

Parte III.K
La Violencia
contra la Mujer

- Existencia de una política sobre violencia contra la mujer
- El número de consultas en los servicios para la atención de la violencia contra la mujer, por el tipo de servicio
- Actitudes de los proveedores de salud hacia la violencia contra la mujer o hacia los servicios para la atención de la violencia contra la mujer
- El porcentaje de clientes satisfechas con los servicios para la atención de la violencia contra la mujer en varias dimensiones

LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer¹ es un serio problema social y de salud que pone en peligro la salud reproductiva de las mujeres y viola sus derechos reproductivos. Las investigaciones realizadas en distintos países con relación al alcance y la naturaleza de la violencia contra la mujer, señalan unas tasas de prevalencia de la violencia contra la mujer muy altas y una estrecha relación entre la violencia contra la mujer y resultados adversos de salud reproductiva (Heise et al., 1999). Las mujeres que han sufrido algún evento de sexo forzado o no deseado están en mayor riesgo de contraer ITS incluido el VIH y tienen menos probabilidades de poner en práctica los comportamientos que las protejan de las ITS y el VIH. La disfunción sexual, las alteraciones de la salud mental, los efectos adversos del embarazo y el uso de drogas y alcohol son mucho más frecuentes entre las mujeres que han sufrido algún evento de violencia sexual y/o física. El sector salud juega un papel crítico en la respuesta a la violencia contra la mujer, ya que ofrece el único servicio que las mujeres probablemente reciban en un momento dado de su vida. La violencia incrementa el riesgo de afrontar otros problemas de salud, por lo que identificarla a tiempo puede ayudar a prevenir enfermedades graves que podrían llegar a poner en peligro la vida (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999).

La investigación de las ciencias sociales señala que, en muchas sociedades, la violencia contra la mujer es un comportamiento socialmente normativo (Sanday, 1981; Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999) y que funciona para lograr metas de interacción social en el corto plazo y metas para mantener la subordinación femenina y la supremacía masculina en el largo plazo (Dobash et al., 1992). Por lo tanto, muchas sociedades pueden considerar “normal” que un esposo utilice la fuerza física contra su esposa para “mantenerla en cintura.” Entre otros pretextos comunes para ejercer violencia contra la mujer—violencia doméstica en particular—figuran la actividad sexual real o imaginada fuera de la relación o transgresiones del comportamiento esperado según el sexo, como realizar las tareas domésticas. Esta violencia puede variar de bofetadas,

empujones o sacudidas a estrangulación, quemaduras, amenazas con un arma o violación. La violencia contra la mujer puede tomar modalidades específicas en los países específicos. Por lo tanto, se debe tratar de entender la manera en que el contexto local condiciona tanto las formas como las consecuencias de la violencia contra la mujer.

Esta sección del *Compendio* centra su atención en la violencia contra la mujer en el contexto de la evaluación de programas de salud reproductiva. En contraste con otras áreas de la salud reproductiva, en las que ya se están ejecutando programas maduros a nivel nacional para combatir algún problema en particular o para promover ciertos comportamientos específicos, los programas para la atención de violencia contra la mujer todavía están en su infancia. En los países en desarrollo, los servicios para la violencia contra la mujer tienden a organizarse en una de dos maneras: En unos cuantos países, funcionan básicamente las organizaciones independientes que se dedican (generalmente, las ONG) a combatir la violencia contra la mujer. Sus programas suelen incluir una amplia gama de actividades y servicios (por ejemplo, promoción y defensa pública con los legisladores; programas de comunicación a través de los medios de comunicación y a través de canales interpersonales; servicios de defensa legal en el centro o establecimiento de atención; servicios sociales y de salud para las víctimas y otras actividades

¹ La violencia con base en el género es un término “recogelotodo” que cubre cualquier daño infligido a una persona contra su voluntad, y que pone en peligro la salud física y/o psicológica, el desarrollo y la identidad de la persona. La violencia es el resultado de las relaciones de poder entre los géneros, en las que el poder se define por el papel social que se asigna a los hombres y las mujeres y que impacta desproporcionadamente a las mujeres y a los niños en casi todas las culturas. La violencia puede ser física, sexual, psicológica, económica o sociocultural. Las categorías de perpetradores pueden incluir a los miembros de la familia, a los miembros de la comunidad y/o aquellas personas que actúan en nombre de instituciones culturales, religiosas o del Estado.

relacionadas). En esos casos, la salud reproductiva forma parte de un programa de actividades más amplio.

