



Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y
Tecnologías Médica
Unidad de Postgrado



ESPECIALIDAD EN SALUD E INTERCULTURALIDAD

PROPUESTA DE INTERVENCION

**“MEJOR ATENCION DE LAS VICTIMAS CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MUNICIPIO DE TIRAQUE”**

TUTOR : DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

CURSANTE : DRA. MARLENE LUZ MERCADO RODRIGUEZ

Cochabamba – Bolivia

Agradecimientos

- *A las instituciones que hicieron posible que una más de mis metas sean cumplidas.*
- *A la Dr. Carlos Tamayo Caballero Gestor de la especialidad, por hacer posible culminar la especialidad.*
- *A mis docentes que transmitieron su sabiduría su experiencia y sobre todo su paciencia.*
- *A mi tutor Dr. Carlos Tamayo Caballero, por sus enseñanzas y su paciencia para ayudarme en la elaboración de la presente proyecto.*
- *Al Dr. Tancara por la ayuda y paciencia*
- *Al personal de mi centro de salud que me colaboro de manera incondicional.*

DEDICATORIA

A Díos:

Quien me ha dado la vida y la fuerza para seguir adelante en todos mis proyectos. Por guiarme e iluminar el camino que debo andar para seguir superándome, por llenar mi vida de fe y esperanza.

A mi familia: *Por brindarme su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles, por confiar siempre en mí.*

A mis Hijos:

Fabiola, Reynaldo y Rebequita por ser el motor que mueve toda mi vida y el motivo para seguir adelante.

A mis Compañeros: *Por ser las personas que con su apoyo incondicional entusiasmo y perseverancia hicieron que los momentos difíciles no sean obstáculos para continuar.*

INDICE

Pagina

RESUMEN EJECUTIVO.....	1
• INTRODUCCION	
• ANALISIS DEL PROBLEMA	
• BENEFICIARIOS DIRECTO/INDIRECTOS	
• ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	
• INDICADORES	
• SUPUESTOS	
• FUENTES DE VERIFICACION	
• FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
1.- INTRODUCCION.....	3
2.- ANTECEDENTES.....	7
3.- RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON.....	
LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PÚBLICA.....	5
4.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA O PROYECTO.....	44
5.- ANALISIS DEL A INTERVENIR.....	45;46
6.- ANALISIS DE ACTORES.....	46
6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS.....	46
6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS.....	46
6.3 Oponentes.....	47
6.4 AFECTADOS.....	47
7.- CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION.....	47
8.- ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	56
8.1 OBJETIVO GENERAL.....	56
8.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	56
9.- RESULTADOS.....	56
10.- ACTIVIDADES.....	56
11.- INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	57
12.- FUENTE DE VERIFICACION.....	57
13.- SUPUESTOS.....	58
14.- ANALISIS DE VIABILIDAD.....	59
15.- ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	59
15.1 FATIBILIDAD SOCIAL.....	59
15.2 FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL.....	59
15.3 FACTIBILIDAD ECONOMICA (PRESUPUESTO PUBLICO).....	60
15.4 FACTIBILIDAD DE GÉNERO.....	60
16.- ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.....	61
17.- IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.....	62
18.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROYECTO.....	62
EC19.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63

20.- ANEXOS.....	63
20.1 ARBOL DE PROBLEMAS.....	65
20.2 ARBOL DE OBJETIVOS.....	66
20.3 MATRIZ DE MARCO LOGICO.....	67
20.4 PRESUPUESTO.....	68
20.5 MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO.....	69
20.6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA.....	70
20.7 CRONOGRAMA.....	71
20.8 PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO.....	72
20.9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVOLUCION DEL PROYECTO.....	73

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción, Con el presente proyecto de intervención se pretende contribuir a mejorar la Atención Adecuada a las víctimas afectadas con la violencia intrafamiliar con un enfoque de interculturalidad, en el centro de salud Tiraque.

Para conseguir este objetivo, se involucra al personal de salud, **mejorando** la respuesta social con enfoque de interculturalidad del personal de salud del Centro de Salud, autoridades locales, y municipales, Coordinaciones de Red y actores sociales de Tiraque, ante la VIF.

Con el presente proyecto de Intervención del problema planteado se obtendría un servicio de salud con un personal capacitado y fortalecido en el manejo de la violencia intrafamiliar con un enfoque intercultural, que beneficie a las víctimas que acuden en busca de ayuda al Centro de Salud, ya que esta problemática afecta a toda la sociedad en su conjunto.

Análisis del problema

La aplicación del Proyecto de Intervención se basa en datos obtenidos mediante una encuesta del personal datos del SNIS, cuadernos de Registros del Centro de Salud.

Los beneficiarios directos del proyecto de intervención son el personal de salud del Centro de Salud Tiraque, capacitados para un manejo adecuado de las víctimas afectadas por la VIF.

Los indirectos son las familias de las víctimas que forman parte del proyecto de intervención y la comunidad en general.

El objetivo general es Contribuir a mejorar la Atención Adecuada de las víctimas afectadas por VIF. Mediante personal de salud capacitado y sensibilizado en base a interculturalidad respetando sus creencias culturales, guiando hacia una vida saludable libre de Violencia del Municipio de Tiraque
Del departamento de Cochabamba.

