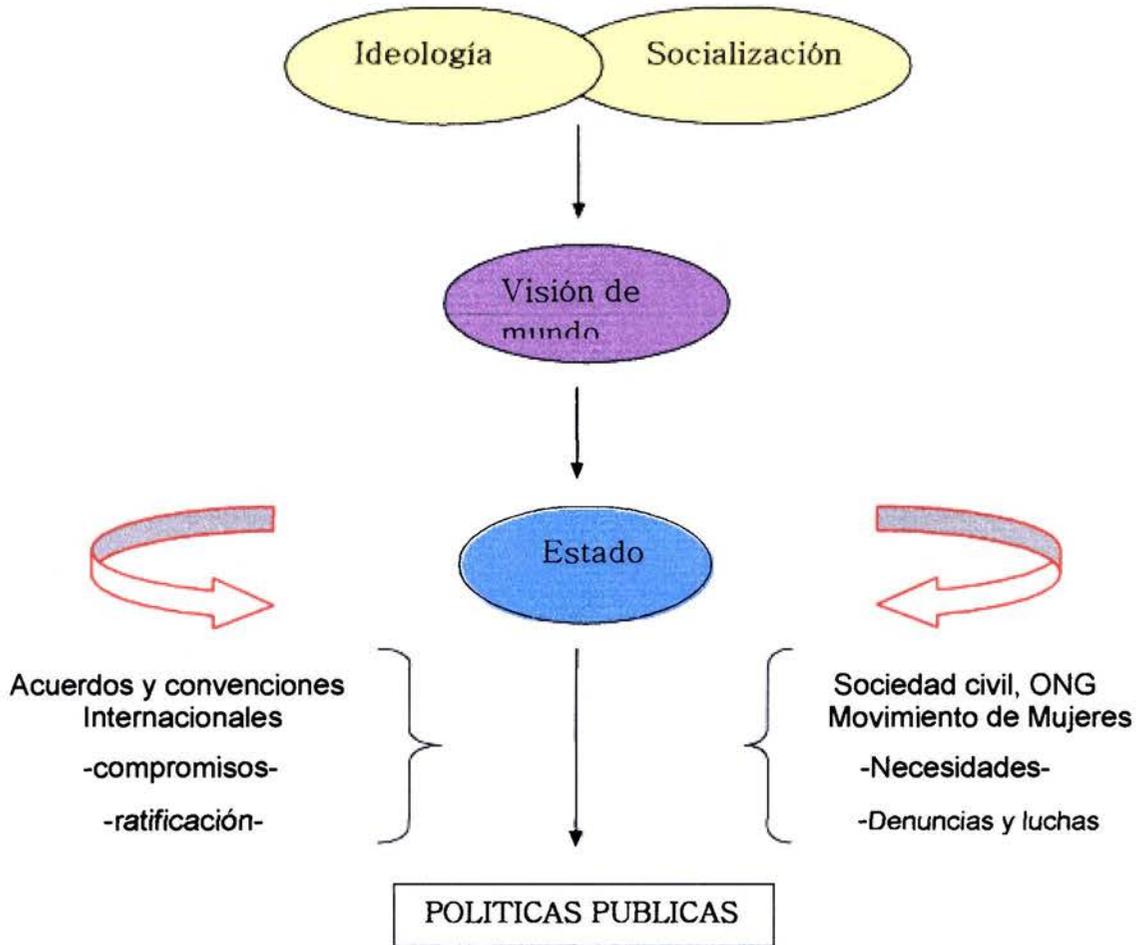
V – CAPITULO

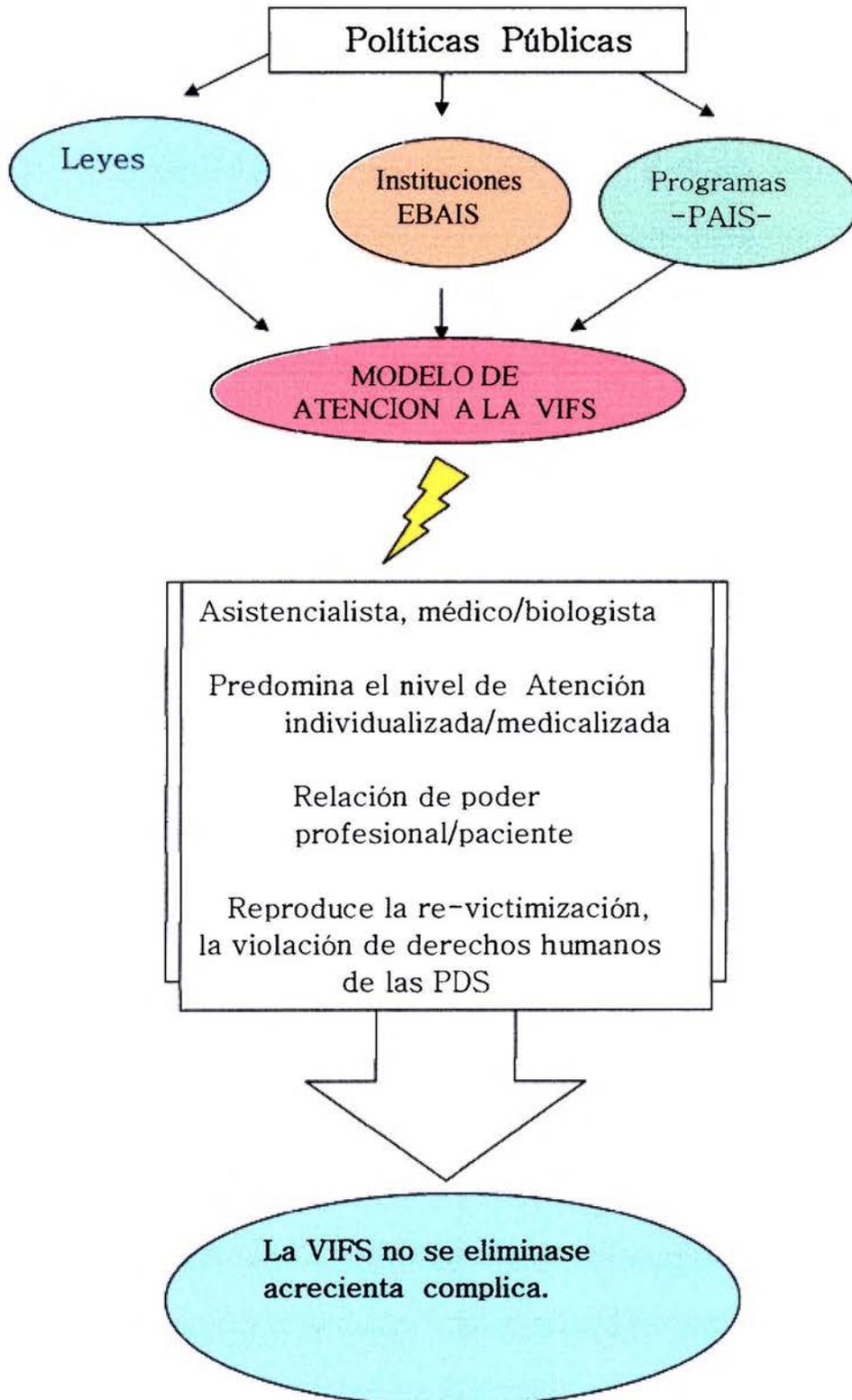
Radiografía de la VIFS

Reflexión y análisis crítico

5.1 Esquema explicativo

Tomando en cuenta el diagnóstico anterior y con el objeto de establecer el ¿por qué? del modelo de Atención a la VIFS que desarrollan los EBAIS/PAIS, una explicación de su creación e implementación, de esta manera y no de otra, es que decidí establecer un esquema muy amplio que unifique y visualice gráficamente, todos los aspectos sociopolíticos y culturales que rodean el proceso de creación de dicho modelo de atención. Y el resultado fue el siguiente esquema:





Analicemos uno por uno los aspectos involucrados en el esquema anterior:

- 1) primero se encuentra la ideología como forma de concebir e interpretar la vida, las relaciones interpersonales o sea la VISION DE MUNDO. Esta ideología como mencionábamos en el capítulo teórico metodológico, va estar en todos los ámbitos sean estos económicos, políticos, sociales, religiosos y demás.
- 2) la socialización es la “herramienta social” que utiliza la ideología para mantenerse y perpetuarse. Los patrones de crianza hacen que el nuevo y la nueva persona (bebé) se integre al grupo social en el cual nació, desarrollando todos los comportamientos, valores, personalidad y visión de mundo establecido, según su sexo biológico. Esta diferencia va a decirle a los hombres que ellos son los que mandan, mas fuertes, los que deciden y los que utilizan la violencia para castigar, poner orden sobre las demás personas dentro de una familia.
- 3) esta visión de mundo, va a estar influenciada por la cultura, las tradiciones propias de cada región, zona o país. Va a dirigir nuestros pensamientos, comportamientos y la manera cómo interpretemos toda nuestra vida (relaciones, educación, religión) y cómo vemos y enfrentamos los problemas. Aquí la VIFS como parte de un Modelo biologisa/médico, dictamina que es “una enfermedad social”, por tanto hay que diagnosticar a la persona y aplicar un tratamiento.
- 4) en el Estado, ubico a los poderes gubernamentales y a las personas que dirigen los destinos políticos de una nación. Aquellos que diseñan y ejecutan las políticas públicas. Incluyendo aquí las fuerzas externas internacionales (flechas dobles) de los convenios y acuerdos que el Estado ha ratificado y se ha comprometido a cumplir y las fuerzas nacionales internas, en donde el movimiento de mujeres, las ONG’s y

demás sociedad civil se ha organizado para denunciar, luchar por los problemas de las mujeres.

- 5) Las políticas públicas que recogen ambas presiones, lineamientos, investigaciones, metodologías y demás, que van a formar parte de su eje estructural en el diseño, implementación y evaluación de las mismas.
- 6) Estas políticas van a generar leyes, instituciones como en este caso la CCSS y los EBAIS y programas de atención a la VIFS como el que lleva a cabo el PAIS. Como bien lo menciona Ana Carcedo en su tesis : “ las políticas públicas, las leyes y programas no son fines en sí mismos, sino instrumentos para lograr erradicar las visiones y prácticas culturales que permiten o fomentan la violencia contra las mujeres y que se encuentran profundamente arraigadas en la sociedad” (Carcedo, 2002:45). Sin embargo, observamos lo contrario en las políticas públicas, en lugar de -erradicar- desarrollan nuevas “violencias”: institucionales, legales, programáticas, porque como lo mencioné anteriormente, esas visiones y prácticas culturales no son tratadas por tanto no se modifican, mas bien se acrecientan.
- 7) El Modelo de Atención a la VIFS resultante va a recoger todas las inconsistencias anteriores y en su funcionamiento las va a reproducir y retroalimentar todo el sistema. Por lo que a pesar de todas las luchas, avances, legislaciones, metodologías nuevas y demás, el problema de VIFS se incrementa, no se erradica y escapa al control en la mayoría de los casos.

Señalo entonces que este modelo de Atención mantiene la ideología, socialización y visión de mundo existente. Es de corte asistencial, de atención individual, con un tratamiento totalmente medicalizado, en donde se fomenta

la relación de poder –profesional/paciente–, la violencia institucional y la dependencia de la PDS a este modelo de atención y en general, a todas las acciones de gubernamentales.

Tiende a mezclar supuestos teórico/metodológicos que producen desfase e incongruencias a la hora de la implementación práctica de estas normativas y procedimientos. No hay preparación, sensibilización y concientización de los y las funcionarias de los EBAIS previa adecuada, ya que hablan de “capacitación y talleres” a nivel teórico, pero nadie los prepara realmente para tener una visión diferente de la VIFS que les permita afrontarla desde otro punto de vista, de ahí la incongruencia, sobre cargo de funciones, temor, incapacidad, mal manejo, revictimización y frustración.

Lo que recibe la PDS es una atención individualizada para un problema masivo, medicalizado, en donde es una paciente, dependiente y otros le dicen qué debe hacer, donde acudir y denunciar; sin embargo también todo el esquema vuelve a repetirse, por su socialización la PDS repiten la visión de mundo y entonces estas pautas que le indican los y las funcionarias de los EBAIS no los puede aceptar (denunciar, dejar al compañero) por miedos, amenazas, falta de información o en algunos casos, que cada día son mas frecuentes, lo denuncian y/o ponen medidas de protección y la situación mas bien se agrava y puede llegar al feticidio (como se reporta es el patrón de estos casos).

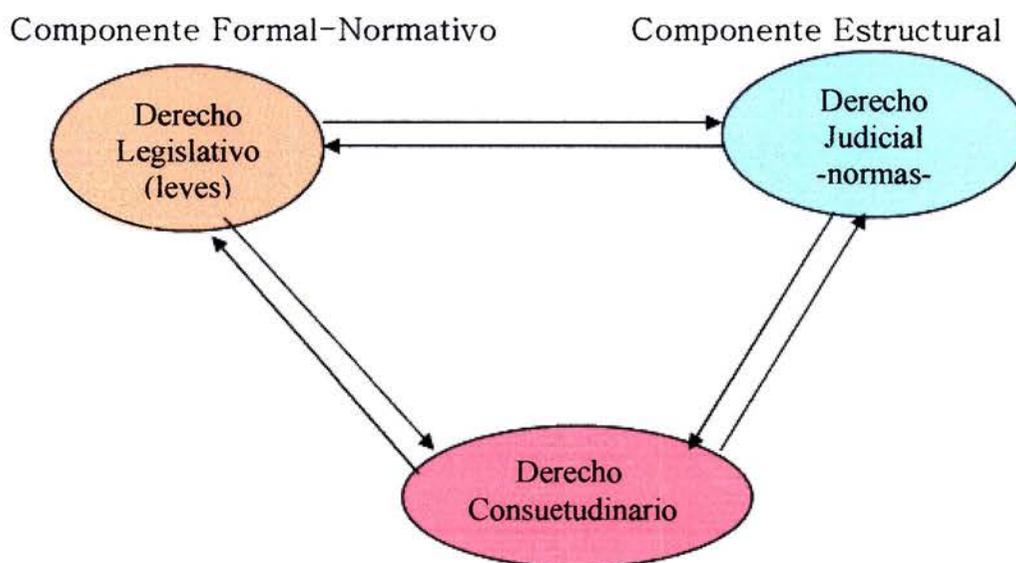
Sintetizo, que la visión de mundo, de interpretar y afrontar los problemas debe cambiar en su conjunto, desde los niveles gubernamentales, pasando por las leyes, programas, los y las funcionarias de los servicios de salud (en este caso, pero aplicable a áreas sociales y niveles de intervención) hasta la población misma. Si no hay una sensibilización e información sobre la VIFS a todo nivel y para todas las actoras(es), tratando de cambiar la sociali-

zación sexista, discriminante y violenta, el esquema volverá a repetirse una y otra vez.

5.2 Componentes Fundamentales del Derecho

Según el esquema analítico de Arroyo 2003, sobre los componentes fundamentales del Derecho explicita el análisis anterior en el esquema siguiente:

Componentes Fundamentales del Derecho



*Componente Formal/Normativo: contiene las leyes en este caso a la VIFS con que cuenta el sistema gubernamental y es nuestro derecho como ciudadanas(os) en el aspecto legislativo.

*Derecho Judicial o componente Estructural, comprende la interpretación, implementación y seguimiento de normas, en nuestro caso sería la

Normativa y protocolos de Atención de la CCSS, el Ministerio de Salud y del PAIS sobre VIFS.

*Componente político/cultural o Derecho Consuetudinario: nos introduce en la costumbres, creencias, actitudes y valores que propician o entorpecen la aplicación de leyes y normativas.

Los tres son aspectos interdependientes y se retroalimentan. Podemos ver como aplicado a nuestra realidad hay una Ley de Violencia Doméstica, pero esta no tiene un sistema de penalización adecuado y se suma a la implementación “particular” de quienes la traducen y ponen en práctica en la atención de la VIFS, en lo cual estaría muy vinculado el tercer elemento; las creencias y prejuicios de nuestra idiosincrasia, todo ese sistema de socialización que interpreta y dirige nuestra vida cotidiana, su forma de ver, juzgar y actuar ante ella.

Como apuntábamos al inicio , si no hay un cambio de sensibilización y de la forma de ver el mundo, los tres aspectos se desarrollarán en forma disfuncional si de de enfrentar correctamente, un problema como la VIFS. Será perpetuador y funcional para el sistema tradicional de socialización machista/ sexista, en donde los hombres dominan a las mujeres por su poder por su sexo y la violencia es un medio de control aceptado “per se”.

5.3 Evaluación de la calidad de los Servicios Públicos:

Además, tomando en cuenta el modelo de análisis de Luciano V.,1997, sobre una propuesta de evaluación de indicadores de la calidad de los servicios de salud, creo que se ajusta perfectamente a los nuestros y se basa en los cinco aspectos siguientes:

- A) Accesibilidad: si se cuenta con infraestructura, horarios que beneficien a la mayoría de la población, servicios interdisciplinarios, normas que abarquen diferentes niveles de intervención: prevención, atención y seguimiento, referencia y contrarreferencia, promoción del trabajo en Redes y el trabajo individual y grupal.
- B) Aceptabilidad: si se garantiza la privacidad, confidencialidad y seguridad personal. Promueve los derechos de las personas, de conocer sobre VIFS, recursos institucionales, comunales y personales, Programa de rehabilitación a agresores. Trabaja en normas de prevención, atención y seguimiento de confrontar los mitos y prejuicios con que la población ha sido socializada para ver y enfrentar la VIFS.
- C) Competencia técnica: evalúa el nivel de transferencia de conocimientos y tecnología para que las PDS enfrenten por sí mismas la VIFS, contribuyendo así al proceso de empoderamiento y la aplicación de la perspectiva de género en las relaciones de poder y violencia dentro de la dinámica familiar. Además de si hay una evaluación sistemática de las necesidades de la población y calidad de los servicios que brindan los EBAIS.
- D) Relaciones interpersonales: si existe normativa y evaluación de la atención integral, en donde predomine la empatía, el respeto, enfrentamiento de mitos y prejuicios hacia la VIFS. Evitando la revictimización, la no credibilidad y la seguridad personal y las relaciones libres de violencia.