En otros países no hay programas independientes dedicados primordialmente a la atención de la violencia contra la mujer, sino que se ofrece cierta ayuda a las víctimas de la violencia contra la mujer como parte de una gama más amplia de servicios sociales o de servicios de salud. Estas organizaciones tienden a dar consejería y tratamiento para las condiciones médicas y, en algunos casos, para el trauma psicológico, pero refieren a las mujeres para otros servicios que no se relacionan con la salud (por ejemplo, servicios legales). Todos los indicadores de esta sección aplican para los establecimientos que se dedican a la atención de la violencia contra la mujer (asumiendo que prestan servicios de atención de la salud o servicios sociales). En contraste, el indicador de la existencia de una política tiene mucho más relevancia para un programa dedicado a la atención de la violencia contra la mujer con una agenda de promoción y defensa pública que para un programa de SR que ofrece, entre otros, servicios para la atención de la violencia contra la mujer.

Dependiendo de la misión de la organización, los programas para la atención de la violencia contra la mujer tienen uno o más de los siguientes objetivos:

- Desarrollar políticas sociales y de salud relativas al tema a nivel del país;
- Sensibilizar a los proveedores de salud con relación a la violencia contra la mujer y capacitarlos en técnicas para reconocer adecuadamente y responder compasivamente a este fenómeno;
- Capacitar al personal en protocolos y procedimientos específicos para la atención de la violencia contra la mujer, por ejemplo: Recolectar datos del forense, evaluar el peligro, crear planes de seguridad;
- Dar información/elevar el nivel de conciencia dentro de una clínica u hospital por medio de materiales educativos;
- Identificar a las mujeres que han sufrido algún evento de violencia contra la mujer por medio del tamizaje;
- Referir a las mujeres a los servicios internos o externos (defensa legal, albergue, apoyo psicológico, entre otros); y
- Ofrecer servicios directos, tales como la defensa

legal o la consejería psicológica.

Hemos desarrollado varios indicadores que reflejan las actividades relacionadas con el desarrollo de políticas y la provisión de servicios. Para esta última, hemos incluido un indicador cuantitativo para el volumen de los servicios provistos y una evaluación en términos más cualitativos de las percepciones que tienen las clientes acerca de los servicios. Hemos omitido los indicadores para medir la violencia contra las mujeres a nivel de la población (aunque el objetivo final sea disminuir la violencia contra la mujer) por las siguientes razones.

Primera, en el caso de los programas que operan a nivel nacional, como en el de planificación familiar, es probable que se esperen efectos del programa a nivel de la población (por ejemplo, mayor uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas en edad reproductiva). Sin embargo, en el caso de programas dirigidos a pequeños subgrupos de la población o que tienen un alcance limitado (por ejemplo, centros juveniles para adolescentes), no se puede esperar detectar cambios atribuibles al programa con los datos a nivel de la población. Para los programas como estos, es más apropiado usar los datos a nivel del programa (por ejemplo, la información de las clientes que han entrado en contacto con el programa).

Segunda, para extraer datos válidos con relación a la violencia contra la mujer de las encuestas demográficas, se requiere poner mucha atención a una serie de aspectos metodológicos y éticos. La OMS ha desarrollado un conjunto de guías para investigar la violencia contra la mujer, con el objetivo de incrementar la seguridad de las personas que responden y de los entrevistadores, así como para obtener datos que tengan validez. El punto más crítico es que muchos países no tienen, debido a la escasez de mecanismos oficiales o de servicios sociales diseñados alrededor de la atención de la violencia contra la mujer, capacidad para abordar los temas de la violencia contra la mujer adecuadamente (una vez se han identificado por medio de la investigación).