Los indicadores por la estructura de objetivos están dados por un estudio de investigación realizado el año 2015, donde se demuestra claramente la gran cantidad de víctimas afectadas con VIF.

Fuentes de Verificación, En la investigación pudimos obtener información de las listas del Sistema nacional de información en salud (S.N.I.S.) y de los registros de la Defensoría donde la cantidad de mujeres que sufren de violencia intrafamiliar en un año fue de 154 casos y 36 varones que de igual forma fueron víctimas de violencia intrafamiliar

El impacto esperado del proyecto de intervención es Mejorar la atención a las víctimas afectadas con esta problemática.

Supuestos

Voluntad política por parte del ejecutivo Municipal.

Voluntad y responsabilidad por parte del personal de Salud.

Continuidad del financiamiento por parte del Gobierno Autónomo Municipal.

Continuidad del proyecto por parte del personal de salud del Centro de Salud correspondiente.

Motivación al personal de salud para mejorar la Atención a víctimas que sufren Violencia Intrafamiliar.

Fuentes de Financiamiento, los recursos son provenientes del IDH Municipal del Gobierno Autónomo Municipal de Tiraque el monto total es de 45.000 Bs.

1.- INTRODUCCION

En un estudio realizado de enero a diciembre de la gestión 2016 en la población de Tiraque se diagnosticó alta tasa de casos de víctimas de VIF

Y el conocimiento insuficiente del manejo adecuado con enfoque intercultural del personal de salud, ante la violencia intrafamiliar en nuestro país como en otros, basado en un estudio de investigación que se realizó sobre esta temática con el personal de salud del municipio de Tiraque. Este estudio de investigación pretendió mejorar la atención de los afectados y desarrollar planes estratégicos de coordinación con otras instituciones y actores sociales para la prevención, disminución y erradicación de la VIF.

DATOS ESTADÍSTICOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL DE TIRAQUE

En Bolivia más del 50% de la población de mujeres sufren algún tipo de violencia intrafamiliar y la otra mitad padece de otras formas de agresión fuera del hogar como acoso sexual y político y al no ser tipificados como delitos no son sancionados.

Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) del 2003 muestran que el 53.3% de la población boliviana son mujeres y según el centro de promoción Gregoria Apaza de estas más de la mitad reportaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia intrafamiliar (psicológica, física, sexual) y que solamente de cada diez mujeres tres buscaron ayuda según esta institución, por vergüenza, y por que en nuestra sociedad machista se la ve más bien a la mujer como responsable de este tipo de actitudes por parte de los agresores.

El municipio de Tiraque está ubicada al sudeste del departamento de Cochabamba a 60 km. Su principal actividad productiva de la región es la agricultura, el principal rubro productivo constituye la papa, generando un movimiento económico bastante grande, y como no es de extrañar las

comunidades de este municipio también padecen de este gran problema como es la violencia intrafamiliar, y no podemos quedar indiferentes ante este fenómeno que va destruyendo familias y personas, por lo tanto nosotros como personal de salud junto a las autoridades tenemos la obligación de contribuir a la concientización de los efectos negativos que trae consigo la violencia intrafamiliar en todas las sociedades.

En la investigación pudimos obtener información de las listas del Sistema nacional de información en salud (S.N.I.S.) y de los registros de la Defensoría donde la cantidad de mujeres que sufren de violencia intrafamiliar en un año fue de 154 casos 118 entre mujeres y niños, 36 varones adultos con tendencia a aumentar que de igual forma fueron víctimas de violencia intrafamiliar

2.- ANTECEDENTES

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El sector salud es muchas veces renuente a considerar al problema de la Violencia Intrafamiliar, aunque ésta haya sido definida como un problema de salud pública.

Antes que nada tenemos que recordar que la violencia familiar comparte con otros problemas psicosociales como la drogadicción, la delincuencia juvenil, el SIDA y tantas otras una marcada e inevitable gravitación de matices ideológicos y un intenso compromiso emocional. Se conecta con creencias y valores profundos acerca de cuestiones esenciales de la vida. De manera que los profesionales tienen que realizar un esfuerzo de introspección y elaboración de sus propios prejuicios y estereotipos y, además, convencerse de que pueden hacer algo.

Por otra parte, esta no es su área específica de trabajo. Por eso puede observarse una cierta tendencia a no prestar atención a estos temas si no aparece una demanda explícita, por temor a que “darse cuenta” signifique

“hacerse cargo” sumando a su ya compleja y abrumadora tarea una responsabilidad más.

Para que los profesionales de la salud, enfrentados con cierta frecuencia a estos problemas, puedan sentirse confiados y respaldados, es importante poder ofrecer además de capacitación, canales de derivación y asesoramiento adecuados, suficientes y accesibles. De esta manera el formar una red de atención en caso de violencia, no representará para el profesional “hacerse cargo” sino articular su aporte que puede ser “sencillo y puntual” a una red en funcionamiento.

PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL SECTOR SALUD

La percepción como proceso cognitivo implica la forma cómo las personas en configuración integral ven o entienden un fenómeno, ello sugiere una forma de interpretación subjetiva como respuesta a las experiencias y vivencias propias de su contexto externo e interno.