Si se promueva las actividades de autocuidado en el personal y en la comunidad las personas se sienten apoyadas, protegidas, empoderadas y con capacidad de tomar sus propias decisiones y afrontar la VIFS.

E) Políticas públicas: tendientes a que las PDS conozcan, participen, se organicen para diseñar, implementar y supervisar que las leyes y normativas se apliquen adecuadamente y en caso contrario reciban su sanción respectiva. Si estimulan la organización y creación de grupos de apoyo, de autoayuda, programas multidisciplinarios y transdisciplinarios.

Podemos señalar que existen grandes deficiencias en estos cinco puntos para dar una evaluación de rendimiento excelente en la calidad de los servicios públicos. Porque si bien es cierto se cumplen con la mayoría de los requerimientos: infraestructura, horarios, servicios, niveles de atención, referencia y demás, el aspecto fundamental de empoderar a la PDS, de darle información, conocimiento y sensibilización, así como cambiar sus mitos, prejuicios y estereotipos resultantes de una socialización equivocada, para que tanto los que dan los servicios de salud como aquellos que la reciben, vean la VIFS y por ende la enfrente en forma diferente y autónoma, es algo que no se hace. Este vacío provoca un mal funcionamiento de todo el Modelo de Atención como señalábamos anteriormente, que va entabando su desarrollo y complicando su consecuente funcionamiento. Esto arroja problemas o señales disfuncionales como: sobrecarga de funciones y responsabilidades, falta de personal y horarios adecuados, énfasis en algún o algunos niveles de intervención, NO empoderamiento, dependencia ignorancia de derechos, de organización y denuncia. Provocando todo esto la violencia institucional, burocracia, impunidad, falta de leyes adecuadas y desilusión y miedo por parte de las PDS de la legislación existente en cuanto a la atención de la VIFS se refiere.

5.4 Normativas/metodología/práctica

Este desfase es evidente en todas las políticas de las instituciones públicas relacionadas con la atención de la VIFS; ya que encontramos programas, normas y protocolos que enfatizan en el empoderamiento, participación y organización social; en la conciencia y la visión como **persona sujeta de derechos**. Sin embargo, éstas sólo que quedan en el papel, se desglozan cada día mas funciones, programas y actividades, sin tener conciencia de ¿cómo implementarlos? en la práctica eficazmente.

También pone en evidencia que los programas, objetivos y actividades son establecidos desde “arriba”, en los ministerios, instituciones y programas, pero en ningún momento parten de las necesidades y expectativas de las comunidades. La mayoría se basan en censos, estudios e investigaciones, pero las comunidades no han participado directamente en su diseño como lo plantea la legislación, sin tomar en cuenta, como se analizó anteriormente, los factores socioculturales del personal y de las comunidades que ejecutan o reciben estos servicios. Además confirma y reproduce “lo asistencial”, el Estado, las instituciones y programas sociales/salud, dan la asistencia, la ayuda que como ciudadanas(os) tenemos derecho, pero lesiona otros como la organización, la participación, la concientización de que somos personas y que podemos exigir, denunciar y acceder a ellos.

Como se plantea en el Informe de Cumplimiento de la CEDAW, 2002, las entidades públicas, carecen de programas o modelos de Atención especializados y estandarizados en VIFS; de ahí que se deriva la improvisación, las diversas formas de reporte y tratamiento, descoordinación en las referencias y el seguimiento.

Lo anterior explica, el por qué se da mayor énfasis a la **atención y registro** que otros niveles de intervención. Todos los profesionales entrevistados,

tanto de los EBAIS como de las otras instituciones coincidieron en que debería haber más trabajo preventivo, en escuelas y colegios; trabajo con grupos; programas de concientización y organización comunal, que lleguen cada día a más y más personas; sin embargo, no pueden realizarlo porque la normativa indica que la ATENCION INDIVIDUAL es PRIORITARIA, su registro y reporte. Y entonces quedan atrapados en actividades burocráticas (reuniones, informes estadísticos, consultas) que los absorben e impiden otro tipo de funciones fuera del EBAIS y de mayor proyección comunitaria.

Además, hay que agregarle que las instituciones sociales planifican y giran las directrices de trabajo para todas los programas e instituciones sociales y de salud, pero el Estado cada año recorta más el presupuesto; entonces crean la situación que los profesionales referían: -mas funciones y responsabilidades, con una población creciente y con presupuesto decreciente-. El resultado es un sobrecargo de funciones y por consiguiente una inadecuada atención, que lleva a la reincidencia y al aumento, en lugar de erradicarlo. Como expresó una funcionaria: "el sector social está colapsado". Los programas sociales y de salud pretenden atender con el mismo personal a una población, que ya hace 20 años o más, era imposible de manejar y que como en el caso de la VIFS es un problema masivo, exige modelos y alternativas de acción grupales y que lleguen a un mayor número de personas a todos los niveles de intervención.

Todos estos lineamientos (normativas) no se aplican o lo hacen de manera esporádica; como por ejemplo charlas, talleres, actividades de promoción de actividades no violentas; sin un planeamiento consistente y permanente; es por esto que pasan a ser una actividad más que hay que reportar en los informes y estadísticas; incumpliendo totalmente el objetivo para lo que fueron planificadas.

5.5 Personal de los EBAIS

Partiendo de esta planteamiento metodológico en la práctica la relación entre funcionario/persona es bajo el término: **Profesional (que tiene el conocimiento y puede curar)–paciente (ignorante, dependiente y enferma).**

Así los diferentes profesionales son vistos como figuras de autoridad, existe una brecha tangible entre éstas(os) y las personas de las comunidades. Tras la concepción “de que es una persona estudiada y que tiene el conocimiento de qué es lo mejor para resolver el problema” se encuentra una relación de poder vertical, que debe mantenerse si se quiere que el sistema siga tal y como está.

La mayoría del personal, por lo menos en el cantón de Montes de Oca, está desde que nació el PAIS y están muy concientes de que no dan abasto con las atención de la población total, ya que ésta ha crecido considerablemente; por tanto es urgente la re-sectorización que ya esta en marcha; para cubrir adecuadamente las áreas asignadas. Sin embargo, la cifra de 4-5 mil habitantes por EBAIS, es todavía excesiva tomando en cuenta que cada año se reduce el presupuesto para dicha atención y la población crece en necesidades, demandas y problemas sociales.

El personal de los EBAIS, es joven y han tenido su inducción y selección, sin embargo siguen necesitando formación y sensibilización en cuando a VIFS se refiere; en especial los que ingresan cada año para algún puesto en específico. Por ejemplo los ATAPS, deberían recibir desde su inducción o programa de entrenamiento que imparte la UCR, una buena capacitación para el manejo de los casos de violencia, desde su detección hasta su seguimiento. Y esto también es aplicable a todos los demás funcionarios: médicos(as), enfermeras, etc, que laboran en los EBAIS; ya que es evidente

la disposición, sensibilización y esfuerzo individual de algunas funcionarias, como por ejemplo las Trabajadoras Sociales; las cuales se saturan de responsabilidades y actividades que deberían distribuirse equitativamente entre los equipos de trabajo de cada EBAIS.

Además una necesidad muy sentida en los funcionarios, principalmente los ATAPS; es que los que tienen mayor experiencia pudieran instruir o “guiar” a los nuevos ATAPS, así la capacitación no se volvería repetitiva sino mas vivencial, donde la metodología correcta sería el interaprendizaje; con sesiones de discusión de casos con todo el personal al interior de cada EBAIS (propuesta de los ATAPS).

Otra carencia es el “respaldo legal”; ya que ellos como funcionarios de salud están OBLIGADOS POR LEY a denunciar la violencia; principalmente en niñas(os), adultas mayores y discapacitadas. Esto les genera una gran responsabilidad y ser el blanco de amenazas por parte de los ofensores, las familia y las comunidades. Se sienten inseguros, ya que no existe una instancia o reglamento que los proteja; que por lo menos ellos puedan acudir por asesoría y apoyo.

Los servicios que ofrecen los EBAIS, deben ser promovidos e informados y especificar ¿en qué consisten? Lo que se brinda, información, orientación, de cómo y dónde acudir; qué puede esperar del sistema judicial e institucional al respecto. Esta orientación sería mas efectiva si el trabajo se proyectara más grupos de personas, ya sea en el nivel preventivo y/o de atención primaria.

5.6 Persona Demandante de Servicios (PDS)

La dependencia se fomenta día a día, las personas necesitan de medicación,

de tratamiento, de que la trabajadora social haga un informe o que el juez dé la orden. . . . de un bono, de ayuda económica, citación, pensión, en una palabra, de que otra persona le diga qué hacer y resuelva su problema.

Retomando lo señalado, la persona demandante de servicios, debe vérsela como tal y no como paciente, cliente, enferma.

Es **sujeta de derechos** y por lo tanto la orientación de las instituciones sociales debería orientarse a que adquieran autonomía, se empoderen de su situación y de sus decisiones; que resuelvan su problemática por sí solos; que no dependan de “la asistencia” del Estado y las instituciones sociales. Pero para ello lo esencial, primero es –informarse–, conocer cuáles son sus derechos como ciudadana y usuaria de los servicios de salud, ya que lo desconocen y en segundo lugar, que tenga la concientización de que puede organizarse para exigir tales servicios o buscar la solución a una situación o problema de manera autónoma

Esto se debe cambiar desde las escuelas y colegios; y en las comunidades con programas de sensibilización y concientización, para que éstas se organicen, trabajen por el bien común y defiendan sus derechos.

El desfase en Modelos de Atención que se mencionó anteriormente, hace que las PDS al referirlas a otras instituciones, sean revictimizadas, presenten frustración, enojo y deserten de seguir las demandas o los procesos iniciados.

Además tanto los funcionarios de salud como las PDS, tienen patrones de socialización erróneos que interfieren en la atención y en la orientación que unas brindan y otras reciben; cayendo entonces en el Ciclo de Reproducción de la Violencia a todo nivel: institucional, comunal y familiar.

El desaprender patrones, formas de crianza, estereotipos y concepciones sobre la violencia, la discriminación de género, la desigualdad social,

económica y sexual; es una tarea muy seria que compete a toda la sociedad desde lo gubernamental, como los y las profesionales y la población misma.

5.7 Análisis de Fortalezas y Debilidades

Las fortalezas que presenta el Modelo de Atención a la VIFS desarrollado por los EBAIS, son:

1. Existencia de políticas públicas, leyes, normativas y protocolos de atención a nivel gubernamental e institucional.
2. Poseen infraestructura y entidades ministerios, programas e institutos con reglamentos y normativas a lo interno; sus funciones y actividades particulares y complementarias.
3. Información, conocimiento y capacitación en dichas políticas y normativas, a nivel de institución.
4. Niveles de intervención, con sus objetivos, registros, recursos, referencias y evaluación de su cumplimiento y mejoramiento.
5. Énfasis en el trabajo interdisciplinario e interinstitucional, como respuesta a la Atención Integral en salud respecto a la VIFS.
6. Re-estructuración de la cobertura de los Núcleos y EBAIS. Compromisos de Gestión, responsabilidades y asignación de recursos humanos y financieros, para dar una mayor y mejor cobertura a las comunidades involucradas.
7. Existencia de Instancias interdisciplinarias como: REDES, Comités de Violencia para la niñez y adolescencia, la persona adulta mayor y las mujeres; así como también instituciones que coordinan y son parte de ellas, como el PANI, INAMU, Oficina de la Mujer, el Juzgado de Violencia y la Policía de proximidad, entre otros.
8. Énfasis en la proyección comunal: desarrollo de labores comuni-

- tarias de información, prevención, participación, de recreación o de promoción de actividades no violentas
9. Asesoría del CIEM y de la UCR, en los aportes valiosos en investigaciones, metodologías y prácticas, que benefician tanto a los funcionarios como al trabajo mismo en los EBAIS.
 10. Posibilidad de obtención de recursos internacionales tanto humanos (asesoría, pasantía y participación en proyectos y trabajos conjuntos), así como financieros (donaciones y asignaciones) en especial para la atención y tratamiento de la VIFS.

Debilidades:

1. Cambio político y de visión hacia la VIFS, cada 4 años del período de gobierno, en cuanto a las leyes, normativas y financiamiento de las mismas. Y además depende de los factores socioculturales y políticos mencionados, en las personas que diseñan y aplican las
2. Falta sensibilización del personal de EBAIS y en especial en las Jefaturas, con respecto a su visión de la VIF, que genera normativas y programas desfazadas tanto en su operacionalización como en la realidad misma.
3. No se parte de las necesidades de la comunidad, ni de los grupos vulnerables, ni las características particulares de éstas; para la elaboración de políticas, leyes y normativas en cuanto a la atención de la VIF y sexual. Las PDS no tienen voz ni voto.
4. No hay énfasis en la participación social (si se dan es en forma esporádica), para la prevención de la VIF, de recreación, de

organización de grupos voluntarios de Bien Social o de producción, de formación, de apoyo, etc.

5. Prever el crecimiento y demanda de servicios, ya que la que la re-estructuración es muy necesaria pero afecta la atención y la dinámica interna en los EBAIS; así como también re-iniciar procesos de capacitación, familiarización con las comunidades y sus necesidades, y además de mayor integración al interior de los equipos de trabajo en cada EBAIS.
6. Predomina el Modelo Asistencial/Médico de atención individual, medicalizada; que genera dependencia, falta de organización y participación social dentro de las comunidades. El profesional toma las decisiones de lo que es mejor para su salud y /o su problema social; no la persona misma, en el cuadro # del anexo, puede verse con mas detalle ese análisis.
7. Cambio de las políticas gubernamentales cada cuatro años, que la mayoría de las veces se traduce en la recorte de presupuesto para diversos proyectos sociales.
8. Cambio de sensibilización y visión de la VIFS en la concepción e interpretación de parte de los políticos encargados de la elaboración y aprobación de las leyes y normativas en cuanto al tratamiento y atención de esta problemática
9. Lo anterior repercute, en el No cumplimiento de los acuerdos y ratificaciones internacionales, que es evidente en el Informe Sombra de 2004 (instrumento de denuncia por parte de la sociedad civil) . Así como también largas y no aprobación de leyes (como la Ley de Penalización de la Violencia Doméstica), Art. 2 y otros programas y acciones tendientes a una atención acertada a la VIFS.

VI – CAPITULO

Cruzando la META

Punto de llegada, lecciones aprendidas

6. Lecciones Aprendidas

A través de esta sistematización pude comprobar en la realidad, cómo la ideología de la mano con la socialización mantienen un orden social establecido y se plasma en las políticas públicas para enfrentar, en este caso la VIFS. Cómo una forma de ver el mundo, de pensar, actuar y sentir, se plasma en leyes, programas y todas las acciones gubernamentales para combatir tal o cual problema o situación.

Pude comprobar cómo el Modelo de Atención en los EBAIS/PAIS se da cotidianamente, a través de la observación y participación, de la opinión y sugerencias de su personal y de las personas de la comunidad. Ver sus fortalezas y debilidades, cómo y por qué de sus incongruencias, fortalezas y debilidades.

Por tanto en conclusión, el cambio tiene que darse a todo nivel:

6.1 Nivel político y legislativo: es necesario una revisión y toma de conciencia de las dirigencias políticas, de una visión de mundo diferente, que sea congruente con la organización, toma de conciencia y participación de la población, como está escrito en las leyes y normativas. Sin este cambio todo sigue como hasta ahora, por eso vemos leyes, reformas y normativas con objetivos y planes “perfectos”, pero las personas que los aprueban no tienen la conciencia, ni le ven el valor real de lo que están firmando o por el contrario todo se entraba y se llevan años discutiendo y poniendo objeciones a algunas, como por ejemplo la Ley de Penalización de la Mujer.

Por eso las políticas públicas sufren desfases entre lo planteado y lo que realmente se hace. Y por supuesto que esto repercute en el financiamiento de los programas sociales y de salud, cómo es posible que para salvar la estabilidad económica o fiscal, se deban sacrificar lo social, la educación y la salud. Esta forma de pensar denota falta de capacidad en la visión de las personas como seres integrales, que sus diferentes aspectos (sexual, psicológicos) son separadas para un mejor estudio pero forman un todo y son interdependientes. La sociedad es un inmenso organismo y si una parte no está bien todo el resto sufre. De nuevo volvemos a la visión cerrada, egoísta, de intereses personales o de un grupo minoritario, las cosas deben darse de esta manera, si nó todo el sistema establecido ese descontrola, Analizándolo bien a fondo, las autoridades gubernamentales “abusan del poder, violentan los derechos de la población”; al recortar todos los años el presupuesto, impiden que se cumplan las leyes y programas que ellos mismos han decretado o aprobado.

6.2 Nivel del personal de los EBAIS/PAIS

A este nivel, también es urgente un cambio en la forma de ver el mundo, por eso piden mayor capacitación, pero no sólo en cómo atender adecuadamente los casos de VIFS, sino en sensibilizar y concienciar adecuadamente la forma como ellos conciben, juzgan y tratan dichos problemas. Tienen todas esas leyes y normativas y no las aplican consecuentemente. Su formación y socialización interfiere y la consecuencia, ya analizada anteriormente son la saturación de responsabilidades y actividades; que conlleva a la rutina cargada de actividades administrativas, burocráticas y frustración por el desgaste físico, emocional (presión de jefaturas para su cumplimiento) y profesional, porque quisieran estar haciendo otras actividades y no las que

les imponen. Tengo que admitir que existen profesionales que por su nivel de sensibilización y de visión diferente utilizan los recursos de la comunidad y de otros y otras compañeras para iniciar actividades diferentes, de organización, de formación, de empoderamiento en las comunidades. Pero éstas personas son la minoría y por tanto, es notorio que donde se encuentran hay mejores relaciones interpersonales, nuevos proyectos y lo que es muy satisfactorio “mejores logros y avances”, pero todo se debe a la iniciativa y compromiso personal, no a un plan general integrado. Esto a nivel de personal de instituciones o programas, pero también en las comunidades encontramos personas, grupos y organizaciones que trabajan con esta visión. Lo importante es que

6.3 Nivel de las PDS y comunidades

Para las personas que viven en las comunidades estudiadas, el cambio debe iniciarse con:

- información y formación referente a la VIF, a sus derechos como ciudadana y a la atención integral que es merecedora. Informarlas sobre sus derechos, los servicios sociales y económicos, legales. Pero muy importante, el que ella es sujeta de derecho y por tanto es la única que puede tomar sus decisiones ante situaciones y problemas que se le presenten.
- la ignorancia y falta de formación en organización en barrios y comunidades; impiden que las PDS se agrupen, tomen conciencia de su situación y se movilicen para demandar sus derechos y la atención adecuada que les corresponde.