Tercera, la investigación que se lleva a cabo en ausencia de este tipo de mediciones suele resultar en estimaciones de la prevalencia mucho más bajas de las esperadas, con base en otros estudios similares a nivel de la población, por lo que las personas que formulan las políticas piensan que “no hay problema.” A causa de estas tres razones, no promovemos el uso de la prevalencia de la violencia contra la mujer como un

indicador estándar de la efectividad de un programa. En su lugar, incluimos un indicador para la existencia de políticas a nivel nacional o institucional. Una alternativa para obtener algunos datos a nivel de la población, dado el interés en contar con este tipo de información, es rastrear las actitudes a nivel de la comunidad con relación a la posible justificación de la violencia contra la mujer, las formas que esta toma y la frecuencia percibida con la que ocurre.

Para finalizar, el objetivo de reducir la violencia contra la mujer es loable, pero es un esfuerzo a largo plazo. Alcanzar este objetivo *sólo* por medio de las intervenciones del sistema de salud es prácticamente imposible. Si los evaluadores usan la prevalencia de la violencia contra la mujer para medir el “éxito” de un programa individual, pueden concluir erróneamente que el programa ha “fracasado.”

ORC Macro ha desarrollado un módulo sobre la violencia doméstica para usar junto con el cuestionario central de la DHS+. Este módulo incluye una serie de preguntas con relación al comportamiento abusivo o violento por parte del (último) esposo/pareja, sobre cuándo comenzó, qué consecuencias físicas tuvo, si él bebe en exceso, y así sucesivamente. El módulo incluye, también, algunas preguntas sobre el posible comportamiento violento de la mujer hacia su pareja, sobre comportamientos violentos de otros miembros de la familia y conocidos, sobre el comportamiento violento del cónyuge durante el embarazo, así como la ayuda que se buscó, las razones para no buscar ayuda y otros temas relacionados. El propósito básico del módulo es definir el grado en que existe la violencia doméstica en una sociedad específica, las formas más comunes que toma la violencia, el contexto de estas acciones violentas, los perpetradores y otra información relacionada. Hasta la fecha, ningún país ha intentado usar estos datos para evaluar las iniciativas de los programas para eliminar la violencia.

La encuesta RHS tiene un módulo sobre la Violencia por la Pareja Intima, que se usa en todas las encuestas en Europa Oriental desde 1997; y en algunas encuestas de América Latina, desde 1995. Las preguntas centran su atención principalmente en dos tipos de violencia contra la mujer: 1) La violencia por parte de la pareja íntima en el curso de vida de la persona que responde y durante el último año; y 2) la coerción sexual en cualquier punto del curso de vida de una mujer. La violencia por parte de un compañero íntimo—definida como el abuso

verbal, físico y sexual—se explora usando una versión modificada de la Escala Táctica del Conflicto (de ocho elementos). Además, se pregunta a todos los entrevistados con relación a su historial de haber presenciado algún abuso físico entre sus padres o de sus experiencias de algún abuso cuando eran niños o adolescentes. Estos datos tienen mucha fuerza para los fines de la promoción y la defensa pública. Una ONG y un Senador en Paraguay usaron los datos de la RHS de 1995 en Paraguay para lograr la primera ley sobre violencia contra la mujer que se aprobó en ese país.

Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas para la Atención de la Violencia Contra la Mujer

Aunque se ha hecho muy poco trabajo empírico para evaluar la eficacia de los programas diseñados para reducir la violencia contra la mujer en el contexto internacional, hemos incluido esta sección en el *Compendio* para estimular el debate con relación a las medidas más adecuadas a tomar, anticipando que en el futuro se implementarán más programas de este tipo. A pesar de la escasez de datos empíricos para estos programas, los investigadores han identificado las siguientes como limitaciones metodológicas para conducir trabajos sobre este tópico.