A fin de conocer cómo los trabajadores de salud desde su rol perciben o interpretan las implicancias de la Violencia Familiar en la salud integral, el desarrollo personal, el desempeño laboral y la respuesta institucional; en base a las respuestas recogidas en el Cuestionario de Habilidades Psicosociales se determinaron los siguientes indicadores:

PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA CONVIVENCIA FAMILIAR

En cuanto a si la violencia es percibida como un fenómeno inherente o no a la convivencia y dinámica de vida familiar, algunos resultados indican que los trabajadores Inmersos y no inmersos en violencia familiar respectivamente, aún entienden a la violencia como una experiencia parte de la convivencia familiar.

PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL DESEMPEÑO LABORAL

En cuanto a la percepción y respuesta ante la influencia de la violencia familiar en el desempeño laboral, podemos observar que algunos estudios realizados demuestran que los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los No Inmersos, aún no están sensibilizados sobre la magnitud y las repercusiones negativas de la violencia familiar en el desempeño de la actividad humana, sea laboral, social, cultural, política, académica, etcétera, puesto que aún prevalecen ideas como: "*El trabajo es una cosa y la vida privada es otra*", "*Trabajando me olvido de mis problemas*", "*Los problemas se dejan en la puerta*", "*no me interesa la vida privada de la gente*". El entender y explicar la violencia al interior de la familia como un asunto privado o como propio de la pareja y la intimidad, es no reconocer el carácter social y de los derechos humanos de las personas y ello no es más que un mito, pero como nos demuestra el estudio, en Huancavelica esta forma de entendimiento aún prevalecen en muchos trabajadores de salud, convirtiéndose por tanto en una debilidad para el ejercicio de un rol protagónico y acertado en la atención y prevención de la Violencia Familiar y hacia la mujer a nivel comunitario.

Sobre este asunto Herrera Calle (2000), manifiesta que "*la violencia doméstica ha sido considerada como un problema oculto, por ello sus protagonistas hacían todo lo posible por disimular ante los demás encubriendo su situación*", pero hoy gracias a los estudios e investigaciones se va demostrando que la problemática de la violencia en la familia es de magnitud social, por tanto debe ser afrontado por toda la sociedad como un problema público.

PERCEPCIÓN DEL ROL COMO TRABAJADORES DE SALUD EN LA ATENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En vista que la forma como se percibe la violencia Familiar guarda relación con el desempeño laboral en la tarea de atención y prevención del problema, se recogió mediante un cuestionario en un estudio realizado que las habilidades psico-

sociales información relevante sobre cuál o cuáles de las formas de entendimiento al respecto prevalecen, dando como resultado que aún un 58% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 42% del grupo No Inmerso, creen y opinan como trabajadores del sector salud no tener mayor responsabilidad en su atención y prevención, por lo que su disponibilidad es a no sentirse involucrado.

IDENTIFICACIÓN Y COMPROMISO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD CON VICTIMAS DE LA VIF.

Otro de los factores de influencia para el buen cumplimiento de los roles en la atención y prevención de la Violencia Familiar y de prestación de servicios de salud con calidad y calidez es la motivación intrínseca asociada a la forma cómo los trabajadores se identifican con su labor y la disponibilidad para involucrarse en la ayuda a quienes sufren el drama de la enfermedad que en conjunto reflejarán la respuesta de la institución del que forman parte. Esta relación del trabajador con su institución, el compromiso laboral y de servicio que asuma, guarda relación con la forma cómo el trabajador es tomado en cuenta y valorado no sólo en su desempeño técnico o productivo, sino también como persona con sentimientos, necesidades y esperanzas. La aplicación del cuestionario de Habilidades Psicosociales al respecto nos revela resultados no favorables, ya que en unos 96% y 94% de los trabajadores Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar respectivamente, de manera casi generalizada manifiestan sentirse o haberse sentido maltratados en su centro de trabajo.

CULTURA

Cultura puede ser definida en un sentido amplio, como todo lo cultivado por el hombre y la mujer, ya que comprende el total de las producciones humanas, tanto en el ámbito material (como, por ejemplo, los productos del arte y la técnica) así como en el espiritual (donde se mencionan las ciencias, el arte y la filosofía).

En un sentido más restringido, la cultura se constituye por los diversos saberes, tanto de tipo especulativo como práctico, que la humanidad ha alcanzado y recopilado, en forma más o menos sistemática, a lo largo de la historia.

Bell, define la cultura como “un proceso continuo de sustentación de una identidad mediante la coherencia lograda por un consistente punto de vista estético, una concepción moral del yo y un estilo de vida que exhibe esas concepciones en los objetos que adornan a nuestro hogar y a nosotros mismos, y en el gusto que expresa esos puntos de vista.

El término “cultura” abarca un abanico de definiciones ya que es amplio y se caracteriza por muchos rasgos sociales. Cultura es un conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y efectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término “cultura” engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de si mismo, cuestiona sus relaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden¹.

Lo que distingue una cultura de otras es lo que llamamos “diversidad cultural”.

La diversidad cultural es un fenómeno que enriquece el ser humano y lo hace distinto, diferente al resto de los humanos.

Pero la cultura también cambia se transforma y se adapta a las necesidades que van surgiendo en cada época y situación determinado por el entorno y las condiciones materiales.

Es por este motivo que, dentro de un mismo país aparecen micro culturas con señas de identidad propia, dentro de una misma cultura que les engloba a todos.

^{1/} Interculturalitat I Didáctica de la llengua per a immigrants, Isabel Talens.