- la información y formación debe ser constante dentro de los programas promoción y prevención de la VIF; ya que si es esporádica
- además lo anterior debe acompañarse con talleres de sensibilización; sobre VIFS, porque de lo contrario toda esa información y capacitación no será aplicada o se hará en forma equivocada, ya que interferirá la socialización recibida (roles estereotipados, mitos, prejuicios) y las exigencias sociales que las rodean.
- evitar que sean tratadas como “pacientes”, y por tanto hay que medicalizarlas. No decirles qué hacer, sino ser guías, facilitadoras para que ellas logren analizar y tomar conciencia de su situación y enfrenten por sí solas su problema.
- terminar con esta dependencia y asistencialismo, ya que promueve “el individualismo”, la falta de unión y de solidaridad con otras personas que están o sufrieron VIF. Devolverles el empoderamiento, la autonomía y la organización en la convivencia de los barrios y comunidades.

VII – CAPITULO

Propuestas de Intervención

- * Promoción Actividades No Violentas,
- * Autocuidado del personal de los EBAIS
- * Desplegables con información y prevención
de la VIFS

7. Propuesta de Plan de Intervención

Siendo consecuente con:

Los resultados de la sistematización en cuanto a la no correspondencia entre teoría/metodología/práctica, el énfasis en la atención y no en la prevención y entre las necesidad expresa y comprobada por los funcionarios y PDS en cuanto a material impreso que informe y oriente es que planteo los siguientes lineamientos para tres actividades específicas a nivel preventivo:

- 1) Promoción de actividades No violentas en las comunidades, según grupo etáreo.
- 2) Actividades de autocuidado para funcionarias(os) de los EBAIS:
- 3) Material impreso –desplegables– que informe y apoye la labor de atención a la VIFS.

7.1 Promoción de Actividades NO Violentas en las comunidades

Estas contienen actividades de integración y esparcimiento pero además yo le agrego charlas informativas y formativas de diversos aspectos dependiendo el grupo etáreo.

Por lo tanto se estaría logrando dos objetivos a la vez:

- Fomentar las actividades No violentas en la comunidad, lo cual traería mayor integración y participación en los barrios y comunidades. Estimulando la solidaridad, la organización y comunicación entre las diversas generaciones poblacionales.

-Y a la vez informar y formar sobre diversos temas o problemas, como la VIF, que generen cambios en su concepción sobre los mismos y permita un accionar diferente para prevenirlos y/o enfrentarlos.

de la persona misma y su contexto; estimulando así la autonomía e independencia y el empoderamiento como Persona Sujeta de Derechos.

Las propuestas siguientes estarán sujetas a:

1-Cambio de visión de lo que es la VIFS y cómo combatirla, para que las metodologías sean concordantes con las normativas.

2-Reestructuración por parte de los funcionarios de los EBAIS de sus programas de prevención y extensión sean contabilizadas como prioritarias en los compromisos de gestión.

3-Y fundamentalmente partir de las necesidades y demandas de las diferentes comunidades. Pueden levantar la información con pequeños cuestionarios, en las visitas domiciliarias, en las consultas y en las diferentes actividades que se lleven a cabo. Determinar qué actividades los motivarían para asistir, para participar y organizarse.

7.1.1 Programa a los y las jóvenes de la comunidad

Objetivo: promover actividades NO violentas y combinarlas con información y formación en VIF; cómo prevenirla y cómo combatirla.

Actividades: cito algunos ejemplos, pero lo importante es la consulta a las y los jóvenes.:

-Campeonato de papifútbol entre barrios y entre distritos; con equipos de hombres y mujeres. Puede ser de básquetbol, volibol, carrera de bicicleta.

-Concurso de coreografías

-Concurso de Karaoke

Lo importante aquí es encuestar a los jóvenes qué actividades los motivarían a participar. Consultar a grupos ya organizados como las pastorales, scouts, y demás presentes en las comunidades.

Programación: iniciar con una motivación e introduciendo un pequeño tema, por ejemplo: violencia de pandillas, drogas, discriminación de género, etc

Discusión sobre el tema brevemente y al final del día repartir folletos de información.

Como lo importante es darle continuidad a estas actividades y tomando en cuenta la creciente población y los pocos funcionarios a cargo de este nivel de intervención; lo lógico sería encargar a los grupos organizados de jóvenes para que ellos y ellas sean los organizadores y responsables de este programa o de otros que se propongan, así como la formación de otro tipo de grupos de recreación, formación, ayuda social, artísticos y demás.

7.1.2 Programa para las Personas Adultas Mayores

Tendría un programa similar, primero detectar el número de personas mayores existen la comunidad y tratar de motivarlas a participar en estas actividades y estimular los grupos ya organizados.

Partir de sus intereses, por ejemplo proponer sesiones de aeróbicos, de baile, bingos, paseos, beneficencia y demás. Combinarlo con charlas y talleres con metodología participativa para que la persona mayor se involucre y vivencie los diferentes temas, tales como: nutrición, cuidados especiales, derechos de Persona Adulta Mayor, cómo prevenir, detectar y

denunciar la VIFS, entre otros, que ellas sean las que propongan y organicen.

Reforzar con folletos o material impreso.

7.2 Actividades de AUTOCUIDADO entre funcionarios del EBAIS

Primeramente, establecer qué quisiera o desearía el personal que se realizara en cada EBAIS como actividades o programas de autocuidado.

Puede ser por buzón de sugerencias, en reuniones de Núcleo o votación, cualquiera que sea la escogencia que fuera aprobada por la mayoría, también el sistema y el tiempo (cada dos o tres meses por ejemplo).

1) Darle un nombre: por ejemplo Día del Compañerismo

Establecer objetivos claros y de consenso: lograr que los funcionarios establezcan relaciones mas sanas y cordiales tanto en el desempeño profesional como a nivel personal.

Cada EBAIS tendrá su cargo una actividad: que puede ser: festival, encuentro deportivo o concurso de canto, Karaoke, obra de teatro, concurso de comidas, manualidades, etc.

En el intermedio; aprovechar para una pequeña reflexión sobre temas sugeridos: acoso o violencia, mejorar relaciones entre jefaturas y compañeros. Utilizar metodologías dinámicas y vivenciales que promuevan la participación y el aporte consructivo de parte de los y las funcionarias de los EBAIS.

Al finalizar un cierre que reúna todo lo dicho y proponga tareas a realizar en el EBAIS o el núcleo. Pueden añadir alguna actividad social periódica o esporádicamente (solicitado por los mismos funcionarios)

A nivel del Área se puede planear una gran actividad dos veces al año, en junio y en diciembre. Cuando se logre una mayor integración al interior, pueden las tres áreas empezar a planearlo en conjunto.

Si hay algún problema de relación o comunicación entre el EBAIS, el Núcleo o las jefaturas, debe tratarse inmediatamente, ya que un problema a nivel profesional o personal afecta el desempeño y clima laboral del equipo. Por tanto sería prioritario fijar un profesional o instancia que se encargara de este tipo de problemas de relación entre los funcionarios o a donde acudir en caso de acoso, violencia, etc , dentro del personal.

7.3 Material impreso DESPLEGABLES

Estos desplegables tienen dos poblaciones meta:

a-para mujeres

b-para las adolescentes

1) Uno dirigido al público en general//mujeres, con información sobre la atención de VIF y sexual que brindan los EBAIS. Qué es VIF, tipos de violencia, dónde acudir?

2) El otro es para las adolescentes: contienen información sobre sus derechos, la ley que las protege, sobre qué VIFS, tipos y dónde acudir?

Las dos ejemplares de desplegables se encuentran al final de este capítulo y son una muestra del contenido que podrían tener este material. Primero dibujos o fotografías que llamen la atención y despierten el interés, los colores y la información veraz y en una forma sencilla.

Ambos fueron aplicados a una pequeña muestra de las poblaciones meta: 10 mujeres 2 por cada Núcleo y las adolescentes (2 por cada centro educativo) pertenecientes a dos Escuelas públicas: Betania y Roosevelt Colegios públicos: Anastasio Alfaro y Vargas Calvo, total 8 alumnas.

A continuación cito las sugerencias por ellas apuntadas:

- mas dibujos, fotos y colores llamativos
- mas información y folletos en los colegios
- la mayoría les pareció muy necesaria (querían llevarse el folleto a sus casas)
- mas charlas e información en los EBAIS sobre VIFS

Personal de los EBAIS de Montes de Oca

Se repartieron los dos ejemplares a cada uno de los núcleos para que fueran analizados y presentaran sus sugerencias. Sólo dos funcionarias en Trabajo Social dieron las siguientes sugerencias:

- fotos reales y que llamen la atención
- que los datos que se presenten sean recientes y veraces.
- incluir las consecuencias de la VIFS

Propuesta Interinstitucional a nivel de REDES

Quiero plantear una inquietud que me surgió durante la realización de este trabajo. Y es el hecho de que cada institución INA; INAMU, PANI, etc tienen una serie de folletos y/o deslegables brindando información sobre la VIF, derechos de la niñez y adolescencia, prevención sobre el abuso sexual, etc. Todos con información muy valiosa y necesaria en el Area de Prevención; pero que la mayoría de la gente no conoce, porque su producción fue muy limitada cuando se dio por falta de financiamiento.

Mi propuesta sería que a nivel de REDES; se planteara la posibilidad de crear un comité o equipo encargado de la reproducción de ese material. Esto sería muy coherente con el trabajo que las diferentes instituciones pretende hacer en los EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS E INTERINSTITUCIONALES. Estarían cumpliendo con un objetivo primordial la prevención de la VIFS, reforzada con material impreso informativo y formativo; y por tanto aprovechar este material impreso y unir recursos financieros (que son limitados) para pasar a formar parte de las labores en conjunto que la REDES.

LOS **EBAIS**
sobre *Violencia Intrafamiliar*
ofrecen servicios de:

- * *Promoción y prevención*
 - * *Orientación y*
 - * *Referencia y coordinación con*
- otras instituciones en casos o situaciones de riesgo sobre Violencia intrafamiliar y sexual.*

Acércate, infórmate para que puedas

- => vencer el MIEDO
 - => romper el SILENCIO
 - => buscar AYUDA y
 - => DENUNCIAR la
- !! VIOLENCIA !!**

*La PAZ y la TRANQUILIDAD
es un DERECHO
de todas las MUJERES*

Pide información a:

Coordinación de M. de Oca t: 225-54-05

EBAIS: San Pedro, Vargas Araya, Lourdes,
Mercedes y San Rafael.

Coordinación de Curridabat T: 280-80-17

EBAIS: Tirrases, José M^a Zaledón, Cipreses, Guayabos
Granadilla, Hacienda Vieja y Curridabat centro

Coordinación de La Unión T: 278-01-80

EBAIS: Concepción, San Diego, San Juan
(Florencio del Castillo), Villas de Ayarco

También puede acudir a:

INAMU, PANI, POLICIA, Ofic. Municipales de la
Mujer y los Juzgados de Violencia Doméstica.

Editora: Roxana Rojas Campos
Revisión Técnica: Maestría Profesional
en Violencia Intrafamiliar y de Género
VCR/VNA - Centro de Investigación en
Estudios de la Mujer-CIEM
Financiamiento: Universidad Western
Ontario, Canadá. 2004

Hogar dulce Hogar
Hogar violento Hogar

*Si no traer comida,
Yo darte
garrote. garrote.
garrote !!!!*



Sabías que... el Instituto Nacional de la
Mujer, INAMU, en el 2003 reportó 29 mujeres
muertas por VIF y lo que llevamos del 2004
ya van sumando 17 mujeres que pierden la
vida a manos de sus esposos, compañeros
sentimentales y/o familiares.

La Violencia contra las mujeres puede ser extrafamiliar: en el trabajo, en centros educativos, etc. Este se refiere a HOSTIGAMIENTO y/o ABUSO SEXUAL. Los ofensores son jefes, profesores, compañeros de trabajo HOMBRES (la mayoría); que utilizan su Puesto o Prestigio para someter y controlar a sus víctimas . . (en su mayoría mujeres).

Y la Violencia Intrafamiliar; que convierte nuestros hogares: "en el sitio mas peligroso"; NO HAY seguridad, amor, protección

Mas bien todo lo contrario: solo hay insultos, golpes, humillaciones, miedo abuso sexual y desgraciadamente

LA MUERTE

La Violencia Intrafamiliar CRECE DÍA A DÍA y sus

Víctimas son: (mayoría)

Mujeres, niñas y adolescentes

Ofensores: familiares hombres (padres, hermanos, tíos) y la mayoría son esposos, novios o compañeros sentimentales.

Esta violencia puede ser:

Física: golpes, heridas, quebraduras.

Psicológica: humillaciones, insultos, amenazas, aislamiento de su familia

Sexual: coherción para realizar actos sexualizados, incesto, violación.

Patrimonial: sustracción de bienes propiedades, cuentas, pensiones Maltrato a través del control del dinero.

Si la LEY contra la Violencia Doméstica dice: que todas las Mujeres tienen Derecho a vivir en un ambiente LIBRE DE VIOLENCIA

**POR QUÉ LAS MUJERES
NO LA DENUNCIAN ???**

Porque existe:

IGNORANCIA, creer que los golpes y castigos son la manera NATURAL de educar y corregir. Y es un derecho de los hombres sobre las mujeres.

MIEDO a las amenazas, al "qué dirán", a la presión social y familiar; a quedarse sin sostén económico, a venganzas y hasta la muerte.

DESINFORMACION: no saben a donde o a quién acudir para pedir consejo, ayuda y orientación

Trato inadecuado: en las Instituciones donde acude. Encuentra lentitud, burocracia. No la toman en serio o la culpabilizan, la victimizan

AHORA

Los EBAIS ofrecen los servicios de

* PROMOCION

de actividades no violentas y de

* ORIENTACION

en casos de violencia intrafamiliar y

* REFERENCIA en coordinación

con otras instituciones como:

PANI; INAMU, Policía de Proximidad,

Juzgados de Violencia Doméstica

Por lo tanto.!!!!!!

ACERCATE

PARTICIPA

INFORMATE

Tienes DERECHO A VIVIR EN
P A Z

Para pedir más información, orientación y apoyo sobre la Violencia Intrafamiliar, puedes acudir a:

Coordinación de M. de Oca : 225-54-05

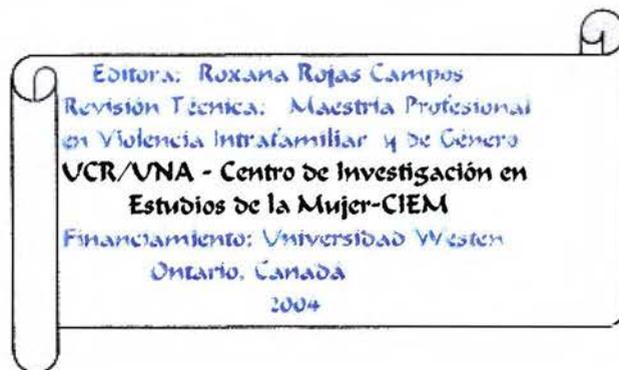
EBAIS: San Pedro, Vargas Araya, Lourdes, Mercedes y San Rafael.

Coordinación de Curridabat : 280-80-17

EBAIS: Tirrases, José M^a Zeledón, Cipreses Guayabos, Granadilla, Hacienda Vieja y Curridabat centro.

Coordinación de La Unión : 278-01-80

EBAIS: Concepción, San Diego, San Juan (Florencio del Castillo), Villas de Ayarco



SI SOS UNA

**Adolescente
INTELIGENTE**

lee Esto



La VIOLENCIA está en

- * las calles
- * los colegios
- * los barrios y
- * en los medios de comunicación (t.v, películas, periódicos, revistas, etc)

PERO la

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Convierte "nuestro hogar" en el lugar mas PELIGROSO !!!! porque ya no hay amor, seguridad, tranquilidad, sino todo lo contrario: golpes insultos, miedo, abuso sexual y cada vez mas frecuente: LA MUERTE

En la encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, comprobó que el 48% de las mujeres entrevistadas habían sufrido algún tipo de abuso antes de los 15 años y que el 21% declaró haber tenido actividad SEXUAL FORZADA en la niñez.

El gobierno y sus instituciones sociales promueven las leyes tales como:

Ley contra la Violencia Doméstica

Código de la Niñez y la Adolescencia

para proteger a TODA la niñez y adolescencia costarricense y velar por sus

DERECHOS a:

- * Educación
- * Salud
- * Trabajo
- * Recreación
- * Respeto a la cultura y religión
- * Información y formación en derechos humanos, en la sexualidad y a vivir sanamente un

ambiente libre de
VIOLENCIA

Recuerda que la violencia puede ser: física (golpes), psicológica (insultos, amenazas), sexual (actos sexuales contra tu voluntad) y por negligencia (mala atención y abandono), esto en niños(as) pequeñas, en personas adultas mayores y/o discapacitadas.

y QUÉ SE PUEDE HACER??

Está en tus manos denunciar, ponerle un ALTO, una alternativa es



Bibliografía

Abarca, Flor, Guzmán, Laura. 1998. Programa Mujeres Adolescentes. 1998. Encuentro Regional. Adolescencia y Género: Nuevos Enfoques y Metodologías. Unión Europea/Unidad de Gestión Nacional –Costa Rica–. Taller de Devolución de los Resultados de las sistematizaciones sobre Experiencias Metodológicas. Informe Final de Consultoría.

Arroyo, Roxana, 2003. Apuntes de clase del Curso: Derechos Humanos, Marco Jurídico y Mecanismos Internacionales, Maestría en VIF y de Género.

Carcedo Cabañas, Ana. 1987. Grupos de Autoayuda de “Mujer no estás Sola”, en el Libro: Mujeres en América Latina Transformando la Vida, 2001, Universidad de Costa Rica y Universidad Nacional. Compiladoras Sara Poggio, Monserrat Sagot , Beatriz Schmukler.

Claramunt, M^a Cecilia, 1998. Casitas Quebradas. El Problema de la Violencia Doméstica en Costa Rica, Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica. II reimpresión.