- **Es difícil interpretar las estadísticas del programa con relación al volumen de clientes.**

Es probable que con cierta frecuencia, los programas identifiquen la reducción de la violencia doméstica como un objetivo a largo plazo, mientras que a corto plazo ofrecen servicios a las mujeres que están en situaciones de abuso. Las estadísticas que generan estos programas se suelen usar para describir la naturaleza y el alcance del problema de la violencia doméstica; sin embargo, las estadísticas de la utilización de los servicios se prestan a diversas interpretaciones y pueden no ser una medida adecuada de la incidencia de la violencia en un área, o entre una población específica. Por ejemplo, si aumenta el número de mujeres que se inscriben en un programa para la violencia doméstica, se podría concluir que la incidencia de la violencia doméstica está aumentando. De hecho, el cambio se puede deber a que las mujeres están más enteradas de la disponibilidad de este tipo de servicios y más dispuestas a probarlos, con base en la información que han recibido (por ejemplo, comentarios favorables, mensajes en los medios de comunicación); o se puede deber, también, a la mayor oposición de las mujeres al uso de violencia en su

contra por parte de los hombres. Así que el incremento en el número de mujeres que usan los servicios tiene, de este modo, un significado ambiguo.² Esta dificultad para interpretar los datos del programa tiende a ser mayor durante los primeros años de operaciones.

- **Las estadísticas cuantitativas del programa no reflejan la calidad de los servicios prestados.**

Un programa puede documentar que ha provisto 400 unidades de servicio a las clientes, pero estos datos cuantitativos no reflejan la calidad de los servicios prestados, ni su nivel de eficacia en empoderar a la mujer para enfrentar su situación. Por ejemplo, un programa puede distribuir enormes cantidades de materiales, pero la actividad puede causar más daño que beneficio, si el material lleva un mensaje que culpa a la víctima. Si los proveedores de salud son groseros y no tienen delicadeza al tamizar a las mujeres para detectar casos de violencia por parte de la pareja íntima, las bondades del servicio para las beneficiarias pueden ser cuestionables, en el mejor de los casos. De manera similar, si los proveedores hacen un tamizaje para detectar la violencia, pero no hacen nada por las clientes que son víctimas de ella, las estadísticas sobre el “número de mujeres a las que se les hizo una prueba de tamizaje” no tienen ningún significado. Por último, si las clientes perciben que el proceso de referencia es para los proveedores sólo una forma de librarse de ellas, el “número de referencias” mide inadecuadamente el desempeño del programa. Para complementar los indicadores con objetivos cuantitativos que se proponen en esta sección, es esencial contar con datos cualitativos que reflejen las percepciones de las clientes con respecto a su interacción con los proveedores del servicio.

- **Identificar a las clientes que recibieron servicios de apoyo para la atención de la violencia contra la mujer puede suponer peligro para ellas y para el entrevistador.**

La evaluación de los programas para la atención de la violencia contra la mujer enfrenta otra dificultad adicional, o sea: El identificar y entrevistar a las mujeres que recibieron este tipo de servicios, lo cual puede poner en mayor riesgo a la mujer. Los evaluadores deben planificar y ejecutar la recopilación de los datos con extremo cuidado para proteger a las clientes. Además,

la entrevista puede colocar al entrevistador en una posición en la que él/ella esté obligada a intervenir ética o moralmente (por ejemplo, si la persona que responde señala que puede estar en peligro de muerte inminente). Al evaluar los programas, se debe disuadir al entrevistador de “cambiar papeles” al final de la entrevista y convertirse en consejero o en educador de salud. (Entre otras razones, porque los entrevistadores no están capacitados para dar información o consejería y sus bien intencionadas respuestas pueden ser incorrectas). Por otra parte, sería poco ético recopilar este tipo de información y no hacer nada por la mujer que está en una situación potencialmente peligrosa. Dada la naturaleza sensible del tema y el potencial de poner en peligro a la cliente, únicamente los programas o los evaluadores de programa que están capacitados en técnicas para investigar la violencia contra la mujer deberían obtener estos datos directamente de las clientes del programa. Para mayor información sobre este tema, se refiere a los lectores a las Guías de la OMS (1999d).