Interculturalidad.-

Durante los años setenta y ochenta, el pluralismo cultural ha servido en determinados países con sistemas democráticos y con estado de derechos, como el marco de impulso a nuevas políticas y programas.

Este término es usado en su sentido jurídico o de hecho (diversidad cultural en un determinado territorio) como en su acepción normativa o axiológica (como debe procederse a organizar la vida social y pública).

El multiculturalismo hace hincapié en las diferencias culturales, lleva adelante una política de afirmación de esas identidades y culturas diferentes, se moviliza por el reconocimiento y el ejercicio de los derechos de los grupos étnicos diferenciados y los pueblos indígenas.

Este modelo de Pluralismos Cultural ha sido implementado en países como Canadá, Estados Unidos, Bolivia, Guatemala y Holanda; también ha sido el planteamiento respaldado por las Naciones Unidas para atender el tema de las relaciones interétnicas.

Después de varios años de aplicación, las críticas han comenzado a escucharse, se lo considera insuficiente para la construcción de una unidad nacional, debido a que tiende a llevar a límites extremos las diferencias e ignorar las convergencias. El fortalecimiento de identidad y derecho de cada cultura de forma aislada ha llevado a posiciones de tipo etnocentristas.

Se ha visto que el multiculturalismo no aborda la convivencia de las culturas, sino la coexistencia y puede ser fácilmente manipulado ideológica y políticamente por las elites de las culturas dominantes y de las culturas dominadas.

Las políticas de multiculturalidad han incubado en su seno actitudes, que en el plano teórico, pretendía combatir como son el incremento de visiones fundamentalistas, esencialistas, integralismos, intransigencias e intolerancias.

La interculturalidad tiene en cuenta no solo las diferencias entre personas y grupos culturalmente diferentes, sino también, la convergencia que existe entre ellos, los vínculos que les une, la aceptación de los derechos humanos como punto de partida común, como norma de convivencia legitimada y aceptada¹.

El término “Interculturalidad” tiene diferente significado dependiendo desde que paradigma la interpretamos, usamos el concepto de interculturalidad, como un valor del derecho humano, sin embargo; nos quedamos como una acción folclórica, al punto que asumimos que para hacer interculturalidad es suficiente un atuendo vinculado a las naciones originaria campesinas, o polarizamos a lo enteramente rural o, reducimos a las condicionantes como un factor de riesgo, más que en un hecho o expresión política, en otros extremos el termino usamos como un acto folklórico, o ver como una cuestión solamente práctica, tanto es así que en el sector asumimos “el parto vertical” como una conquista sin comprender su dimensión técnica, social y cultural².

INTERCULTURALIDAD EN SALUD.-

El hablar de interculturalidad en salud promovida por el Estado nos remite necesariamente a la problemática de la salud en su totalidad. Sin lugar a dudas es una de las mayores preocupaciones en toda sociedad actual y constituye una problemática especial en contextos pluriétnicos. Como consecuencia por una parte, de la situación de abandono y falta de acceso a los servicios públicos de salud y por otra, de la imposición de un sistema de salud hegemónico muchas veces antagónico en relación a los sistemas médicos indígenas.

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante

² Tamayo C, Carlos, Análisis de las Redes Funcionales Integrales de Servicios de Salud, Consultoría OPS/Bolivia, Documento inédito.

en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural;

Situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente³

En este contexto, la antropología como ciencia contribuye tanto a descubrir y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socio antropológico para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea.

HISTORIA

En la antigüedad todos los pueblos organizaban a la familia, relegando a la mujer a un segundo plano, en muchos pueblos se tildo de cosa, en Grecia por ejemplo la mujer se encontraba rígidamente sometida; en Roma el tronco común era el varón el cual convivía con esposas e hijos era el único dueño del patrimonio y tenía derecho a la vida o a la muerte de quienes estaban bajo su mando.

El cristianismo introdujo cambios de concepción de la autoridad del hombre dentro de la familia, y la mujer paso a ser su compañera.

En la década de 1970 las feministas analizaron el alcance de la violencia domestica y se crearon centros de acogida y ayuda para mujeres y niños maltratados.

A lo largo de la historia, el patriarcado, según el movimiento feminista ha puesto el poder en manos de maridos y padres en cualquier relación conyugal o de pareja.

El suttee entre los hindúes (que exige que la viuda se ofrezca en el funeral de su marido), el infanticidio femenino en la cultura china e india dominadas por hombres, matrimonios concertados en la cultura musulmana.

³ Menéndez, E. (1990).

Algunas feministas radicales opinan que la familia es la raíz del problema y que deben liberarse del hombre por el contrario el otro extremo opinan que la mujer debe limitarse a ser ama de casa y madre.

El fratricidio asesinato de un hermano también ha sido frecuente en algunas sociedades con derechos de primogenitura por herencia a coronas y títulos.

TEORÍAS DE GÉNERO

La teoría o las teorías de género no solo esta referida a la concepción genérica de los sexos femeninos y masculinos, si no que abarca una concepción cultural determinada

La agenda de género representa un cambio en el concepto de familia, vida y sexualidad, legalizaciones del aborto, y la aceptación de las uniones homosexuales, lesbianas, con los mismos derechos de los matrimonios heterosexuales. Esto implica una nueva forma de ver al ser humano y a la sociedad en su conjunto.