Estado de la Nación: En Desarrollo Humano Sostenible N’ 8, 2001, Proyecto Estado de La Nación, Costa Rica.

García, Ana Isabel y otros. 2002. Sistemas Públicos contra la Violencia Doméstica en América Latina. Un estudio regional comparado. Equipo: Enrique Gomáriz, Ana Lorena Hidalgo, Teresita Ramellini y Manuel Barahona.

Guzmán Stein, Laura y otros. Equipo Técnico. 2002. Evaluación del Impacto Social Componente Fortalecimiento para la Vida/Centro de Investigación en Estudios de la Mujer CIM-UCR.

Guzmán Stein, Laura y otros. Equipo Técnico. 2002. Sistematización de las Estrategias Pedagógicas implementadas por las Organizaciones No Gubernamentales- Centro de Investigación en Estudios de la Mujer/CIEM. Componente Fortalecimiento para la Vida Programa Construyendo Oportunidades.

Jara, Oscar, 1994. Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. Centro de Estudios y Publicaciones, ALFORJA., San José, Costa Rica.

Lagarde, Marcela, 1990. Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia.

Luciano, Dinny's, 1997. Indicadores de Calidad de Atención en los Servicios de Salud para los casos de Violencia Sexual y Doméstica. Centro de Apoyo Aquelarre. Santo Domingo, República Dominicana.

Molina, M^a Lorena, Romero M^a Cristina, 2001. Modelos de Intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en Trabajo Social. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Molina, Kattia; Muñoz, Hazel. 1997. Sistematización de la Práctica Profesional dirigida al Tratamiento del Abuso Sexual Infantil desde la perspectiva ecológica social en la Representación Legal del PANI en Carta-

Cartago.Trabajo Final para optar por la Licenciatura en Trabajo Social UCR.
Morgan, M^a de la Luz, Quiroz, Teresa, 1986. Acerca de la Sistematización;
artículo dentro de La Sistematización como práctica: -Cinco experiencias
con sectores populares, CELATS, Centro Latinoamericano de Trabajo
Social, Lima, Perú.

PROLID, Programa de Apoyo a la Representación y el Liderazgo de la Mujer
del Banco Interamericana de Desarrollo.2002.Sistematización; reconstruc-
ción de Liderazgos femeninos: experiencias desde lo Cotidiano, Personal y
Colectivo.

PROLID, BID, ALFORJA, CIEM -Centro Investigación de Mujer- y el
Colectivo Feminista Pancha Carrasco.

Soto, Maribel, 1984. Sistematización de la Experiencia de Atención
Psicológica en la Asociación Costarricense de Orientación Integral: un
Modelo de Intervención Psicoterapéutico para personas con Problemas
Sociolegales. Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología.

Rodríguez Arias, Laura. 1996. Modelo de Atención Primaria dirigido a la
Violencia de Pareja. Proyecto de Graduación para optar por la Licenciatura
en Trabajo Social. UCR.

Documentos del PAIS, en la Coordinación de Montes de Oca

ASIS, 2001-2003 del Area de Montes de Oca, que contiene un Diagnóstico
del Area de Salud y su programación interdisciplinaria a desarrollar en
todos los niveles de intervención tanto de la Dimensión Médica como la
Social.

Ministerio de Salud/CCSS, 2000. Normas de Atención en Salud a las Personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar, Costa Rica. Folleto

Ministerio de Salud/CCSS, 2002. Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar, Costa Rica. Folleto.

Propuesta de Atención a la Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca 2001-2003. Lic. Ana Margarita Jiménez T.S. y otros.

Informe del 2204, Ramírez Ivette. Análisis de la Situación de Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca.

Sandoval, Diana, 2203. Tesis Situación de Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca y Curridabat; según el reporte de casos de las Instituciones encargadas de atender esos casos; Juzgado de Violencia, Delegación de la Mujer, PANI y Oficina Municipal de la Mujer.

Propuesta de Atención a la Violencia Intrafamiliar en Montes de Oca 2001-2003. Lic. Ana Margarita Jiménez T.S. y otros.

Folleto N° 1 Setiembre 2003. Municipalidad de Montes de Oca. Somos parte de la Comunidad, de un Cantón de una Provincia y de un País. Historia del Cantón.

ANEXOS

Lista

- Anexo #1: Cronograma
- Anexo #2: Instrumentos utilizados en la sistematización
- Anexo #3: Fotocopia gráfico de actoras(es) OPS 2001.
- Anexo #4: Resumen de contenido de folletos de normas y protocolos del Ministerio de Salud/CCSS para la atención de VIFS.
- Anexo #5: Instrumentos y registros de los EBAIS
- Anexo #6: Resumen historia del Cantón de Montes de Oca
- Anexo #7: Cuadros estadísticos del ASIS 2001
- Anexo #8: Respuesta a cuestionarios y entrevistas aplicadas al personal del Área de Montes de Oca.
- Anexo #9: Comparación entre las normativas, niveles de intervención y opinión de las actoras (es). Cuadros resumen
- Anexo #10: Cuadro resumen de fortalezas y debilidades del Modelo de Atención en los EBAIS/PAIS

CRONOGRAMA DEL TRABAJO TEORICO/PRACTICO -MAESTRIA PROFESIONAL-

**Sistematización de la Atención a la VIF en los EBAIS
del Programa PAIS, convenio UCR/CCSS**

MESES 2004

ACTIVIDADES	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AG.	SET	OCT	NOV	DIC
Inserción en la Comunidad											
Recopilación bibliográfica											
Presentación de Proyecto al PAIS											
Aprobación y visto bueno											
Visita a los EBAIS, presentación al personal y explicación del Proyecto a realizar por la Maestría.											
Recolección de Información											
Elaboración de instrumentos para la recolección de la información											
Aplicarlos a personal EBAIS/comunidad. Entrevistas, grupo focal, reuniones, informes de avance											
Diagnóstico del Modelo de Atención de la VIF y sexual en los EBAIS del Area de Salud de Montes de Oca. Presentación escrita y la propuesta de intervención.											
Sistematización de la Atención a la VIF y sexual en EBAIS/PAIS											
Proyecto, desarrollo y presentación Borrador, correcciones y para aprobación del Tribunal.											
Presentación del Trabajo Final de Graduación.											
Devolución y entrega de documento y Propuesta (folletos) al PAIS.											

1

Anexo # 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SALUD -EBAIS-

Objetivo: determinar mediante la observación en los diferentes Núcleos del Area de Salud de Montes de Oca; su infraestructura, servicios, registros, referencias y seguimiento a los casos de VIF y sexual.

Información general

Ubicación del EBAIS: _____

Horario de los servicios del EBAIS: _____

Tipo de servicios que ofrece el EBAIS:

Atención a la VIF y sexual _____

Servicios médicos _____

Servicios psicológicos _____

Servicios legales _____

Otros: Enfermería _____ Nutrición _____

Profesional que atiende los casos VIF _____

y que refiere a otras instituciones _____

Recursos y protocolos

- Poseen un protocolo (normas y procedimientos escritos) para la promoción _____
prevención _____ detección _____ atención _____ referencia _____ y segui-
miento _____. Poseen protocolo para evaluar situación de riesgo _____
para niños(as) _____ adolescentes _____ adultos mayores _____ mujeres _____
personas discapacitadas _____.

- Cuentan con personal suficiente para dar los servicios de Atención Integral en Salud:

Sí _____ No _____ Faltan: (médicos, enfermeras, ATAPS, abogados, psicó-
logos, _____

Otros, cuáles _____

Referencia y comités interinstitucionales (Redes, comités de violencia, etc)

- Poseen un directorio o lista de instituciones, programas, ONG, donde puedan consultar y/o referir. Sí _____ No _____
- Con cuales instituciones coordinan mas frecuentemente: PANI _____ Oficina de la Mujer/Municipal _____ Delegación de la Mujer –INAMU- _____ Juzgado de Violencia Doméstica _____ Policía de Proximidad _____ Otros _____
Cuáles? _____
- Existe un seguimiento a los casos en: EBAIS _____ Comités de Violencia _____
REDES _____ Comité Interisntitucional de Atención VIF _____

Infraestructura

- Local adecuado para trabajar : _____
- Oficina para cada profesional: _____
- Facilita: Privacidad _____ Confianza hacia el profesional _____
Libertad de acción _____
- Poseen materiales de información, orientación: _____
- Directorio de recursos interinstitucionales para la comunidad atendida (teléfonos, y direcciones: Sí _____ no _____

2

*Maestría Profesional
en Violencia Intrafamiliar y de Género
UCR-UNA*

Motivación: les solicitamos su colaboración en este estudio de Maestría y quisiéramos contestara las siguientes preguntas, de la forma mas sincera y ordenada en la manera de lo posible. Muchas Gracias, su colaboración será en beneficio de su trabajo y de los EBAIS del Programa PAIS.

Núcleo y EBAIS: _____

Profesión _____

Años de laborar: _____ *EBAIS* _____

Describa brevemente la función que Ud. desempeña en el EBAIS: _____

Describa brevemente la función que Ud. desempeña en casos de Violencia Intrafamiliar y sexual: _____

Opinión personal sobre los procesos de prevención, capacitación, atención y seguimiento que se dan en el EBAIS:

De por favor, su opinión sobre la coordinación interna (EBAIS del Núcleo) y la externa (PANI-Juzgado de Violencia Doméstica, INAMU/Delegación de la Mujer, Oficinas Municipales de la Mujer y/o otros).

Alguna otra sugerencia (todas son muy valiosas e indispensables para nuestro estudio). Gracias.

Motivación: este es un estudio de Maestría en Violencia Intrafamiliar y quisiéramos que nos ayudara contestando las siguientes preguntas, de la forma mas sincera y ordenada en la manera de lo posible. Muchas Gracias.

Lugar donde vive: _____

Ocupación _____

Años de vivir en esta zona _____

1-Tenia conocimiento de que el EBAIS atendía problemas de Violencia Intrafamiliar? Marque con equis su elección. Sí_____ No _____

2-Conoce algún caso de Violencia cerca de su barrio? Si_____ No_____

3-Si contestó SI, donde fue tratado (INAMU, Juzgado, etc)

4-Conoce si algún caso se ha tratado en el EBAIS; SI_____ NO_____

Si contestó que SI; qué pasó? Se resolvió, está siendo

5-Opinión personal sobre la atención del EBAIS, en los casos de Violencia

6-Cree que hace falta sobre Violencia Doméstica, de parte de los EBAIS

Información y prevención; charlas____ talleres____, folletos_____

Atención inmediata: orientación_____ o especializada (psicólogos, etc)

_____Cuál?_____

7- Alguna opinión sobre la atención recibida o sobre algún profesional?

4

Grupo Focal

Taller de Capacitación a ATAPS

Áreas de Salud: Curridabat, Montes de Oca y la Unión (Tres Distritos)

Guía para la Moderadora

- **Objetivo de la Sesión:** conocer cómo los y las ATAPS manejan los casos de Violencia Intrafamiliar y Sexual, que encuentran en sus visitas cotidianas a la comunidad o son informados por vecinos, compañeros del EBAIS, etc.
- **Aspectos introductorias:** explicarles el uso de la grabadora como medio para poder obtener la información completa que nos ofrecen. No interesan los nombres, solo las opiniones. Todos deben hablar y opinar; moderando sus intervenciones y estimulando la participación. Las grabaciones serán utilizadas sólo por las estudiantes de la Maestría con el objetivo de transcribir la información.
- Explicarles que las respuestas sirven para enriquecer las capacitaciones que en estos aspectos se les pueden brindar en un futuro. Y no existen respuestas ni buenas, ni malas; todas son importantes y dignas de tomarse en cuenta.

PREGUNTAS GUIAS

1. Manejo de las Situaciones de Crisis

- ¿Cómo define la Violencia Intrafamiliar y Sexual?
- ¿Cómo se entera que hay un caso de VIF y sexual?
- ¿Qué hace cuando se encuentra con una persona en situación de VIF o sexual?
- ¿Qué hace si es una persona que necesita protección especial: menos de edad, adulta mayor, discapacidad, etc)?
- ¿Cómo actúa si en la casa no hay privacidad?
- ¿Qué hace si detecta que hay violencia, pero la persona se niega a hablar?

- ¿Qué hace si no le permiten intervenir?
- ¿Hay seguimiento? Lo puede llevar a cabo o no, por qué?

2. Manejo de información sobre Violencia Intrafamiliar y Sexual

- ¿Ha recibido suficiente capacitación sobre VIF y sexual?
- ¿En qué áreas específicas cree que necesita más capacitación : promoción, detección, atención, etc?
- ¿Cuáles considera usted que son las –debilidades- de la capacitación que ha recibido?
- En su opinión cuál sería la forma más adecuada de capacitación (metodología, organización).
- ¿Cuál es el procedimiento que se utiliza para referir el caso?.

3. Manejo de sentimientos personales

- ¿Siente que puede hacer algo para ayudar a las personas que sufren VIF y sexual?
- ¿Cree que sus creencias religiosas, valores y/o experiencia personal interfieren en la atención que usted brinda a personas que sufren VIF y sexual?
- ¿Siente temor de posibles represalias por parte del agresor hacia usted?
- ¿Cómo se siente al preguntar a las usuarias acerca de situaciones de VIF y sexual?
- ¿Qué sugerencias daría usted para integrar o mejorar la atención, a las víctimas de VIF y sexual, en su área de salud?

5

Contenido de las Entrevistas a realizar al Personal de EBAIS

Entrevista al personal del EBAIS / Equipo de Apoyo o Coordinador

Doctores(as)

Auxiliares de Enfermería - Enfermeras

Trabajadoras Sociales

ATAPS – técnico de Atención Primaria

Auxiliar de Registros Médicos (REMES)

Otros (Nutricionista, etc)

Entrevista: (semi estructurada y corta)

- Puesto que ocupa
- Años trabajados
- Funciones
- Coordinación con el equipo
- Atención de casos de violencia
- Referencia
- Seguimiento

Evaluación personal: opinión aspectos negativos y positivos de dicha prevención, atención, capacitación, seguimiento.

Comentarios o propuestas sobre los puntos anteriores, la coordinación interna y externa con quienes, si esta es pronta y eficiente o no, por qué. Sugerencias.

2. Entrevista a Grupos organizados de la comunidad y público asistente al EBAIS

Entrevista usuario(a):

- Tiempo de vivir en la comunidad
- Opinión sobre la atención a casos de violencia (niños, adolescentes, mujeres, adultas mayores) de parte de los funcionarios (Ataps, enfermera, doctor(a), etc).
- Ejemplo de caso: se solucionó o no, seguimiento. Positivo o negativo.

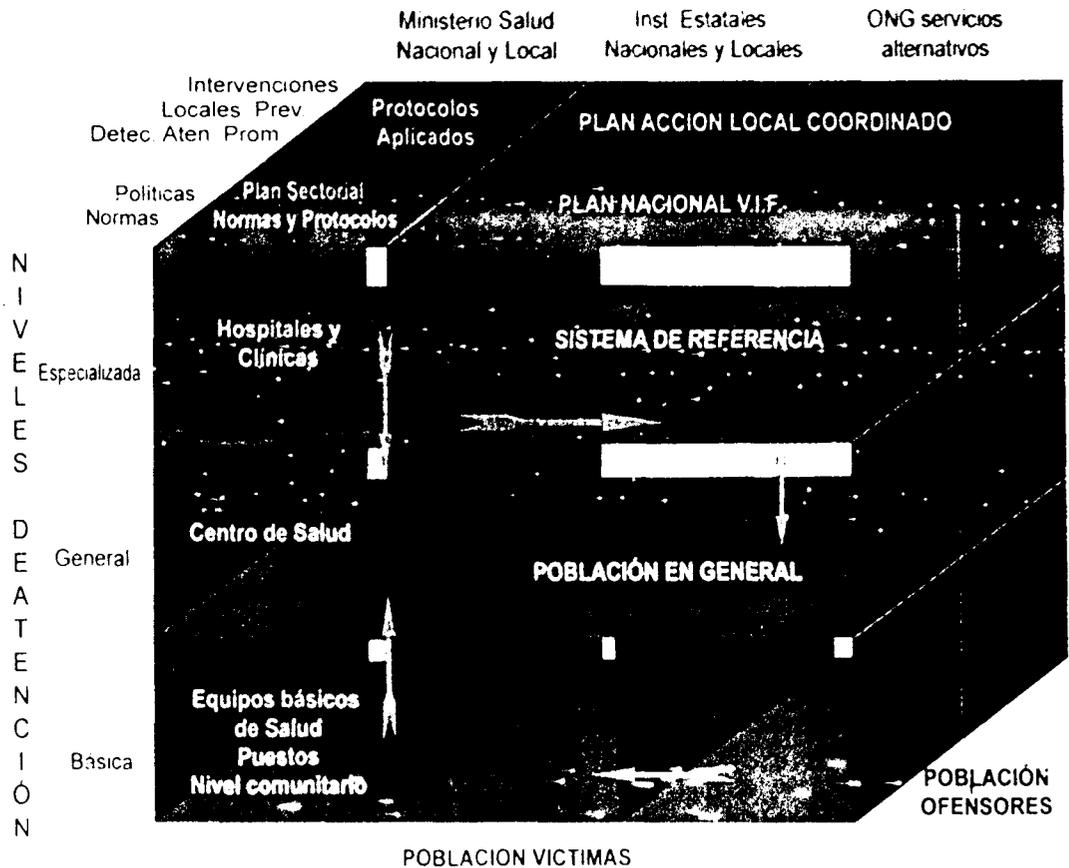
Entrevista a grupo organizado / Profesional de Instituciones(PANI, INAMU, Policía de Proximidad, Oficina Municipal de la Mujer)

- Tiempo de funcionamiento
- Relación con el EBAIS o con la comunidad
- Opinión de atención de casos de violencia, ejemplos negativos/positivos, opinión de detección, atención, promoción, etc. Falta información, educación, etc.
Sugerencias.

Hay que determinar cuantos grupos se deben entrevistar por área.