- **Es difícil obtener datos válidos con relación a las actitudes de los proveedores del servicio.**

Debido a lo difícil que es obtener datos de las mujeres que han sufrido algún evento de violencia, una alternativa tentadora es entrevistar a los proveedores en lugar de a ellas. Sin embargo, los datos sobre actitudes pueden tener un valor limitado, porque (en la violencia contra la mujer al igual que en otras áreas) las actitudes no necesariamente predicen o están estrechamente correlacionadas con un comportamiento específico. Maiuro et al. (2000) publicaron un útil artículo sobre medición de actitudes de los proveedores con relación a la violencia contra la mujer dentro del sistema de salud de los Estados Unidos, pero es posible que los resultados no sean generalizables para los países en desarrollo.

Las páginas siguientes contienen varios indicadores para evaluar las iniciativas para combatir la violencia contra

² Este problema no es exclusivo a los programas para la atención de la violencia contra la mujer. Por ejemplo, un incremento en las solicitudes de tratamiento para las ITS después de una campaña sobre el tema, no necesaria (ni probablemente) indica que hay un aumento en la incidencia de ITS.

la mujer. En contraste con otras secciones del *Compendio* que se enfocan en la medición de resultados a nivel de la población, esta sección se concentra en aspectos de las políticas y en las mediciones a nivel de los programas. Tal como se señala antes, es prematuro pensar en hacer mediciones a nivel de la población para evaluar los programas para combatir la violencia contra la mujer, ya que estos programas se implementan a una escala muy pequeña, y eso sin mencionar los aspectos éticos que implica mantener el “rigor científico” ante el posible detrimento a las personas que son los sujetos de este tipo de evaluaciones.

A los lectores interesados en seguir este tema más detalladamente, se les refiere a un resumen de investigación titulado “*Reproductive Health Program Responses to Gender-Based Violence Against Women: Conceptualizing Indicators for Monitoring and Evaluation*” (Frye, Banwell y Ellsberg, 2001). Este trabajo elabora ampliamente algunas de las ideas aquí señaladas (por ejemplo, las que tienen relación con los indicadores de conocimiento y práctica para los proveedores, los administradores y los gerentes).

EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Definición

La existencia de declaraciones formales del gobierno, leyes y estatutos que afecten la violencia contra la mujer. Una política también se puede referir a las regulaciones, las guías, las normas y los estándares operativos (Cross, Jewell y Hardee, 2001).

Datos Requeridos

La documentación que señale las políticas

Fuente(s) de Datos

Los expedientes legislativos, los expedientes administrativos y otros documentos del gobierno (nacional, regional y local); además, los documentos internos de las políticas de una organización.

Propósito y Temas a Considerar

El propósito de este indicador es rastrear cambios en el entorno de las políticas que tienen el potencial de afectar la provisión de servicios para la atención de la violencia contra la mujer y el bienestar de las víctimas de violencia contra la mujer. Estos cambios pueden ocurrir en el ámbito político (a través de las declaraciones formales del gobierno y de los cambios en la legislatura, lo que algunos llaman “Política con ‘P’ mayúscula”) o a nivel organizativo (en términos de las políticas y los procedimientos utilizados dentro de los servicios de SR y por las instituciones que refieren a las mujeres a estos servicios, como la policía, la judicatura y los servicios sociales, lo que algunos llaman “política con ‘p’ minúscula”). Este indicador es un caso específico del indicador **Existencia de Políticas, Planes, Guías que Promueven el Acceso a y/o la Calidad de los Servicios de SR** que se presenta en la Parte II.B.

Los expertos en este campo sostienen que cualquier organización que maneje la atención de la violencia contra la mujer debe articular una política (con “p”

minúscula) con relación a su forma de abordar la violencia en función del género. Dependiendo de su misión, la institución también puede tomar una postura moral de promoción y defensa pública y tratar de influir en la Política gubernamental (con “P” mayúscula) y la legislación.