Esta nueva bandera tomada por el feminismo se fundamenta básicamente en el hecho que las mujeres se habían visto forzadas a aceptar un patrón de vida social impuesto culturalmente. Esto consiste, tal como señala la historiadora chilena que la teoría de los géneros está ligada a la teoría de la discriminación por parte del hombre hacia la mujer que se sustentan en creencias no avaladas por ciencia, y que esta discriminación fue construida de forma artificial culturalmente y a través de la historia.

La agenda de genero ha venido a sustituir la agenda feminista de la lucha sexual, como lo señala una destacada periodista norteamericana y que antiguamente el debate era por la discriminación de hombres y mujeres mientras que hoy en día esto va mas allá, el objetivo de ahora es obligar al cueteo de 50-50% en todas las actividades de las instituciones mundiales ósea igualdad de oportunidades.

Conclusiones

Toda esta ideología de género está buscando definitivamente un cambio en la cultura que incidirá en el concepto de familia, vida sexualidad, tipo de educación, los roles de hombres y mujeres en la sociedad. Siendo que el hombre y la mujer son seres humanos que se complementan para construir juntos una sociedad aportando cada uno desde su naturaleza la riqueza de su identidad masculina y femenina para alcanzar cada uno su realización plena como seres humanos.

SALUD PÚBLICA

Declaración de las naciones unidas 1993 nos proporcionan un marco amplio para definir la violencia contra la mujer, pero esta declaración define violencia como cualquier acto de violencia.

El problema de violencia no es tan fácil de documentar pues tiene que atravesar muchas barreras como la vergüenza, el miedo a no obtener ayuda de las instituciones y se opta por ocultar muchos hechos que pudieran estar dañando la salud física y mental de las víctimas.

Según la OPS/OMS la violencia se define como un problema de salud pública y por ello debemos priorizar los siguientes fundamentos:

Cortar el círculo vicioso de la violencia.

Tomar en cuenta la estadística que va avanzando de una manera muy alarmante.

FAMILIA

La familia, de una manera global, puede definirse como un grupo social primario unido por vínculos de parentesco, estos pueden ser: consanguíneos, de filiación (biológica o adoptiva) o de matrimonio, incluyendo las alianzas y relaciones de hecho cuando son estables. Se es parte de una familia en la medida en que se es padre o madre, esposa o esposo, hijo o hija, abuela o abuelo, tía o tío, pareja, conviviente, etc.

Podemos distinguir tipos de familias: conyugal (esposo y esposa), nuclear (esposos e hijos), monoparental (un sólo progenitor con uno o varios hijos), extendida (padres, hijos, abuelos y tíos) y ensamblada (esposos, hijos comunes e hijos de anteriores uniones de uno o ambos esposos).

La familia en la sociedad debe cumplir importantes funciones, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, su desarrollo y bienestar, estas son:

Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos, los ancianos y en general a los miembros dependientes.

De acuerdo a estas funciones, la unión familiar debe asegurar a sus integrantes, estabilidad emocional, social y económica, además de prodigar amor, cariño y protección. Es allí donde se transmite la cultura a las nuevas generaciones, se prepara a los hijos(as) para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad y se aprende tempranamente a dialogar, escuchar, conocer y desarrollar los derechos y deberes como persona humana.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Por violencia intrafamiliar nos referimos a todas las situaciones o formas de abuso de poder o maltrato (físico o psicológico) de un miembro de la familia sobre otro o que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos niveles de daño a las víctimas de esos abusos.

Puede manifestarse a través de golpes, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, control, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, prohibiciones, abandono afectivo, humillaciones o al no respetar las opiniones, son estas las formas en que se expresa la violencia intrafamiliar, comúnmente en las relaciones de abuso suelen encontrarse combinadas, generándose daño como consecuencia de una o varios tipos de maltrato.

Quienes la sufren se encuentran principalmente en los grupos definidos culturalmente como los sectores con menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia, donde las variables de género y generación (edad) han sido decisivas para establecer la distribución del poder en el contexto de la cultura patriarcal. De esta manera las mujeres, los menores de edad (niños y niñas) y a los ancianos se identifican como los miembros de estos grupos en riesgo o víctimas más frecuentes, a quienes se agregan los discapacitados (físicos y mentales) por su particular condición de vulnerabilidad. Los actos de violencia dirigidos hacia cada uno de ellos constituyen las diferentes categorías de la violencia intrafamiliar.

Si bien muchas acciones de violencia intrafamiliar son evidentes, otras pueden pasar desapercibidas, lo fundamental para identificarla es determinar si la pareja o familia usa la violencia como mecanismo para enfrentar y resolver las diferencias de opinión. Un ejemplo frecuente es una familia donde cada vez que dos de sus integrantes tienen diferencias de opinión, uno le grita o golpea al otro para lograr que "le haga caso" (sea niño, adulto o anciano el que resulte agredido).

VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA

La violencia de género no se limita al ámbito familiar, es una violencia estructural, basada en un sistema de creencias sexista (superioridad de un sexo sobre otro), que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Adopta variadas formas, como cualquier tipo de discriminación hacia la mujer en los niveles político, institucional

o laboral, el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para la prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y todas las formas de maltrato físico y/o psicológico que puedan sufrir en cualquier contexto, privado o público.

CATEGORÍAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las categorías de la violencia intrafamiliar se definen según el contexto en que ocurren los actos y fundamentalmente de acuerdo a la identidad de la víctima, la que generalmente se encuentra dentro de los grupos definidos culturalmente como los de menor poder en la estructura jerárquica de la familia.

Dado que en el marco de una cultura patriarcal las variables decisivas para establecer la distribución del poder son género y edad, los miembros de la familia en mayor riesgo y quienes son las víctimas más frecuentes determinan las distintas categorías de la violencia intrafamiliar, estas son: La violencia hacia la mujer (y en la pareja), el maltrato infantil, el maltrato al adulto mayor y la violencia hacia los discapacitados (físicos y mentales), estos últimos se consideran como una categoría individual dada su particular condición de vulnerabilidad.

VIOLENCIA HACIA LA MUJER Y EN LA PAREJA

La violencia en la pareja constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes entre las categorías de la violencia intrafamiliar. Es una forma de relación de abuso entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable, incluyendo relaciones de matrimonio, noviazgo, pareja (con o sin convivencia) o los vínculos con ex parejas o ex cónyuges. Se enmarca en un contexto de desequilibrio de poder e implica un conjunto de acciones, conductas y actitudes que se mantienen como estilo relacional y de interacción imperante en la pareja donde una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico y/o psicológico a la otra.

La violencia en la pareja es ejercida mayoritariamente hacia la mujer, realidad que es constatable y cruda, a nivel de estudios e investigaciones en casi la

totalidad de los países que registran algún dato al respecto, se señala que en al menos el 75% de los casos esta se presenta como una acción unidireccional del hombre hacia la mujer y salvo un 2% (razón por la cual no es considerado un problema social) representativo de los casos en que son los varones los agredidos física y en su mayoría psicológicamente, el porcentaje restante hace referencia a la violencia bidireccional (también denominada recíproca o cruzada) que es aquella donde ambos miembros de la pareja se agraden mutuamente. Se debe resaltar que para utilizar esta última clasificación, es necesario que exista simetría en los ataques y paridad de fuerzas físicas y psicológicas entre los involucrados.

Las cifras explican y justifican los esfuerzos e iniciativas que apuntan a la mujer como víctima principal y dado que el espacio de mayor riesgo de una mujer para sufrir violencia es su propio hogar, contrario al de los hombres para quienes el espacio de mayor riesgo es la calle, en la variada literatura existente al referirse a la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico o al interior de la pareja se suelen utilizar los conceptos de violencia conyugal e incluso violencia intrafamiliar.

La violencia sobre la mujer puede tomar muchas formas, desde las más sutiles y difíciles de diferenciar hasta las más brutales. Puede ocurrir en cualquier etapa de su vida, incluyendo el embarazo y afectar tanto su nivel físico como mental.

La violencia hacia el varón al interior de la pareja, dada la excepcionalidad de los casos, no se consideran un problema social y menos una categoría específica de la violencia intrafamiliar. Todo lo anterior a los ojos de un hombre que sufre maltratos puede resultar irrelevante, además se debe considerar que gran parte de los resultados expuestos se basan en la cantidad y tipo de denuncias recibidas y es un hecho establecido que el hombre agredido en general no denuncia las situaciones de maltrato.

En que no se produzcan estas denuncias influyen la ignorancia de la ley, la escasez de instituciones relacionadas dirigidas a los varones, su prejuicio hacia la imparcialidad de los, y principalmente, las profesionales (asistentes sociales, psicólogas, etc.), pero son determinantes los aspectos socioculturales como el

machismo y la vergüenza, consecuencia de una ideología patriarcal de estereotipos rígidos con respecto a lo que se espera del varón dentro de la relación de pareja. Otras razones, y que también limitan a la mujer, son el amor a la pareja, a los hijos o el temor a las consecuencias económicas y judiciales que puede implicar una separación.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil, de manera general, puede definirse como todo acto no accidental, único o repetido, que por acción u omisión (falta de la respuesta o acción apropiada) provoca daño físico o psicológico a una persona menor de edad, ya sea por parte de sus padres, otros miembros de la familia o cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por esta.

El maltrato infantil incluye el abandono completo o parcial y todo comportamiento o discurso adulto que infrinja o interfiera con los Derechos del Niño (Declaración Universal de la ONU, 1959). La violencia, ya sea física, sexual o emocional es una de las más graves infracciones a estos derechos, por las consecuencias inmediatas, a mediano y largo plazo que generan en el desarrollo del menor.

Dentro de esta categoría podemos clasificar también el abuso fetal que ocurre cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol o drogas, estando el feto en su vientre. Producto de lo cual el niño(a) puede nacer con adicciones, malformaciones o retraso severo, entre otros problemas.

VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

La violencia o el maltrato al adulto mayor, de manera general, puede definirse como todo acto no accidental, único o repetido, que por acción u omisión (falta de la respuesta o acción apropiada) provoca daño físico o psicológico a una persona anciana, ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por esta.

Estas situaciones de maltrato son una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

El maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en nuestra cultura, que siente que lo viejo es inservible e inútil. Los ancianos son sentidos como estorbos o como una carga que se debe llevar a cuestas además de la familia a sostener, por eso no es de extrañar que el tipo más frecuente de maltrato sea el abandono y la falta de cuidados.