Figura No. 4

**ACTORES INVOLUCRADOS Y TIPOS DE ACCIÓN:
SOCIALES, JUDICIALES, BIOMÉDICAS, PSICOLÓGICAS**



La población objetivo: mujeres, niñas, niños afectados por violencia intrafamiliar

Anexo # 4

Normas y de Atención en Salud a las Personas Afectadas por Violencia Intrafamiliar, Costa Rica 2000. Ministerio de Salud Caja Costarricense del Seguro Social

Este folleto contiene:

- Objetivos del programa de atención
- Definiciones del tipos de Violencia
- Principios de la atención Integral a la VIFS.
- Ejes de la atención
- Matrices de atención a VIFS según niveles de atención en salud

Los Anexos contienen:

- Detectar situaciones de VIF y valoración de riesgo, con:
 - criterios VIF en niños, niñas y adolescentes
 - criterios de riesgo para niños, niñas y adolescentes
 - criterios para detección de la violencia contra mujeres
 - gráficos para valorar ciclo de la violencia de pareja y plan de emergencia.
 - criterios de detección según tipo de violencia contra personas adultas mayores, con:
 - factores de riesgo
 - valoración psicosocial de la PAM
 - valoración de la dependencia de la PAM hacia el o la cuidadora.
 - guía de entrevista a cuidador(a) de PAM
- Registro de situaciones de VIF, con:
 - Guía de atención básica a personas afectadas por VIF, con:
 - contención y orientación, puntos básicos
 - Actitudes básicas para el acercamiento a personas afectadas por VIF.

- Legislación relativa a la atención de la VIF:
 - a-Ley 7586, Ley contra la Violencia Doméstica, Cap II Medida de protección.
 - b-Ley 7600 Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica. Título I. Cap. II Principios Fundamentales.
 - c-Reglamento de la Ley 7600. Título I Cap. Único Disposiciones Generales.
 - d-Ley 7935 Ley Integral para la PAM Título II. Derechos y Beneficios. Título V Procedimientos y Sanciones.

Protocolo de Vigilancia de la VIF y el Abuso Sexual Extrafamiliar, Costa Rica 2002. Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social

El folleto contiene:

- Capítulo I: Situación de la VIF y el abuso sexual extrafamiliar
- Capítulo II: Marco jurídico y técnico de la VIF en Costa Rica
- Capítulo III: Definiciones (tipos de violencia)
- Capítulo IV: principios de la atención Integral a la VIFS.
- Capítulo V: Sistema de Información. Diagrama.
- Capítulo VI: Responsabilidades según nivel de acción.
- Capítulo VII: Indicadores para la VIFS, de impacto y evaluación.

En Anexos:

- Decreto Ejecutivo de la Declaración obligatoria de la VIFS
- Indicadores de situaciones de VIFS, en mujeres, menores de edad y personas mayores. Incluyen factores de riesgo.
- Boleta de Declaración obligatoria
- Boleta de registro de la VIFS, con su respectivo instructivo
- Boleta de referencia de la VIFS y su instructivo.
- Boleta de Contra referencia y su instructivo.
- Reporte mensual de casos de VIFS, por grupo etáreo y área de Salud.

BOLETA DE DECLARACION OBLIGATORIA
 (No poner nombre de la persona afectada, únicamente N° identificación)

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
DE NOTIFICACION INDIVIDUAL	
NUMERO DE EXPEDIENTE	
DIAGNOSTICO:	
CASO: NUEVO <input type="checkbox"/> 1 REINGRESO <input type="checkbox"/> 2	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:	
FECHA DEL DIAGNOSTICO:	
ESTABLECIMIENTO QUE INFORMA:	
SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> 1 MUJER <input type="checkbox"/> 2	
FECHA DE NACIMIENTO: DIA MESES AÑOS	
EDAD: DIA MESES AÑOS	
TELEFONO:	
NOMBRE DE PADRES*:	
RESIDENCIA EXACTA DEL PACIENTE	
PROVINCIA:	
CANTON:	
DISTRITO:	
REGION:	
OTRAS SEÑAS DE LA CASA:	
	CODIGOS
NOMBRE DEL QUE INFORMA	FIRMA
* EN CASOS DE MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD FORM. V. E. 01	



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

No PROGRESIVO

NOTIFICACION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y/O ABUSO EXTRAFAMILIAR

IDENTIFICACION DE LA PERSONA AGREDIDA

1. NOMBRE DEL PACIENTE:		2. N° DE CEDULA O PASAPORTE		2. N° DE EXPEDIENTE: (CEDULA O PASAPORTE)					
3. CENTRO MEDICO DE ATENCION		4. REFERIDO DE:		3. CENTRO ATEN		4. REFERIDO DE:			
5. FECHA DE NACIMIENTO		6. EDAD EN UNIDAD CROMOLOGICA 1. HORAS 2. DIAS 3. MESES 4. AÑOS		EDAD EN N°	7. SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASCULINO <input type="checkbox"/> 2. FEMENINO		8. EDAD	7. S	
8. PAIS DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 1. C.R. <input type="checkbox"/> 2. NICARAGUA <input type="checkbox"/> 3. PANAMA <input type="checkbox"/> 4. C.A. <input type="checkbox"/> 5. OTRO				9. ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1. SOLT. <input type="checkbox"/> 2. CAS <input type="checkbox"/> 3. VIUD. <input type="checkbox"/> 4. DIV <input type="checkbox"/> 5. U. LIBRE				8. PH	9. E
10. ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> 1. PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/> 2. PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 3. SECUND. COMPLETA <input type="checkbox"/> 4. SECUND. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 5. UNIV. COMPLETA <input type="checkbox"/> 6. UNIV. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 7. PARALINVERSTARIA <input type="checkbox"/> 8. NINGUNA <input type="checkbox"/> 9. PRE-ESCOLAR								10. E	
11. RESIDENCIA HABITUAL: PROV. _____ CANTON _____ DISTRITO _____ PAIS _____							11. P. CANTON	DISTRITO	PAIS
13. TIPO DE VIOLENCIA <input type="checkbox"/> 1. FISICA <input type="checkbox"/> 2. PSICOLOGICA <input type="checkbox"/> 3. SEXUAL <input type="checkbox"/> 4. PATRIMONIAL <input type="checkbox"/> 5. NEGLIGENCIA				14. LUGAR DE LOS HECHOS <input type="checkbox"/> 1. HOGAR <input type="checkbox"/> 2. C. EDUC./MEDICO <input type="checkbox"/> 3. VIA PUBLICA <input type="checkbox"/> 4. OTRO LUGAR				13. T	14. L
16. CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA <input type="checkbox"/> 1. LESION FISICA <input type="checkbox"/> 2. LESION SEXUAL <input type="checkbox"/> 3. PROBLEMA MENTAL <input type="checkbox"/> 4. OTRO.							18. C	18 DIAGNOSTICO	
17. NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE		18. RELACION		19. TELEFONO					

DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR (A)

20. NOMBRE DEL PRESUNTO AGRESOR (A)		21. RELACION		22. TELEFONO				
23. SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC. <input type="checkbox"/> 2. FEM	24. EDAD	25. ESTADO CONYUGAL DEL PRESUNTO AGRESOR (A) <input type="checkbox"/> 1. SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> 2. CASADO (A) <input type="checkbox"/> 3. VIUDO (A) <input type="checkbox"/> 4. DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> 5. UNION LIBRE				23. B	24. E	26. E
26. PAIS DE NACIMIENTO DEL PRESUNTO AGRESOR (A) <input type="checkbox"/> 1. C.R. <input type="checkbox"/> 2. NICARAGUA <input type="checkbox"/> 3. PANAMA <input type="checkbox"/> 4. OTRO C.A. <input type="checkbox"/> 5. U.S.A. <input type="checkbox"/> 6. EUROPA <input type="checkbox"/> 7. OTRO							26. P	
27. RESIDENCIA HABITUAL DEL PRESUNTO AGRESOR (A): PROV. _____ CANTÓN _____ DISTRITO _____ PAIS _____						27. P. CANTON	DISTRITO	PAIS

ESTRATEGIAS APLICADAS

28. ESTRATEGIA APLICADA <input type="checkbox"/> A. DETENCION <input type="checkbox"/> B. CAPTACION <input type="checkbox"/> C. ORIENTACION <input type="checkbox"/> D. ATENC. PSICOLOG. <input type="checkbox"/> E. ATENC. FISICA <input type="checkbox"/> F. ATENC. SOCIAL <input type="checkbox"/> G. ATENC. PSIQUIAT. <input type="checkbox"/> H. OTRA							28. E	
29. FECHA:		30. REFERIDO A:		29. FECHA DE ENTREVISTA		30. REFERIDO A:		

OBSERVACIONES				FIRMA DEL REGISTRADOR			
---------------	--	--	--	-----------------------	--	--	--

Anexo N° 7

REPORTE MENSUAL SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y ABUSO SEXUAL EXTRAFAMILIAR SEGUN CIE-10

Unidad notificadora _____ CCSS _____ Otra _____

Cantón _____ Región: _____ Mes: _____

CÓDIGO CIE-10	TIPOS DE AGRESIONES	ESTE MES	ACUMULADO
	Total de notificaciones		
T74.0	Negligencia y abandono		
Y06.0	Por esposo o pareja		
Y06.1	Por padre o madre		
Y06.2	Por conocido o amigo		
Y06.8	Por otra persona especificada		
Y06.9	Por otra persona no-especificada		
T74.1	Abuso físico		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.2	Abuso sexual		
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.3	Abuso psicológico		
Y07.0	Por esposo o pareja		
Y07.1	Por padre o madre		
Y07.2	Por conocido o amigo		
Y07.3	Por autoridades oficiales		
Y07.8	Por otra persona especificada		
Y07.9	Por otra persona no-especificada		
T74.8	Otros Síndromes del maltrato		
X85	Agresión con drogas, medicamentos y sustancias biológicas		
X94	Agresión con disparo de arma corta		
X95	Agresión con disparo de armas de fuego y las no especificadas		
X99	Agresión con objeto cortante (puñalada)		
Y00	Agresión con objeto romo o sin filo		
Y04	Agresión con fuerza corporal (lucha o pelea sin armas)		
Y08	Agresión por otros medios especificados		
T74.9	Síndrome del maltrato no especificado		
Y09	Agresión por medios no-especificados, que incluye: Agresión por medios no especificados, asesinatos (intento) SAI, homicidios (intento) SAI, homicidio premeditado (intento) SAI, homicidio casual (no accidental)		

Fuente: Departamento de Estadística del Ministerio de Salud

Reporte mensual de casos de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar según tipo, sexo y grupo etáreo

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____ MES _____ AÑO _____

TIPO DE VIOLENCIA											ABUSO SEXUAL			
GRUPOS EDAD	FISICA		PSICOLOGICA		SEXUAL		NEGLIGENCIA		TOTAL		ASE		TOTAL	
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
TOTALES <1 año														
1-4 años														
5-9 años														
10-14 años 15-19 años														
20-49 años														
50-64 años														
65 y más														



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA-VICERRECTORIA DE ACCION SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LOS CANTONES DE
MONTES DE OCA Y CURRIDABAT
AREA DE SALUD DE MONTES DE OCA**



Referencia del Caso Violencia Intrafamiliar

Para: _____ FECHA: _____
(Institución o ONG a la que se refiere el caso)

De: _____ el
(Funcionario(a) que refiere caso)EBAIS Teléfono: _____

Paciente: _____ Cédula: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Edad: _____ Sexo: (F)(M)

Dirección: _____

Teléfono: _____ (vecinos-familiares o otros)

En caso de menores o personas invalidas, datos de los cuidadores(as):

Nombre *encargados*: _____ Cédula: _____

Tipo de agresión sufrida: psicológica()-física()-sexual()-patrimonial()-negligencia().

Situación del paciente: incidente de violencia intrafamiliar que afectó de forma inmediata al paciente.

Consecuencias de la agresión expresadas por la víctima y observadas por la o él funcionario(a).

Lugar en que se da el incidente de violencia:

Quién(es) son los(as) agresores(as): (Relación con la víctima y nombre)

Se solicita la intervención de la institución o ONG por ustedes representadas con el objeto de que se le brinde una atención inmediata a la situación, agradeciendo de antemano la atención por ustedes prestadas. A la vez solicitamos la contrareferencia del caso con el fin de dar seguimiento adecuado al mismo, para lo que se puede dirigir al EBAIS o a Trabajo Social del Área de Salud al 224-92-08 (telf-fax) y al 225-20-94.

Nombre, Firma y código del Médico(a) responsable o coordinador(a)

**SELLO
EBAIS**

Anexo N° 6

Contra referencia: Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual
Extrafamiliar

REFERENCIA # _/_/_/_

PARA: _____

FECHA: _/_/_/_/_/_ DE: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA AFECTADA (O)

DIRECCION EXACTA: _____

ACCIONES PLANEADAS Y REALIZADAS:

RECOMENDACIONES:

Nombre y apellidos, sello

CC: Expediente



MÉDICOS
Niñez

Servicios de Salud

Abuso:
- Psicológico
- Físico
- Sexual
- Abandono o Negligencia

Detectar signos o síntomas de VIF
Presencia de indicadores

Presencia

NO

SI

Reporte de
Intervención en
el expediente

Registro

Anotar en
Expediente

Boleta de Referencia
VIF (Con copia a TS)

Llenar boleta de
declaración obligatoria
V. E. 01

Llenar boleta de
registro de Caso de
VIF

Denunciar situación,
Fiscalía, OIJ
(Poder Judicial)

**I
N
D
I
C
A
D
O
R
E
S**

PSICOLÓGICA
Afecciones en piel
Enfermedades psicosomáticas
Trastornos alimenticios
Retraimiento
Bulimia/ anorexia

Problemas de habla
Asma
Alérgico
Úlceras
Retraso al desarrollo

FISICA:
Contusiones
Quemaduras
Hematomas
Laceraciones

Fracturas
Mordiscos
hiperactividad
Desgarros

SEXUAL:
Lesiones o sangrado en genitales o ano
Embarazos
Encopresis
Enfermedades venéreas
Problemas en el dormir
Problemas en la alimentación
Bajo rendimiento académico

Retraimiento
Agresividad
Hinchazón o dolor
Fugas del hogar
Abuso de drogas/alcohol

ABANDONO O NEGLIGENCIA :
Niños solos e casa
Desnutrición
Patrón de crecimiento deficiente
Caídas repentinas

Higiene personal deficiente.
Retraso desarr. psicomotor
Fatiga
Dermatitis / infectado piojos

Trabajo Social Área de Salud

Comité del Niño (a)
agredido

PANI (ambos padres
disfuncionales ó
ejercen la debilitada de
la Patria potestad

Clinica del
adolescente Hospital
Calderón Guardia
Atención Ψ -TS-
Seguimiento de
casos

Juzgado Violencia
Domestica

Fiscalía Solicitar
Medidas de Protección

OIJ

Policia de Proximidad

Hospital Max
Peralta

**R
E
F
E
R
E
N
C
I
A**

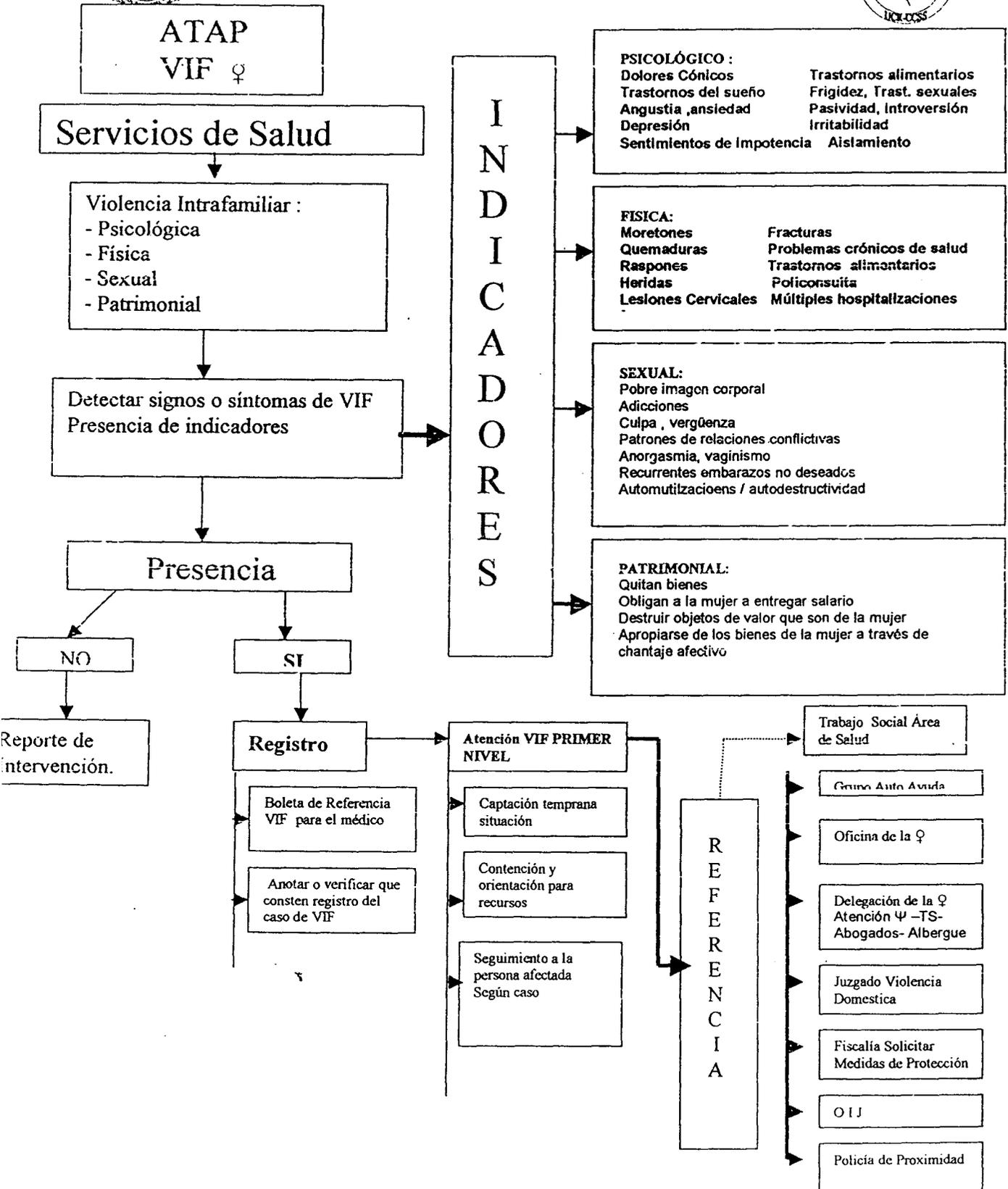
Atención VIF PRIMER NIVEL

Captación temprana
situación

Contención y
orientación recursos

Valoración y registro
de lesiones en caso
violencia física y
sexual (seguir guía de
abuso)

Seguimiento a la
persona afectada



ATAP
VIF ♀

Servicios de Salud

Violencia Intrafamiliar :

- Psicológica
- Física
- Sexual
- Patrimonial

Detectar signos o síntomas de VIF
Presencia de indicadores

INDICADORES

PSICOLÓGICO :

- Dolores Cónicos
- Trastornos del sueño
- Angustia ,ansiedad
- Depresión
- Sentimientos de Impotencia
- Trastornos alimentarios
- Frigidez, Trast. sexuales
- Pasividad, Introversión
- Irritabilidad
- Aislamiento

FISICA:

- Moretones
- Quemaduras
- Raspones
- Heridas
- Lesiones Cervicales
- Fracturas
- Problemas crónicos de salud
- Trastornos alimentarios
- Policonsulta
- Múltiples hospitalizaciones

SEXUAL:

- Pobre imagen corporal
- Adicciones
- Culpa , vergüenza
- Patrones de relaciones conflictivas
- Anorgasmia, vaginismo
- Recurrentes embarazos no deseados
- Automutilizacioens / autodestructividad

PATRIMONIAL:

- Quitan bienes
- Obligan a la mujer a entregar salario
- Destruir objetos de valor que son de la mujer
- Apropiarse de los bienes de la mujer a través de chantaje afectivo

Presencia

NO

Reporte de intervención.