Para analizar los documentos relacionados con las políticas sobre la violencia contra la mujer, se debe tomar en consideración la manera en que el documento plantea el tema:

- ¿Reconoce la política que la violencia contra la mujer es un complejo fenómeno social y de la salud que tiene varios niveles y varias dimensiones?
- ¿Utiliza la política un enfoque integral para responder a la violencia contra la mujer o un fragmentado enfoque unisectorial?
- ¿Promueve la política el trabajo en colaboración con las organizaciones de mujeres que han tomado el liderazgo para responder a la violencia contra la mujer hasta el momento en que se desarrolla una política formal?

La existencia de una política sobre violencia contra la mujer indica que hay inquietud política con relación al tema, pero si no se transforma en acciones concretas, puede ser relativamente insignificante. Cualquier evaluación de las políticas sobre violencia contra la mujer debe examinar las estructuras específicas adecuadas para responder a las necesidades de las víctimas de este fenómeno, así como los antecedentes de la implementación de iniciativas de políticas para prevenir la violencia en el futuro. Por lo tanto, un indicador relacionado involucra la existencia de estructuras para: (1) Ofrecer servicios a las personas que sufren eventos de violencia contra la mujer y (2) emprender iniciativas para reducir o eliminar la violencia contra la mujer en el futuro.

Indicador

EL NÚMERO DE CONSULTAS EN LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, POR EL TIPO DE SERVICIO

Definición

“Las consultas en los servicios” se cuentan como el número de ocasiones en que una mujer solicita atención por la violencia contra la mujer en un centro o establecimiento específico. El número total de visitas puede incluir las segundas visitas y, por lo tanto, ser mayor que el número total de mujeres que utilizan el centro o programa durante un año específico.

Nota: Una mujer puede recibir más de un servicio durante una consulta específica (consejería y además referencia por otros problemas de salud). Los administradores y los evaluadores de programa pueden considerar útil rastrear los diferentes tipos de servicios (por ejemplo, consejería, tamizaje, referencias, tratamiento de las lesiones ocasionadas por la violencia) para comprender mejor las necesidades de la clientela. Por ejemplo, este rastreo produce datos sobre el número de referencias hechas desde los centros de atención por la violencia contra la mujer a otros establecimientos relacionados en el curso de un período de referencia (por ejemplo, un año).

Datos Requeridos

El número de consultas en cada centro, a nivel agregado para múltiples centros o establecimientos (si es que existen)

Fuente(s) de Datos

Las estadísticas del servicio del centro o programa

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador mide el volumen de servicios que el programa provee a su clientela. Durante los primeros años del programa, los evaluadores deben monitorear los detalles relativos a las consultas para entender mejor los problemas y las necesidades potenciales de la clientela—por ejemplo, el motivo de la consulta, el(los) tipo(s) de servicios brindado(s).

Entre los diversos indicadores relacionados (para los establecimientos de SR), se incluyen los siguientes:

- El número de clientes que reportan eventos de violencia en proporción del porcentaje de todas las mujeres que solicitan servicios de SR;
- Tamizaje activo para detectar la violencia contra la mujer: Porcentaje del total de reportes de la violencia contra la mujer que fueron identificados a través del tamizaje; y
- Atención oportuna y apropiada después de una violación: Porcentaje de sobrevivientes que acceden al servicio dentro de tres días después de la agresión.

Las clientes que llegan al establecimiento en busca de otros servicios tienen más probabilidades de divulgar un evento de violencia si sienten que los proveedores muestran sensibilidad hacia su problema.

Tal como se señala en la introducción a esta sección, la interpretación de este indicador es un tanto ambigua. El número de consultas podría incrementar con el tiempo no porque la violencia contra las mujeres esté en aumento, sino porque las mujeres están más dispuestas a presentarse y revelar el problema, particularmente si la gente habla favorablemente del centro. En efecto, un aumento en la provisión de los servicios debe reflejarse como algo favorable al programa.

Esta información es útil para demostrar a las agencias donantes que la organización está brindando un servicio a la comunidad. En este caso, de nuevo, el indicador da pocos indicios de si la mujer que recibe la atención la percibe como un servicio útil, aunque el aumento de las cifras refleja una publicidad favorable de boca a boca. De la misma manera, el número de consultas debe aumentar como un resultado de la publicidad en los

medios de comunicación o de otras intervenciones de comunicación para el cambio de comportamiento con relación a la violencia contra la mujer. Idealmente, las estadísticas del número de consultas también aumentarán, particularmente durante los primeros años del programa, a medida que más mujeres que los necesitan se enteran de que hay servicios disponibles y de que estos ayudan a la mujer que sufre algún evento de violencia.