Por otra parte la ausencia de registros o estimaciones reales de la dimensión de este problema, así como la escasez de denuncias, debido al miedo, la depresión, la incapacidad de moverse por sí mismos y la poca credibilidad, ha permitido que este fenómeno sea casi invisible.

VIOLENCIA HACIA LOS DISCAPACITADOS

La violencia o el maltrato a los discapacitados, de manera general, puede definirse como todo acto que por acción u omisión provoca daño físico o psicológico a personas que padecen temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales, ya sea por parte de miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por esta. Este tipo de violencia afecta a personas que por su condición de mayor vulnerabilidad se encuentran en una posición de dependencia que los ubica en una situación de mayor riesgo en relación al maltrato.

FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Algunas acciones de maltrato entre los miembros de la familia son evidentes, generalmente las de que tienen implicancia física, otras pueden pasar desapercibidas, sin embargo todas dejan profundas secuelas. La violencia intrafamiliar puede adoptar una o varias de las siguientes formas: violencia física, violencia psicológica, abandono, abuso sexual y abuso económico.

VIOLENCIA FÍSICA

La violencia, maltrato o abuso físico es la forma más obvia de violencia, de manera general se puede definir como toda acción de agresión no accidental en la que se utiliza la fuerza física, alguna parte del cuerpo (puños, pies, etc.), objeto, arma o sustancia con la que se causa daño físico o enfermedad a un miembro de la familia. La intensidad puede variar desde lesiones como hematomas, quemaduras y fracturas, causadas por empujones, bofetadas, puñetazos, patadas o golpes con objetos, hasta lesiones internas e incluso la muerte.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

La violencia psicológica o emocional, de manera general, se puede definir como un conjunto de comportamientos que produce daño o trastorno psicológico o emocional a un miembro de la familia. La violencia psicológica no produce un traumatismo de manera inmediata sino que es un daño que se va acentuando, creciendo y consolidando en el tiempo. Tienen por objeto intimidar y/o controlar a la víctima la que, sometida a este clima emocional, sufre una progresiva debilitación psicológica y presenta cuadros depresivos que en su grado máximo pueden desembocar en el suicidio.

Algunas de estas acciones son obvias, otras muy sutiles y difíciles de detectar, sin embargo todo dejan secuelas. Un caso particular de este tipo de abuso son los niños testigos de la violencia entre sus padres, los que sufren similares consecuencias y trastornos a los sometidos a abusos de manera directa.

La violencia psicológica presenta características que permiten clasificarla en tres categorías:

Maltrato: La violencia intrafamiliar, también nombrada como violencia familiar o violencia doméstica, puede incluir distintas formas de maltrato, desde intimidación

hasta golpes pasando por el acoso o los insultos. El violento puede ejercer su accionar contra un solo integrante de la familia (como su pareja o su hijo) o comportarse de forma violenta con todos. Puede ser pasivo (definido como abandono) o activo que consiste en un trato degradante continuado que ataca la dignidad de la persona. Generalmente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal, como gritos, insultos, descalificaciones, desprecios, burlas, ironías, críticas permanentes y amenazas. También se aprecia en actitudes como portazos, abusos de silencio, engaños, celotipia (celos patológicos), control de los actos cotidianos, bloqueo de las iniciativas, prohibiciones, condicionamientos e imposiciones⁴.

Acoso: El acoso o maltrato psicológico dentro de la familia lo suelen llevar a cabo varios integrantes de la misma, aunque suele ser uno el instigador de tales acciones. El instigador suele tener un perfil perverso narcisista o psicópata integrado socialmente, quién al sentirse amenazado o por puro interés, ya sea económico (desear quitar de en medio a un miembro que opta a una suculenta herencia), o sentimental (querer ser el miembro más amado e intentar oscurecer a aquel que le pueda hacer sombra). Su deseo es neutralizar o expulsar al familiar que le es molesto, y no duda en recurrir a la mentira para conseguir el linchamiento y ostracismo familiar de la persona. se ejerce con una estrategia, una metodología y un objetivo, la víctima es perseguida con críticas, amenazas, injurias, calumnias y acciones para socavar su seguridad y autoestima y lograr que caiga en un estado de desesperación, malestar y depresión que la haga abandonar el ejercicio de un derecho o someterse a la voluntad del agresor.

Para poder calificar una situación como acoso tiene que existir un asedio continuo, una estrategia de violencia (como cuando el agresor se propone convencer a la víctima que es ella la culpable de la situación) y el consentimiento del resto del grupo familiar (aunque también de amigos o vecinos) que colaboran o son testigos silenciosos del maltrato, ya sea por temor a represalias, por satisfacción personal o simplemente por egoísmo al no ser ellos los afectados.

⁴ <http://definicion.de/violencia-intrafamiliar/>

El acoso afectivo, que forma parte del acoso psicológico, es una situación donde el acosador depende emocionalmente de su víctima, le roba la intimidad, la tranquilidad y el tiempo para realizar sus tareas y actividades, interrumpiéndola constantemente con sus demandas de cariño o manifestaciones continuas, exageradas e inoportunas de afecto. Si la víctima rechaza someterse a esta forma de acoso, el agresor se queja, llora, se desespera, implora y acude al chantaje emocional como estrategia, amenazando a la víctima con retirarle su afecto o con agredirse a si mismo, puede llegar a perpetrar intentos de suicidio u otras manifestaciones extremas que justifica utilizando el amor como argumento⁵.