SI

Registro

Boleta de Referencia VIF para el médico

Anotar o verificar que consten registro del caso de VIF

Atención VIF PRIMER NIVEL

Captación temprana situación

Contención y orientación para recursos

Seguimiento a la persona afectada Según caso

REFERENCIA

Trabajo Social Área de Salud

Grupo Auto Ayuda

Oficina de la ♀

Delegación de la ♀
Atención Ψ -TS-
Abogados- Albergue

Juzgado Violencia Domestica

Fiscalía Solicitar Medidas de Protección

OIJ

Policia de Proximidad



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA-CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
ATENCIÓN DE MUJERES ADULTAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O SEXUAL

Institución	Representante:	Dirección	Problema o necesidad	Servicios	Requisitos	Área
FUNCRESER*	Roxana Rojas	De la cosecha 200 mts Norte y 50 Oeste Sabanilla 280-64-27	Hostigamiento Sexual Fundación privada se especializa en abuso infantil y Hostigamiento Sexual	.Asesoría legal. .Tratamiento social y de psicología.	Pago de consulta	--- ofrecerla como una alternativa privada comoda.
Equipo PROMECUN Escuela Inglaterra	Licda. Giannina Esquivel Licda. Giannina Allan	Escuela Inglaterra en San Rafael costado del Semáforo 273-39-68	Violencia Intrafamiliar	Orientación a madres de escolares o docentes.	Pertenecer a la comunidad escolar	Coordinar con el Equipo de ser necesario.
PROCAL* (Víctimas de Abuso)	Tatiana Treger y Carmen Carro	San pedro del Higuerón 400 Sur. 253-08-75	Violación, abandono o maltrato de madres adolescentes	<i>Hogar transitorio para adolescentes embarazadas en alto riesgo</i>	Ser adolescente embarazada sin redes adecuadas de apoyo.	Coordinar, referir y brindar el apoyo.

2

REDES DE PREVENCIÓN DE LA VIF.

2004



RED	COORDINADORA	INSTITUCION	TEL	FAX	CORREO ELECTRONICO
SAN JOSE:					
37- Alajuelita	Yalile Contreras	MINSALUD	254-6421	254-6421	yaliccr@yahoo.es
38- Cantón Ctal. S.J.	Erica López	Clínica Bíblica	222-9756	222-9884	
39- Coronado	Xinia Vega / Bernarda Bolaños	Municipalidad	229-1645 229-7965	259-1500	
40- Desamparados	Lidia Salas	Clín. Marcial Fallas	250-0364 Ext. 238 y 245		
41- Escazú	Ileana Suárez	OFIM	289-5669 288-3885	289-5669 228-5757	analeicr@yahoo.com
42- Goicoechea / Moravia	Yamile Ulloa Castro	MINSALUD	280-3310		
43- Hatillo	Mayela Sevilla	Clín. Solón Muñoz	254-8565 E.141	252-0833	
44- Montes de Oca	Laura Guadamuz	OFIM	280-5589	253-5119 234-7657	
45- Mora	Giselle Roldán Aguilar	OFIM	249-1050 +	249-2096	cr
46- Pavas	Vivian Villavicencio	OFIM San José	222-7114 366-1412 c.	223-6033	
47- Puriscal	Ma. Eugenia García	MINSALUD	416-6032		maru51cr@yahoo.com
48- P. Zeledón	Kathia Fernández	ONG	771-2586	771-2586	

Anexo # 6

Historia sociopolítica del Cantón de Montes de Oca

Los documentos revisados, nos aportan la siguiente información: “por el año de 1700 se conocía lo que hoy es San Pedro de Montes de Oca, con el nombre de Santiago de la Granadilla. El primer documento legal en que se hace referencia al terreno, es el testamento del Capitán Español Francisco Antonio Bonilla. Luego a principios del SXVIII a manos del Señor Martín Gonzalo quien lo vendió en cincuenta pesos al Presbítero José Chaves en 1723. Este Padre anexó este terreno a otras propiedades en Aserri y Curridabat. Posteriormente el Padre Chaves, lo vende a Don Cristóbal García; con casa, caballerizas y ganado por 2.200 colones” (Mensajero del Clero, 1889, citado en Folleto N°1, 2003, Municipalidad de Montes de Oca). A partir de esta transacción no hay datos de otros dueños de la propiedad, pero sí se integra en el agrupamiento de la población alrededor de las Ermitas, y así poblar el Valle Central según orden del Alcalde Tomás López en 1755.

Posteriormente se cambió el nombre al de Villa de San Pedro del Mojón; que era una piedra grande que dividía San Pedro de San José. Y se agrega en esta recopilación histórica que San Pedro era un lugar donde vivían las personas acomodadas de la capital, en grandes quintas de recreo. Después se establecieron escuelas, industrias, beneficios de café y un gran telar. Es importante recalcar que San Pedro fue uno de los primeros lugares donde empezó a sembrarse café en el país en cantidades de exportación..

Además dice que fue un Refugio o Casona (donde es hoy el Parque John F. Kennedy) donde se albergaban los viajeros que iban a San José de la Boca del Monte. También se menciona en esta reseña histórica, dicen que allí se originó la llamada Guerra de la Liga en octubre de 1835, en el

gobierno de Braulio Carrillo; y cuyo objetivo fue el establecimiento definitivo de la Capital del país.

En 1881, se erigió la Parroquia dedicada a San Pedro Apóstol (donde se encuentra actualmente), en el terreno donado por Don Pablo Fernández y con la aprobación de Monseñor don Bernardo Augusto Thiel Hoffman. Y con el ordenamiento de Parroquias al comienzo del SXX, el Mojón ocupó el lugar # 36 con 2961 feligreses.

El dos de agosto de 1915, en la Ley N^o 45, se creó el cantón número quince de la provincia de de San José, denominado Montes de Oca, conformado por cuatro distritos: San Pedro centro, Mercedes, Vargas Araya/Sabanilla, San Rafael.

El nombre del Cantón es un sincero homenaje a don Faustino Montes de Oca; quien toda su vida se interesó por las necesidades y el progreso de esta comunidad (Idem, 2003:8) Y en enero de 1916, se llevó a cabo la primera sesión del Concejo de Montes de Oca.

El San Pedro de hoy, se ha convertido en área de oficinas, comercio y múltiples servicios; especialmente educativos: en el cantón se localiza el Campus Universitario Rodrigo Facio, sede la Universidad de Costa Rica; cuya fama internacional y nacional se basa en la excelencia académica a nivel de docencia, investigación. También se encuentra la sede de la Universidad Estatal a Distancia –UNED– y varias Universidades privadas de renombre. El comercio y los servicios giran en torno al quehacer “universitario” en especial la zona central de San Pedro. Además, cumple con las exigencias y necesidades de los estudiantes en cuanto a sus actividades de alimentación, alojamiento y esparcimiento dando paso a otros problemas asociados como los económicos, sociales (las drogas, delincuencia) y ambientales (contaminación sónica, basura).

Folleto N^o1, 2003, Municipalidad de Montes de Oca.

Anexo # 7

Cuadros Estadísticos del ASIS del 2001-2003

Los cuadros a continuación fueron sacados del ASIS que recopiló el primer censo realizado en el primer trimestre de 2001 por el área de salud de Montes de Oca. En ellos no explican los instrumentos que utilizaron para la recolección de esta información, ni tampoco si cubrieron a toda la población.

El siguiente cuadro ilustra la distribución encontrada por edades:

Tabla Nº 1

Grupo de Edad y su porcentaje

GRUPO DE EDAD	# HABITANTES	PORCENT. %
0-10 años	9749	15.7
10-20 años	11.011	17.7
20-30 años	14.817	23.8
30-40 años	9.725	15.6
40-50 años	4.396	7.1
50-60 años	5.512	8.9
60 y mas	6.854	11.0
TOTAL	62.064	100%

Fuente: ASIS 2001-2003, p.25. Montes de Oca.

Se menciona en el ASIS que es un Cantón de población Adulta joven: si sumamos los grupos de edad de 20-40 años, da un 39% de la población total.. Además se le debe sumar que el “Cantón Universitario y/o “Cantón dormitorio”; dado que concentra 5 universidades privadas y 2 estatales; por lo que convierte en una zona de alto nivel educativo y de

desarrollo social. Además hay mucho comercio y servicios, por lo que en el día tiene una población “flotante” que viene a trabajar y estudiar y en la noche vuelven a sus respectivos domicilios.

En cuanto al nivel de Escolaridad según el sexo; se ilustra a continuación:

Tabla N 2

Nivel Educativo en hombres y mujeres

NIVEL EDUCAT.	HOMBRES	MUJERES
Primaria completa	1903	2132
Primaria incompleta	1713	1958
Secundaria completa	1128	1334
Secundaria incompleta	2062	2247
Estudio técnico/superior	92	79
TOTAL	6.898/47%	7.750/53%

Fuente: ASIS 2001-2003, Dimensión económica, p.81.

La Tipología de Hogares según el ASIS 2001-2003, fue la siguiente:

Tabla N 3

TIPO	CARACTERISTICAS	%
Nuclear	Pareja e hijos	55%
Diádica	Madre con sus hijos	16%
Extensa	Padres, hijos, otros fam.	15%
Otros	Vivienda de estudiantes	14%

Fuente: ASIS de Montes de Oca, 2001-2003, p.83

Tabla N 4

Por el SEXO de las víctimas de VIF y el Tipo de Agresión

TIPO DE AGRESION	FEMENINO	MASCULINO
1- Física	22	1
2-Sexual	28	5
3- Psicológica	40	0
4- Patrimonial	3	5
5- Abandono	7	3
TOTAL CASOS	100	14

Fuente: ASIS de Montes de Oca, 2001-2003, p176.

Del Censo realizado por los ATAPS, en el 2001, se determinó la siguiente distribución por Núcleos, según la mayor cantidad de reporte de casos de VIF.

- 1) San Pedro
- 2) Mercedes
- 3) Vargas Araya
- y 4) San Rafael

Los gráficos siguientes muestran el desglose por sexo y edad en las diferentes instituciones visitadas, que reportaron casos de VIFS provenientes del área de Montes de Oca para el primer trimestre del 2001. Además es notorio la comparación con los años 2003 y 2004, que el número de casos reportados en los EBAIS es mucho menos inferior al que en conjunto reportan las otras instituciones consultadas en este estudio. Lo cual concluye que el programa de los EBAIS no ha tenido divulgación y las personas desconocen este servicio, por eso cuando se presentan los casos de VIFS acuden a otras instituciones como el PANI, INAMU y los Juzgados de Violencia.

En cuanto a la JEFATURA DE FAMILIA, el Censo del EBAIS reveló lo siguiente:

TOTAL DE JEFES DE FAMILIA - 14.919- AREA DE MONTES DE OCA				
HOMBRES	10.016	67%	MUJERES	4.903 33%

Atención a la VIF y sexual

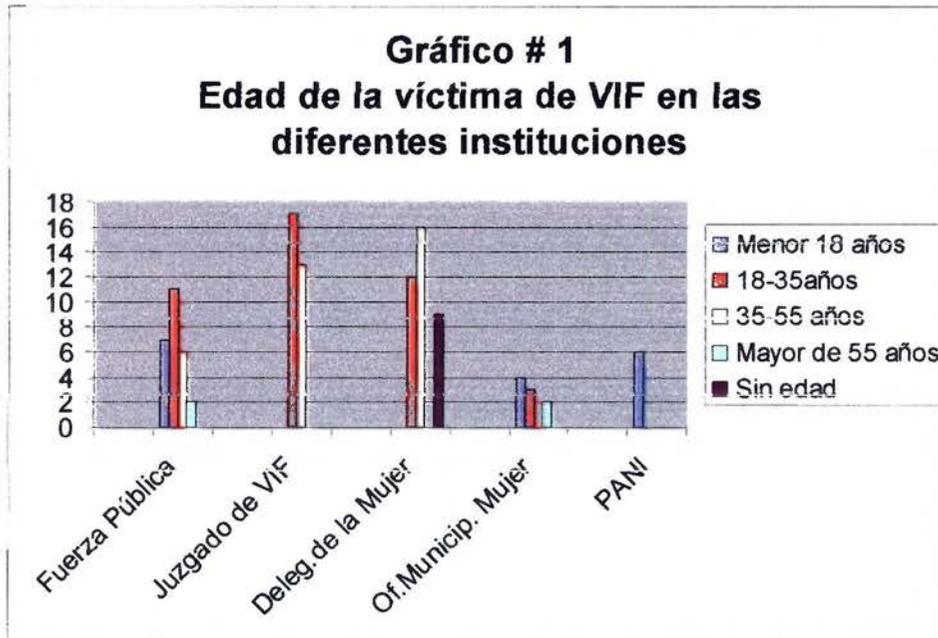
El ASIS 2001-2003 de Montes de Oca, también incluye un reporte (datos y gráficos) de Violencia Intrafamiliar; los cuales fueron tomados de una investigación que hizo la estudiante Diana Sandoval, de nacionalidad cubana; quien realizó este trabajo para optar por la Licenciatura en Psicología. Y su objetivo era aprovechar la coyuntura del inicio de un programa Atención Integral (PAIS) en el cantón de Montes de Oca; que pretendía un enfoque y metodologías diferentes en el proceso de construcción de la Salud y que estimularan una mayor participación social dentro de las comunidades. Por tanto, en ausencia de datos estadísticos relativos a la violencia, Sandoval visitó las diferentes instituciones involucradas con la detección, registro y atención primaria de la VIF y sexual, a saber:

- a) Juzgado de Violencia
- b) Delegación de la Mujer, INAMU
- c) Patronato Nacional de la Infancia, PANI.
- d) Fuerza Pública o Policía de Proximidad

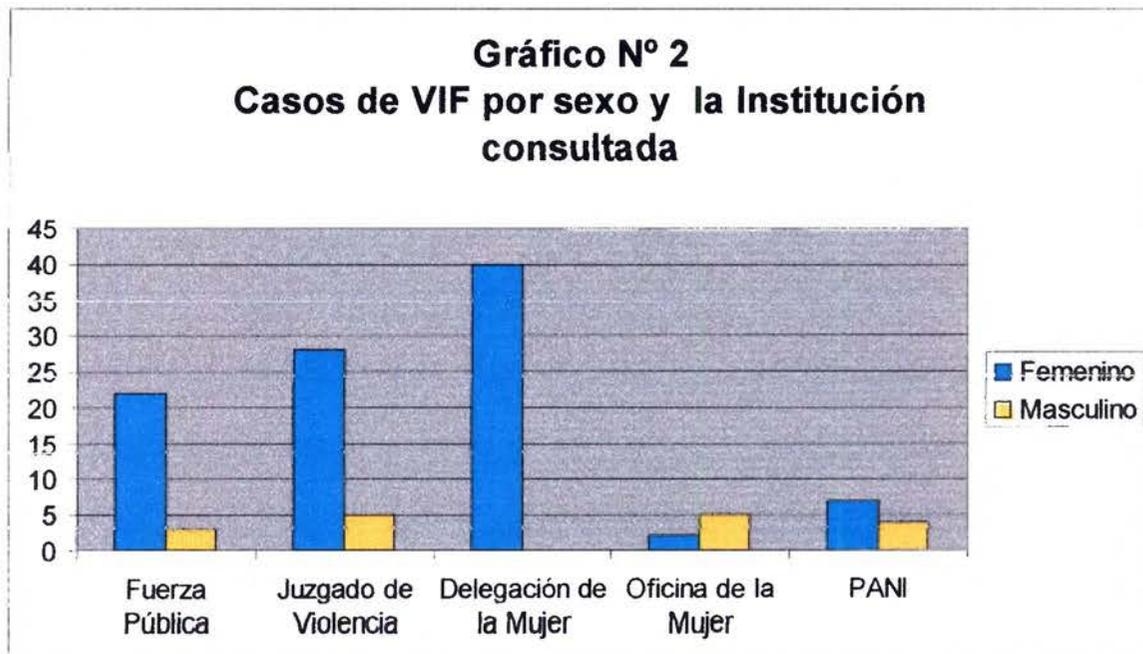
Los resultados se ejemplifican en los siguientes cuadros y gráficos:

Gráfico # 1

Instituciones referidas y la edad de la Víctima de VIF



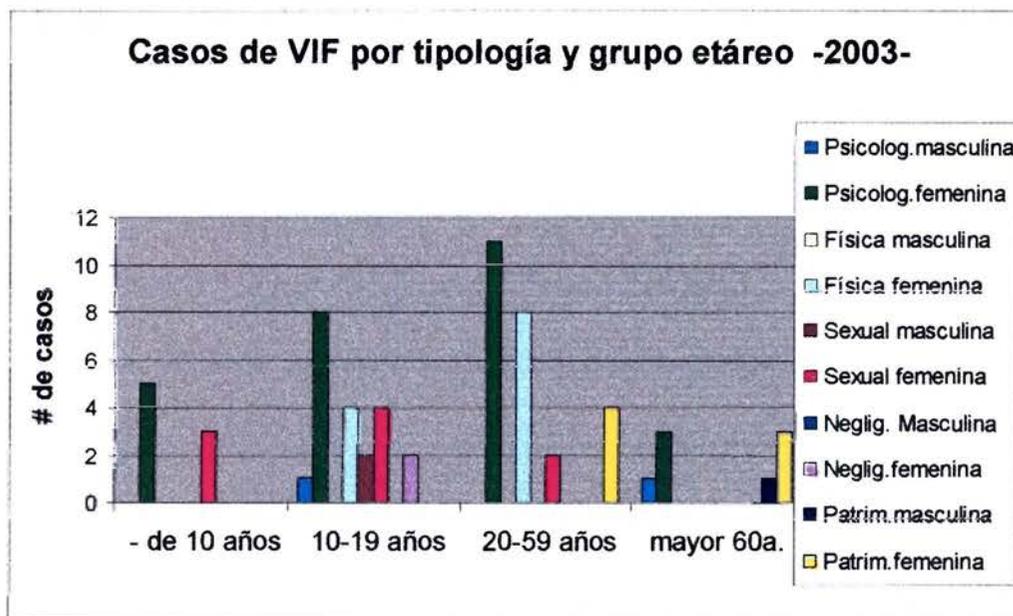
Fuente: ASIS 2001-2003, Montes de Oca. Primer Trimestre del 2001



Fuente: ASIS 2001-2003, Montes de Oca, Primer Trimestre 2001.