Aunque es probable que el programa no pueda demostrar efectos a nivel de la población, los datos de la utilización de los servicios ayudan a justificar la existencia permanente de estos servicios ante los donantes interesados en ayudar a las mujeres con problemas de violencia doméstica.

Indicador

ACTITUDES DE LOS PROVEEDORES DE SALUD HACIA LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER O HACIA LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Definición

Las actitudes de los proveedores del servicio a los papeles sexuales que la sociedad dicta para las mujeres, al tema de la violencia contra la mujer, a los servicios de la atención de la violencia contra la mujer que proveen y a las mujeres que reciben estos servicios

La actitud se define como la valoración favorable o desfavorable de una persona respecto a un comportamiento o situación.

Datos Requeridos

Las respuestas a encuestas; las transcripciones de los grupos focales

Fuente(s) de Datos

Las entrevistas a los proveedores del servicio, los grupos focales

Propósito y Temas a Considerar

El indicador identifica a los proveedores que tienen actitudes que no coinciden con el concepto de calidad de atención con sensibilidad de género, como de culpar a las víctimas, fatalismo, pasividad y otras actitudes similares. El Cuadro III.K.1 presenta algunos ejemplos ilustrativos de las actitudes a medir. Es importante rastrear estas actitudes de los proveedores a nivel individual, porque constituyen barreras a (1) que las mujeres reporten y soliciten servicios para la atención de la violencia contra la mujer y (2) la provisión de servicios adecuados y con sensibilidad.

Esta información demuestra a las agencias donantes que la institución está dando a la comunidad un servicio con compasión y sensibilidad. Además, el indicador refleja la calidad de capacitación que la institución ofrece a sus proveedores de atención de la salud.

Cuadro III.K.1 Actitudes Ilustrativas a Valorar entre los Proveedores de Salud para la Atención de la Violencia Contra la Mujer

Estereotipación Sexual:

- Una mujer debe ser virgen cuando se casa;
- Una esposa nunca debe contradecir a su esposo;
- Es aceptable que las mujeres tengan una carrera, pero el matrimonio y la familia deben tener prioridad; y
- Hay algo malo en la mujer que no quiere casarse y tener hijos.

Aceptación de la Violencia Interpersonal:

- Ser tratado con brusquedad es sexualmente estimulante y/o es una señal de amor de un hombre hacia una mujer;
- Las mujeres fingen no querer tener relaciones sexuales por parecer fáciles, aunque en realidad están deseando que el hombre las fuerce;
- Una esposa debe irse de la casa si el esposo le pega; y
- Algunas veces se justifica que un hombre le pegue a su esposa.

Fuente: Burt (1980)

Indicador

EL PORCENTAJE DE CLIENTES SATISFECHAS CON LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN VARIAS DIMENSIONES

Definición

El grado en que las clientes reportan estar satisfechas con varios aspectos de los servicios que reciben

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de clientes que reportan estar con los servicios que recibieron}}{\text{\# total de entrevistadas}} \times 100$$

Datos Requeridos

Las respuestas sobre actitudes (entrevistas) o las palabras textuales (grupos focales) con relación a diferentes aspectos de los servicios recibidos (Ver Cuadro III.K.2)

Fuente(s) de Datos

Las entrevistas en profundidad o las encuestas con clientes; los grupos focales con participación de las clientes

Propósito y Temas a Considerar

La percepción subjetiva de las clientes con relación al servicio recibido es un elemento crítico de la evaluación de programas, ya que le permite al evaluador valorar el grado en que los servicios del programa satisfacen las necesidades de su clientela. Si las clientes no perciben que el servicio les es útil, o si sienten que las frustra o “desempodera” aún más, la intervención ha fracasado. Además, la retroalimentación de la clientela es muy importante para el proceso de identificar maneras de mejorar el programa. Por último, los evaluadores pueden comparar la retroalimentación que reciben de las clientes con la información que dan los proveedores para lograr un entendimiento más equilibrado de la dinámica del programa.

Este indicador está propenso a sesgos de cortesía por parte de las personas que responden a la encuesta. En

las entrevistas de salida con clientes de cualquier servicio, persiste la tendencia a expresarse positivamente con relación a los servicios recibidos (más positivamente que lo que sienten que fueron los servicios). Sin embargo, es probable que esta tendencia prevalezca más aún entre las mujeres que han sufrido algún evento de violencia doméstica, porque se sienten particularmente vulnerables, y porque temen que cualquier información negativa pueda afectar su futuro acceso a los servicios. Los evaluadores deben observar con especial cuidado cualquier elemento que las clientes califiquen aunque sea ligeramente más bajo que los otros, como indicativo de las posibles áreas que necesitan mejorar. Por otra parte, es probable que las respuestas francas a esta serie de preguntas difieran entre un país y otro, por lo que la información recabada es más útil para evaluar un establecimiento específico a lo largo del tiempo que para hacer comparaciones entre los distintos países.

En este caso, es importante tener en mente los aspectos éticos de la investigación con mujeres que sufren un evento de violencia (Nota: Véanse las consideraciones de la sección introductoria). Las representantes de las organizaciones locales de mujeres pueden ayudar a asegurar que la recopilación de los datos no pone en mayor peligro la situación de las clientes.

Este indicador del nivel de satisfacción de las clientes mide uno de los aspectos de la calidad de la atención. Un enfoque alternativo, que evita el problema del sesgo de cortesía, es medir ciertos aspectos objetivos del entorno de la entrega de servicios, por ejemplo: la capacitación del personal, la disponibilidad de cuartos privados para el tamizaje, la existencia de protocolos y su implementación. La Evaluación de la Provisión de Servicios (la encuesta a nivel de los establecimientos que está disponible para usarse en conexión con las encuestas de hogares de la DHS) no aborda la violencia contra la mujer *per se*, pero muchos de los elementos requeridos para este propósito se pueden adaptar de dicho instrumento.

Cuadro III.K.2 Preguntas Ilustrativas sobre Actitudes para el Nivel de Satisfacción de las Clientes con los Servicios para la Atención de la Violencia Contra la Mujer

Entrevista con las Clientes:

- ¿El proveedor de salud le aseguró la privacidad y la confidencialidad?
- ¿El proveedor de salud respondió a sus preocupaciones y la dejó satisfecha con lo que usted necesitaba?
- En su opinión, ¿el proveedor de salud tomó en cuenta sus inquietudes y la dejó satisfecha con lo que usted necesitaba?
- ¿Sintió usted que el proveedor de salud la trató con respeto?
- ¿Sintió usted que el proveedor de salud le puso atención?
- ¿Le pudo relatar con toda claridad sus preocupaciones y sus necesidades con relación a la violencia contra la mujer al proveedor de salud?
- ¿Sintió usted que el proveedor de salud la estaba tratando de forzar a tomar alguna decisión con relación a la violencia contra la mujer?
- ¿Le informó el proveedor de salud que usted tiene opciones de salud, sociales y legales, de una forma en que usted las pudo entender?
- ¿Entendió usted las opciones de salud, sociales y legales que tiene?
- ¿Le dio el proveedor de salud alguna información concreta que la ayudó a tomar una decisión?
- ¿Sintió que el proveedor de salud quería que usted tomara sus propias decisiones?
- ¿Sintió que el proveedor de salud la apoyó en la decisión que usted tomó?
- ¿El proveedor de salud la hizo sentirse culpable de la situación de violencia?
- *Si usted fue referida a otro lugar, ¿le parece que el proveedor de salud creía que con referirla la estaba ayudando?*
- *Si usted fue referida a otro lugar, ¿le parece que al proveedor de salud le importó que usted fuera referida?*

(Banwell, Ellsberg y Frye, 2001)