El Informe del 2003 sobre la Situación de VIFS en Montes de Oca elaborado por Licda. Ivette Ramírez, Trabajadora Social y la colaboración del Grupo de Apoyo, en la Coordinación del PAIS; nos muestra el siguiente Panorama:

Gráfico #3



Fuente: Informe de la Situación de VIFS en Montes de Oca, 2003.

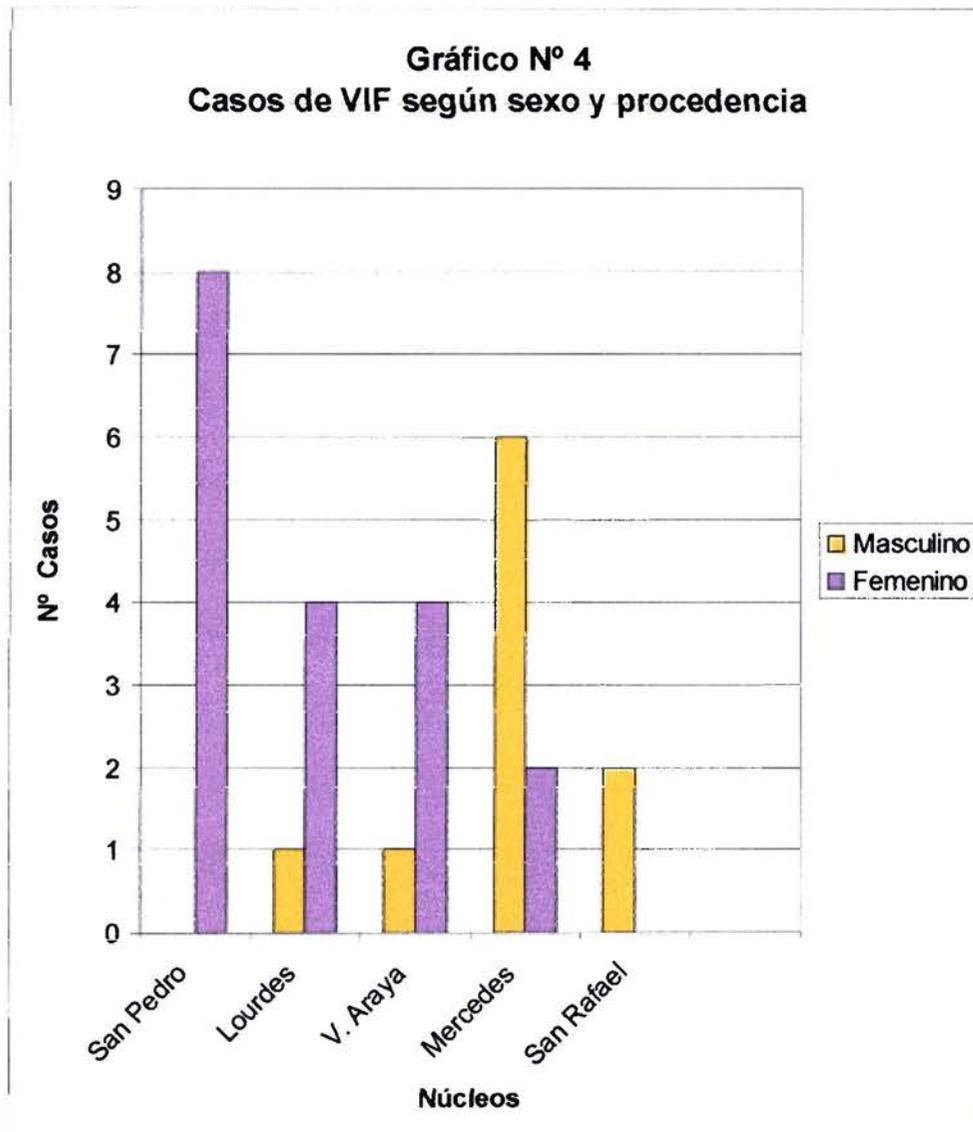
CUADRO # 1

Sexo de la víctima y tipología de la VIF

EDAD	PSICOLOGICA		FISICA		SEXUAL		NEGLIG.		PATRIM.	
	Masc.	Fem.	Mas	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
-10 ^a		5				3				
10-19a	1	8		4	2	4		2		
20-59 ^a		11		8		2				4
60 y +	1	3							1	3
TOTAL	2	27		12	2	9		2	1	7

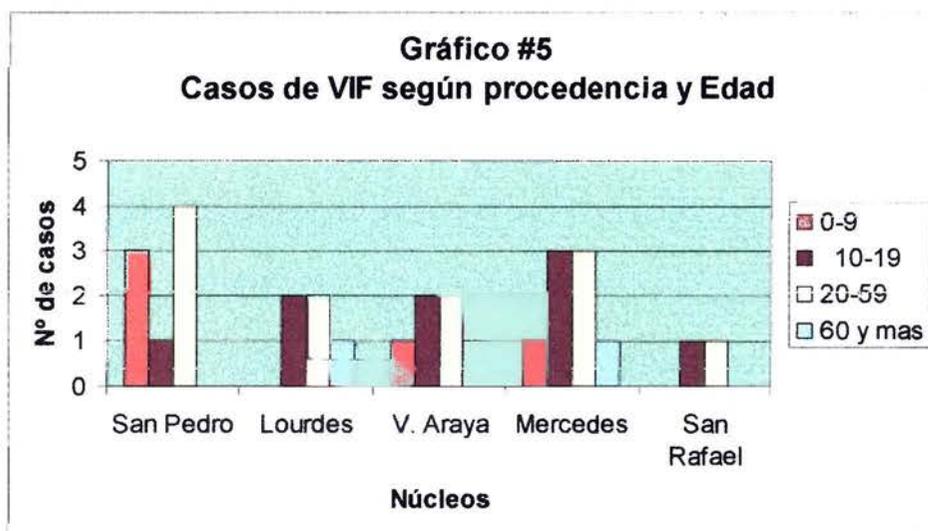
Fuente: Registro de Casos. Informe del Análisis de la VIFS 2003.

Para este año 2004, el resumen de la atención de Casos en VIF del Area de Salud de Montes de Oca, arroja los siguientes datos:



Fuente: Informe de VIF, primer semestre del 2004

El aumento en alguno de los Núcleos de un año a otro depende de las características sociodemográficas de cada lugar, como por ejemplo migración de extranjeros, cambios socioeconómicos (desempleo) de problemas de delincuencia, drogas y otros.



Fuente: Informe de VIF, primer semestre del 2004, Montes de Oca

Además el recuento de los casos por Tipología de la Violencia, establece:

TIPO DE VIOLENCIA	Nº DE CASOS
Psicológica	11
Física	6
Sexual	5

Todos los gráficos demuestran que la MUJER es la víctima por excelencia de la VIFS a todas las edades; pero con énfasis en la edad reproductiva, adolescentes y adultas jóvenes. El tipo de violencia que siempre está presente es la **psicológica**, acompañada de la física y sexual; todo referido a poder del hombre sobre el cuerpo y la mente de las mujeres por su condición de “género” inferior, débil y subordinado.

Anexo # 8

Respuesta a cuestionarios y entrevistas aplicadas al personal del Area de Montes de Oca.

Cuestionario a funcionarios de los EBAIS

Este breve cuestionario se pensó para ser distribuido y llenado por el personal que labora en los EBAIS, por tanto de diseño con preguntas muy directas al problema específico que queríamos evaluar: la atención a la VIF y sexual. Además de su función actual en estos casos y las opiniones y sugerencias en cuanto a las deficiencias en los diferentes niveles de intervención.

En la siguiente página, se presenta un cuadro resumen con las respuestas de los funcionarios en:

- su función a nivel general en el EBAIS
- su función en caso de VIF y sexual
- recomendaciones a nivel de la intervención (qué hace falta)
- Y en la coordinación interna y externa.

Síntesis

A- Función en el EBAIS: por la enumeración de actividades TODO el personal está sobrecargado; tomando en cuenta que manejan una población de 5-6 mil habitantes (según refieren los mismos funcionarios en la consulta) y todos los problemas médicos/ sociales (a tratar en diferentes niveles de atención) de dicha población.

B- En cuanto al desempeño en casos de VIF y sexual; los sobrecargados son los ATAPS y los médicos. Los cuales dan información, orientación y referencia.

C- Entre las recomendaciones que da el personal mismo hay consenso en que falta: capacitación en el manejo de casos de VIFS para que ellos puedan dar; una buena orientación, atención en crisis y seguimiento. Falta formación en el trabajo de equipo tanto interno como externo (coordinaciones interinstitucionales). Además falta mas información, promoción y prevención de la VIFS a la comunidad, para que sepan qué es VIF, cómo detectarla y denunciarla, y donde acudir.

D- *Coordinación interna:* falta una verdadera coordinación del equipo de interdisciplinario en cuanto a la atención de los casos de VIFS falta retroalimentación, planeamiento y coordinación del trabajo conjunto; a todos los niveles, desde promoción, prevención hasta el seguimiento.

E- *Coordinación externa:* falta retroalimentación de la atención y seguimiento de los casos. Es necesario el trabajo en equipo para diseñar, medir, analizar y accionar en forma conjunta los diferentes casos que se presentan.

F- *Sugerencias generales:* van dirigidas a la capacitación del personal

- en materia legal
- coordinación interinstitucional, para el tratamiento y seguimiento de los casos. Retroalimentación y planificación.
- material impreso

G- *Años de laborar:* de los 33 funcionarios entrevistados

Años/laborar	5 años	4 años	3 años	2 años	1 año	-un año
# funcionario	2	6	11	4	7	3

La característica del Personal es que son profesionales muy jóvenes, con un grado medio de sensibilización y entrenamiento (en especial los ATAPS) sobre la VIFS su atención primaria y referencia.

Cuestionario a las Persona Demandantes de Servicios de Salud.

Al igual que el otro cuestionario, se pensó en que las personas lo llenaran. Sin embargo, para agilizar y respetar que la mayoría de las señoras tenían niños pequeños, se optó mejor administrarlo rápidamente y anotar fielmente las respuestas de las personas.

Se entrevistaron 15 mujeres; tres por cada núcleo que en ese momento estuvieran en la sala de espera, ya sea para ser atendidas en la consulta o esperando medicamentos. Horario de lunes a viernes, en su mayoría horas de la tarde.

A- Lugar de residencia: todas viven en Montes de Oca. No se entrevistó a vecinos de San Ramón.

B- Ocupación: 12 son amas de casa y tres con diferentes ocupaciones:

Optometrista, secretaria y empleada de supermercado.

C- Años de residir en el lugar:

Años Residir	Menos de 5a	5- 15 años	16-50 años	Mas de 50años
Nº Personas	4 personas	6 personas	4 personas	1 persona

En este grupo de personas entrevistadas, se puede ver que la mayoría tienen entre 5-15 años de vivir en el lugar. Sin embargo es una muestra muy pequeña y azarosa de los verdaderos residentes del cantón. Por los datos proporcionados por la Municipalidad; la población constante “de

muchos años de vivir en San Pedro son los que habitan la periferia como Vargas Araya, San Rafael. Los lugares céntricos por su cercanía a las universidades ahora son lugares de comercio, servicios, empresas, oficinas; por tanto habría que hacer una encuesta con una muestra mas grande, para verificar si el cantón tiene población “o muy nueva” y/o flotante (migrantes, que van de un lugar a otro); o “vieja” (de varios años de vivir en el lugar).

Algunas de sus respuestas son las siguientes:

- Conocimiento de que el EBAIS atiende casos de VIFS
3 personas contestaron que SI y 9 personas que NO
- Donde recibió atención y tratamiento (institución) por VIFS
INAMU = 2 casos
Juzgado de Violencia = 2
EBAIS = 1 caso
OFIM = 1 caso
NA = no aplica, 9 personas porque desconocían que el EBAIS atiende VIFS.

-Opinión sobre la atención de la VIF, las PDS dijeron que faltaba:

Prevención/Información	Orientación	Profesionales
15 personas opinaron que faltaba: charlas, talleres y folletos que informaran sobre VIF	10 personas Falta orientación a donde acudir, como enfrentar la VIF.	6 personas: falta - psicólogas(os) -abogadas(os) -ginecólogas(os) -trabajador(a) social

- Opinión sobre el desempeño del EBAIS y su personal

La mayoría (13 personas) se enfocaron en el servicio de atención en la consulta y la entrega de medicamentos. Dicen que la “atención es muy buena”; porque les dan cita y las medicinas muy pronto. Como tres personas opinaron que las medicinas “ a veces había que esperar mucho pero era porque se agotaban”.

Entrevista semiestructurada a MEDICOS Y ATAPS

Se profundizó la entrevista a estos dos grupos, ya que son los directamente encargados de los casos de VIFS y se agruparon sus respuestas por temática:

Médica(o)

ATAPS

<p><u>A-Re-sectorización:</u> es muy necesaria ya que todo el personal no da abasto con la población que acude a los EBAIS.</p> <p>B-Necesidad urgente de profesionales como psicólogas, abogadas, trabajadoras sociales, atiendan la VIF y sexual.</p>	<p><u>A-Re-sectorización:</u> No pueden atender tanta población y hacer una visita regular a todos los hogares; en especial aquellos en riesgo social o de VIF.</p> <p>B-Necesitan personal especializado, ya que la regencia en algunas instituciones no es pronta y eficaz</p>
<p><u>C-Hay preocupación</u> en las consecuencias legales de “la denuncia”, ya que tienen la obligación de hacerla en caso de niños, PAM y discapacitados..</p>	<p><u>C- Temor:</u> Ellas(os) entran en las comunidades y han sido amenazados y “a veces no los dejan entrar o no les abren”, por eso piden acciones o legislación que los apoye y piden atención en autocuidado, mas actividades de esparcimiento que integren al personal.</p>
<p><u>D-Coordinación interna:</u> la mayoría dice que la comunicación y trabajo en equipo es muy buena. Sin embargo, esto depende de las características de personalidad y capacidad de manejo de personal en los médicos(as) coordinadores.</p>	<p><u>D-La coordinación</u> y el trabajo en equipo es buena, pero falta mas discusión y retroalimentación interna en los casos de VIF. En especial con los médicos, qué pasó con el caso, dónde fue referido y si esta acción fue efectiva.</p>
<p><u>E-Capacitación:</u> falta “un refrescamiento” en especial en VIF y sexual; también en la violencia patrimonial.</p> <p>Los médicas(os) no vieron la necesidad de capacitación en equipo; pero si son necesarios mas ESPACIOS de intercambio tanto en la discusión de casos, y de actividades en comunidad con el resto del personal del EBAIS</p>	<p><u>E-Falta formación</u> en detección, atención en crisis y seguimiento. Que ésta sea para TODO el personal. Esta capacitación debe ser vivencial, dinámica; donde se discutan casos o se pida opinión a expertos invitados. No sea magistral sino interactiva.</p>
<p><u>F-Coordinación externa:</u> sienten que algunas instituciones o programas son burocráticos y que son culpables de que el caso no sea atendido a tiempo, ni de manera eficaz. Falta un verdadero trabajo en equipo, con valoración, tratamiento y retroalimentación conjunto y eficaz.</p>	<p><u>F-Al referirlos,</u> el caso se pierde, deserta o se estanca. La gente se queja y ellos se sienten frustrados e impotentes; después de que ellos hicieron conciencia y trabajaron con la PDS, desertan o reinciden.</p>

GRUPO FOCAL con Trabajadoras Sociales y ATAPS .

Este grupo focal fue realizado durante el Taller de Capacitación impartido por el CIEM, 2004, en coordinación con estudiantes de Maestría en VIF y de género.

TEMA #1: Conocimiento de VIF y sexual

La VIFS es “una trasgresión de los derechos de cada individuo. . . ejercer la fuerza sobre la otra persona dentro de la familia. . . son actos violentos, un abuso de poder sobre otra persona”

Tipos: físico, psicológico, sexual, patrimonial y negligencia

Escenarios: visitas domiciliarias, referencias de escuelas y colegios; llegan a la consulta.

TEMA #2: Acciones y manejo de sentimientos al tratar un caso de VIF.

Primero es contener, escuchar, luego orientar prepararla emocionalmente para hacer una denuncia, hacer un plan de emergencia, buscar apoyo familiar, vecinal, etc.

Actitudes que debe tener el profesional: saber escuchar, comprender, ser sensible a la problemática, tener capacitación y experiencia en estos casos, ser tolerante, flexible y no perder el optimismo y el espíritu de lucha. Respetar las decisiones de la persona, aunque no parezcan las correctas. Darle apoyo, estímulo, acompañamiento.

Sentimientos: negativos -> impotencia cuando no pueden o no los dejan intervenir. Frustración, enojo, pérdida de tiempo y esfuerzos, cuando la persona se retracta, vuelve con el agresor, no sigue el juicio o lo retira. Repulsión cuando el agresor se encuentra presente en las visitas y entonces no se puede hablar.

TEMA #3: Problemas a los que se enfrentan para detectar, atender y dar seguimiento a los casos de VIF.

- Cansancio y derrota ante la burocracia,
- Inseguridad en el manejo de situaciones críticas.
- Miedo, ante las amenazas
- Re-victimización, incredulidad (niños) y mala atención en instituciones
- No crear empatía y perder la confianza y la privacidad en los casos.
- Intervenir sin violencia: no involucrarse emocionalmente.

TEMA #4: Opiniones, sugerencias y necesidades

- 1) Capacitación: a diferentes niveles. Primero sensibilización y del la problemática. . Espacio físico adecuado, talleres vivenciales.
- 2) Coordinación: mayor trabajo en equipo, retroalimentación, referencia y contrarreferencias.
- 3) Normativas: tener mayor información y apoyo legal, por el hecho de que deben denunciar y dar acompañamiento a las personas víctimas. Mayor seguridad a integridad física, psicológica; sus derechos como funcionarios de salud. Programas internos de autocuidado.

Entrevista al Equipo de Apoyo de la Coordinación del Area de Montes de Oca.

Los elementos comunes en las respuestas los agrupo a continuación:

Funciones y responsabilidades:

Todas deben cumplir con un listado de funciones y actividades que se les asignan cuando asumen su puesto. Las áreas que deben desempeñar son:

Supervisión de la planificación, ejecución y evaluación de las proyectos, programas y actividades programadas en el EBAIS. elaboración del ASIS.

Atención comunal y grupal, docencia e investigación; labores administrativas.

Hay sobrecargo de funciones

Coordinación interna y externa:

-Faltan espacios de retroalimentación en los EBAIS y lo Núcleos. Mayor énfasis en proyectos comunales de prevención, actividades de NO violencia

-Se debe mejorar la coordinación externa, mayor contrarreferencia.

Problemas -debilidades-

*Falta de presupuesto, materiales, transporte

* Los locales no son adecuados para la atención: no hay privacidad

*Hay división por "status" del profesional, no hay integración en los equipos

*Rotación del personal

Sugerencias y opiniones:

- Falta formación en labores de equipo

- Falta capacitación en el área legal;

- Mayor integración y trabajo de equipo.

- Actividades integrativas de autocuidado

- Formación en prevención del Acoso sexual entre compañeros del EBAIS y el abuso de poder de algunos profesionales (cómo enfrentarlo).

Actividades del EBAIS en la comunidad y entrevista a grupos organizados.

Grupos de Personas Adultas Mayores:

Los integrantes de ambos grupos coincidieron en que falta:

*Información y formación en VIF; dónde acudir. Tipos de violencia, en especial el patrimonial. Desconocían que en los EBAIS atendían VIF. Dar mas charlas, talleres y folletos que informen sobre esto.

*Formación sobre el respeto a PAM; ya que los tratan mal los jóvenes, los choferes de buses y taxis, en bancos, etc. Y sobre sus derechos.

*Denunciar la VIFS es un problema porque: tienen miedo a mas violencia, amenazas, 2) se quedan sin sus cuidadores y familiares, 3) han perdido sus propiedades y dinero no saben donde acudir.

*Sugieren actividades recreativas/informativas, que integren a jóvenes y niños(as) y así cambien su visión de la PAM. Actividades que los hagan sentirse útiles y respetados.

Grupo de Padres de Familia que asistieron a una Charla sobre: Cómo prevenir Abuso Sexual Infantil?. En la Escuela Nueva Inglaterra, San Rafael de Montes de Oca, perteneciente al Programa PROMECO.

-Asistieron como requisito para no perder beca escolar de sus hijos(as), 45 mujeres y 2 hombres.

Las tres madres de familia entrevistadas opinaron que falta:

-Mas profesionales para atender la problemática de VIFS como abogados, psicólogos(os) y trabajador(as) sociales.

-Talleres y charlas que les enseñe en forma vivencial y dinámica cómo manejar la VIF en sus hogares.

-Repartir mas información sobre VIFS en folletos.

- Trabajar con grupos mas pequeños de participación y sensibilización sobre la VIFS.

Campeonato de Papifútbol, en Vargas Araya con jóvenes

*Trabajo en grupo con 15 jóvenes, se dividió en tres grupos de 5; dos compuestos por muchachos y uno por muchachas. Al ponerlos en grupo detecté que no están acostumbrados a trabajar en equipo.

*El tema: masculinidad/feminidad; les causó vergüenza, lo trataron sin seriedad, con burlas y copiando de otros grupo.

*En los papelógrafos que realizaron demostraron “estereotipos” de ser hombre y mujer. Por ejemplo un grupo ante la pregunta ¿qué es ser hombre, qué es masculinidad? Escribieron “ porque somos hombres y nos gustan las doñas”.

Otro: “nosotros somos hombres porque nos gustan las mujeres y porque tenemos pene . .y así nos enseñaron nuestros familiares. . y si no son así son gay”.

El grupo de muchachas escribió: “Somos personas sensibles con mucho sentimientos”; para responder a a la pregunta ¿qué era ser mujer, tener feminidad?

CUADROS RESUMEN DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR -NIVELES DE INTERVENCIÓN Y ACTORAS(ES)-

PROMOCION

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	SIST. SALUD Y PROVEED	PERSONAS DEMAND SERV
Participación y conformación de Redes locales de Atención a la VIF y sexual en el Area de Montes de Oca.	Inventario de recursos institucionales y comunitarios. Organización de Red local y coordinación interinstitucional e intersectorial. Plan de Trabajo local Seguimiento a la Red local.	Se tienen las políticas y procedimientos. Se integran las Redes y los Comités Su participación se entiende como "obligación", requisito impuesto. No tienen tiempo, ni recursos para asistir a ellas.	Desconocen por completo el trabajo interinstitucional en Redes sus objetivos y acciones. No se les ha informado, ni tienen participación en ellas.
Organización de actividades para promover formas de convivencia no violentas.	Acciones de Promoción y divulgación en la comunidad. Acciones de Divulgación en los medios de comunicación masiva.	Hay divulgación y trabajo en las actividades relacionadas con enfermedades. No hay información respecto a VIF y sexual, ni actividades referentes. Hasta ahora se empieza este trabajo.	Hay divulgación en temas médicos (hipertensión, vacunas) Pero no en actividades No violentas, de integración y participación comunal.

PREVENCION

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	SIST. SALUD Y PROVEED	PERSONAS DEMAND SERV
Sensibilización a la comunidad y grupos organizados sobre el problema de la VIF y sexual	Campañas preventivas en la comunidad. Divulgar legislación en VIF y sexual. Divulgar servicios de Atención en VIF y sexual en los EBAIS.	Se tienen programas y actividades programadas desde las autoridades gubernamentales y las jefaturas de Salud. Todo está en los planes escritos falta operacionalización en equipo interdisciplinario.	Lo desconocen, hasta ahora van a empezar las charlas a las escuelas y los maestros. en Montes de Oca. Falta información, folletos, charlas y talleres sobre VIF, cómo prevenirla, denunciarla, enfrentarla
Creación de espacios de reflexión y autocuidado del personal de Salud-EBAIS-	Espacios de reunión de planeamiento interno. Sesiones de Educación continua. Asesoramiento en autocuidado y evaluación del trabajo de los EBAIS y su Modelo a Atención a la VIF	Falta sensibilización del personal en trabajo en equipo, en VIF y sexual, en autocuidado y en vacíos de capacitación, integración, responsabilidades y autocuidado como funcionarios en Salud. Les preocupa el apoyo legal en sus funciones/riesgosas	No aplica a las personas

CUADROS RESUMEN DE LA ATENCION A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR -NIVELES DE INTERVENCION Y ACTORAS(ES)-

DETECCION Y REGISTRO

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	S.SALUD Y PROVEED.	PERSONAS DEMAND.SERVIC.
Detección de situaciones de VIF y sexual, en las usuarias (os) y en las visitas a domicilio.	Detectar signos o síntomas de VIF, según criterios establecidos. Anotar en expediente, llenar la boleta de registro de VIF. Llenar boleta de Declaración Obligatoria.	Si hay normativas para Detección y Valoración de Riesgo. Los ATAPS y médicos los detectan, pero a veces no tienen tiempo suficiente y sólo refieren a Trabajadoras Sociales y/o otras instituciones.	No conocen las normativas en VIF y sexual. Piensan que sólo es para padecimientos médicos vacunas, presión, medicamentos. A veces por la situación de VIF, no pueden hablar en sus casas y en el EBAIS, falta privacidad.
Organización de actividades para promover formas de convivencia no violentas.	Programación de actividades en todo el año y con las diferentes comunidades	Se tienen previstas las actividades a nivel anual y compromisos de gestión. Pero hasta ahora van iniciar en M. de Oca, con las escuelas y maestros.	Desconocen estos programas y no concuerdan con las necesidades de la comunidad. Piensan que sólo se refiere a padecimientos físicos y médicos

ATENCION A LAS PERSONAS AFECTADAS

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	S.SALUD Y PROVEED.	PERSONAS DEMAND.SERVIC.
Captación temprana de VIF	Motivar a buscar atención VIF Expresión de sentimientos Elaborar Plan de emergencia Orientar sobre diversas alternativas (legales, sociales, etc)	Existe la normativa y los registros, la formación del personal Falta de tiempo y formas adecuadas de destección, orientación y de contención impiden dar una atención eficaz a las víctimas de VIF.	Desconocen los servicios. NO hablan por miedo, presión social y económica. Falta información sobre VIF y lugares que la atienden
Contención y Orientación de las personas afectadas por la VIF y sexual.	* Facilitar la expresión sentimientos, contención. * Valorar recursos con que cuenta la persona y el Plan de Emergencia. * Orientar sobre dónde acudir.	Está en la normativa y procedimientos. Pero el personal siente que falta formación en la contención y orientación; cómo no involucrarse emocionalmente con el caso y salir afectado (seg. personal)	No siempre hay "confianza" para contar o para denunciar. Falta acompañamiento, la víctima se siente sola o retira la denuncia por miedo, amenazas

CUADROS RESUMEN DE LA ATENCION A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR -NIVELES DE INTERVENCION Y ACTORAS(ES)-

continuación.... ATENCION

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	S.SALUD Y PROVEED.	PERSONAS DEMAND.SERVIC.
Atención Específica	<p>Valoración inicial y de riesgo Atender y valorar lesiones VIF, físicas, psicológ. patrimoniales, etc. Denunciar situaciones de VIF Coordinar con Red comunal para apoyo a la persona afectada de VIF y sexual. Coordinar con grupos de apoyo y/o autoayuda.</p>	<p>La normativa y los procedimientos se encaminan a la referencia para el tratamiento específico: la coordinación externa y la denuncia, sin embargo sería mas efectivo si existiera el profesional indicado (psicóloga, abogada) que esperan incorporar proxima-mente.</p>	<p>Las víctimas deben buscarla en otras instituciones y la atención a veces es muy tardada o ineficiente. No hay orientación y acompañamiento de todo el proceso legal y a veces la víctima se arrepiente o se frustra y quita la denuncia o no sigue el juicio.</p>
Seguimiento	<p>Revisar y analizar situaciones de VIF y contrareferencias. Dar seguimiento Efectividad de las intervenciones desarrolladas.</p>	<p>Está establecido en forma específica, cada institución lo aplica. Se comenta en el Comité de VIF pero la acción es individual, no de grupo.</p>	<p>Casi siempre se cierra porque se cambia de dirección, pocos casos detienen la VIF. No hay seguimiento como lo establecen las normas.</p>

COMPETENCIA TECNICA

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	S.SALUD Y PROVEED.	PERSONAS DEMAND.SERVIC.
Ofrecer servicios de atención, transferencia de conocimientos, tecnología y aplicación para informar y enfrentar la VIF y sexual.	<ul style="list-style-type: none"> - Poseer infraestructura - Desarrollar políticas públicas - Leyes, normativas y protocolos de atención a la VIF. - Sistemas de coordinación interinstitucional, redes, comités e instancias públicas y ONG 	<p>Existen las políticas públicas PLANOVI, Ley de Violencia Doméstica, PAIS- CCSS/UCR, funciones y competencias de Ministerios, CCSS, etc. Los funcionarios conocen y han sido capacitados en ellas.</p>	<p>Desconocen la legislación, la normativas y protocolos. No tienen participación en su diseño y su ejecución. Viene de decisiones gubernamentales e institucionales; no de las necesidades de la población.</p>
Aportar recursos humanos y financieros para los diferentes programas en la atención de la VIF y sexual.	<p>Presupuesto Anual: justificado con informes, compromisos de gestión, comités, redes, actividades, evaluaciones y estadísticas: basado en boletas, registros, referencias, etc.</p>	<p>Falta recurso humano y financiero, porque los profesionales cubren un área mayor a la que pueden atender. Los registros y funciones administrativas, se desempeñan adecuadamente.</p>	<p>La población crece y necesita mayores servicios y mas especializados. Descargona y agiliza el trabajo de las clínicas y hospitales.</p>

**CUADROS RESUMEN DE LA ATENCION A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
-NIVELES DE INTERVENCION Y ACTORAS(ES)**

continuación.... COMPETENCIA TECNICA

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	S.SALUD Y PROVEED.	PERSONAS DEMAND.SERVIC.
<p>Formar, capacitar y desempeñarse en los EBALS, como profesionales de promoción, prevención, atención y seguimiento de la Salud Integral, cubriendo el área médica y también la social: VIF, drogas pobreza, delincuencia, etc.</p>	<p>Selección, inducción, formación y capacitación de las labores propias de su profesión. Trabajo en equipo interdisciplinario, a todos los niveles de intervención.</p>	<p>Tienen principios orientadores, normas, protocolos, guías, registros y referencias. Los funcionarios los conocen y los utilizan en los casos que atienden. Falta capacitación en el trabajo en equipo y retroalimentación en casos de VIF y problemas soc.</p>	<p>Enfasis en la atención médica: tanto de individual como en las campañas vacunación, dengue, etc. Las personas de la comunidad solo consultan lo médico, desconocen la Atención en VIF. Falta promoción y prevención, mas información y participación a la comunidad.</p>
<p>Promover mecanismos de cooperación intersectorial e interinstitucional para el abordaje de la VIF y sexual.</p>	<p>Tienen sus normativas de trabajo en Redes, Comités Sectoriales y Regionales, etc. No hay normativa para un trabajo conjunto. Diagnósticos, instrumentos y procedimientos conjuntos, así como su evaluación.</p>	<p>Están los lineamientos normativos, pero falta operacionalizarlos y aplicarlos a diferentes necesidades y características específicas de comunidades diversas. No hay políticas de integración y trabajo conjunto; no solo de reporte y referencia; sino de una verdadera coordinación</p>	<p>No son tomadas en cuenta, se parte de diagnósticos institucionales. No hay participación de las comunidades, características y necesidades específicas. Cada institución las atiende específicamente y en forma individual, cuando la problemática es masiva y necesitan de grupos de apoyo, terapéuticos, etc.</p>

IDENTIFICACION DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS -ANALISIS FODA- MODELO DE ATENCION DE VIF EN EBAIS/PAIS

FACTORES	FORTALEZAS		DEBILIDADES	
	SIST.SALUD Y PROVEED.	PERS.DEMANDANT.SER	SIST.SALUD Y PROVEED.	PERS.DEMANDANT.SERV
INTERNOS				
A-Infraestructura	Existe el servicio, es accesible, más cerca de las PDS y las comunidades.	Es accesible y la conocen	No es espacioso, ni para atender tanta población. Falta privacidad.	No son los mas adecuados para atender tanta problemática diferente.
B-Principios orientadores de la Atención Integral	Existen premisas y orientación de la intervención en VIF y sexual.	Desconocen sus derechos no se parte de sus necesidades, no tienen participación.	Atención Integral, pero con énfasis en Modelo Médico Falta espacios, para que cada área discuta los casos de VIF y sexual.	No conocen las políticas no tienen participación, ni ingerencia en ellas.
C-Niveles de Intervencion	Proyección a la comunidad promover, organizar y atender a diferentes niveles.	Se prioriza la ATENCION médica. La VIFS es atendida con información, orientación y referencia	Se acentúa algún nivel y debilitando otros niveles. Ejm: la atención y registro	Se concentra en atención y se descuida la promoción prevención, la organización y el empoderamiento.
D-Trabajo en equipo	División de funciones y grados de atención a VIF	Funcionarios : médicos, Trabaj Soc. y ATAPS; se basa en la referencia.	Recargo algunas profesionales y falta de retroalimentación del equipo.	Depende de la sensibilización y responsabilidad de cada funcionario.
E-Capacitación personal	Tiene diferentes profesionales en diferentes áreas y recibe promoción, prevención y capacitación continua	Se prioriza en la atención, entrega de medicamentos; Prevención y capacitación son esporádicas en VIF.	Es magistral, repetitiva no se basa en los intereses de los funcionarios, ni en el trabajo en equipo.	Falta sensibilización, información de sus derechos, de la VIF y donde recurrir. No hay empoderamiento.
F-Normas y protocolos	Lineamientos comunes de trabajo y atención a VIF y sexual, tanto a funcionarios internos y externos (REDES)	Falta énfasis en empoderamiento, concientización y organización comunal.	Vienen desde las jefaturas, no de las diferentes comunidades y equipos de trabajo.	No la conocen, falta información, folletos, charlas, talleres participativos a todo nivel.
EXTERNOS				
Políticas Públicas VIF	Existen planes, programas y legislación.	NO las conocen, ni tienen participación, ni opinión.	Falta formación, división del trabajo y responsabilidades	Atención lenta por burocracia, victimización
REDES interinstitucionales.	Grupos constituidos con reuniones y lineamientos.	Desconocen su existencia y su funcionamiento.	Sobrecargo de funciones Prioridades de atención	Falta labor de información, participación
Referencia y seguimiento Retroalimentación	Hay normas y protocolos establecidos Mayor cobertura.	Se refieren a otras instituciones mas especializadas.	Falta de tiempo y de personal, no hay espacios de intercambio de experiencias.	Causan deserción y reincidencia. No se trabaja en equipo adecuadamente.