Manipulación: es una forma de maltrato psicológico donde el agresor desprecia el valor de la víctima como ser humano negándole la libertad, autonomía y derecho a tomar decisiones acerca de su propia vida y sus propios valores. La manipulación hace uso del chantaje afectivo, amenazas y críticas para generar miedo, desesperación, culpa o vergüenza. Estas actitudes tienen por objeto controlar u obligar a la víctima según los deseos del manipulador.

Abandono: se manifiesta principalmente hacia los niños, adultos mayores y discapacitados, de manera general, se puede definir como el maltrato pasivo que ocurre cuando sus necesidades físicas como la alimentación, abrigo, higiene, protección y cuidados médicos, entre otras, no son atendidas en forma temporaria o permanente. El abandono también puede ser emocional, este ocurre cuando son desatendidas las necesidades de contacto afectivo o ante la indiferencia a los estados anímicos.

Abuso sexual

El abuso sexual dentro de una relación de pareja, de manera general se puede definir como la imposición de actos o preferencias de carácter sexual, la manipulación o el chantaje a través de la sexualidad, y la violación, donde se fuerza a la mujer a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, esta última acción puede ocurrir aún dentro del matrimonio pues este no da derecho a

⁵ <http://gabinetedepsicologia.com/acoso-familiar-psicologos-madrid-tres-cantos>

ninguno de los cónyuges a forzar estas relaciones y puede desencadenar la maternidad forzada a través de un embarazo producto de coerción sexual.

El abuso sexual afecta también a niños y adolescentes cuando un familiar adulto o un cuidador los utiliza para obtener algún grado de satisfacción sexual. Estas conductas abusivas pueden implicar o no el contacto físico, su intensidad puede variar desde el exhibicionismo, el pedido de realizar actividades sexuales o de participar en material pornográfico, hasta la violación. Discapacitados y adultos mayores pueden verse afectados de igual forma, al ser violentados sexualmente por familiares o cuidadores sirviéndose de su incapacidad física o mental.

ABUSO ECONÓMICO

El abuso económico ocurre al no cubrir las necesidades básicas de los miembros de la familia en caso de que esto corresponda, como con los hijos menores de edad y estudiantes, la mujer que no posee trabajo remunerado, los adultos mayores u otros miembros dependientes. También sucede cuando se ejerce control, manipulación o chantaje a través de recursos económicos, se utiliza el dinero, propiedades y otras pertenencias de forma inapropiada o ilegal o al apropiarse indebidamente de los bienes de otros miembros de la familia sin su consentimiento o aprovechándose de su incapacidad.

CAUSAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Existen modelos donde las investigaciones nos dicen que la violencia es consecuencia de la desigualdad sociocultural y se manifiesta a través de la diferencia de género. De acuerdo con estas tesis la familia es un sistema social dentro del cual el modo de dominación se funda en categorías de edad y sexo, hay entonces un sistema jerárquico donde el adulto hombre, tiene una posición que el niño y la mujer, se produce la violencia cuando el esposo fracasa en la posición de las capacidades, sobre la cuales esta su status superior, por ejemplo cuando no puede cumplir el rol de sostén de la familia y es la mujer quien dispone

de recursos que sobrepasan a las de él, para no perder la situación dominante como cabeza de la familia, utiliza su último recurso.

Por otra parte, se afirma que el potencial de violencia no se manifiesta exclusivamente del hombre a la mujer, puede ser también, del fuerte al débil , de un hombre hacia otro, etc.: es decir, la sociedad tiene formas violentas que repercuten en cualquier relación humana.

Muchos autores concluyen diciendo que la violencia contra las mujeres, niños y niñas es el resultado de alguna ruptura de los valores morales de la sociedad y que los principales perpetradores de estos hechos horrorosos son hombres con quienes las víctimas sostienen una estrecha relación y esto se da en todos los sectores socioeconómicos, religiosos, culturales y étnicos y en todas de cualquier país, principalmente Latinoamérica, que empieza a despertar y plantearse interrogantes con relación a la violencia intrafamiliar

FRECUENCIA EN BOLIVIA DE VIF

La violencia intrafamiliar es considerado como otro de los problemas de salud pública, relevante pues de cada 10 mujeres 5 a 6 reportaron ser víctimas de algún tipo de violencia en el hogar y de 1 a 2 de cada 10 hombres reportaron haber sido víctimas de violencia psicológica en el hogar. Según el comando general de la Policía en el 2002 se registró 32.692 denuncias por agresiones recibidas en el hogar, superando en 36% las denuncias del 2001; un 24% de esas denuncias se produjo por violencia sexual.

Respecto a la violencia intrafamiliar, 8 de cada 10 mujeres casadas o unidas reportaron ser víctimas de algún tipo de violencia psicológica dentro del hogar, 7 de cada 10 reportaron ser golpeadas con frecuencia y a menudo, 4 de cada 10 han sido forzadas a tener relaciones sexuales

.

FACTORES CULTURALES CONDICIONANTES

El elevado consumo de alcohol, que afecta enormemente a la salud de los integrantes del hogar que sufre constantemente de todo tipo de violencia intrafamiliar, dejando secuelas en el desarrollo físico y mental de los niños y mujeres. Los factores culturales, económicos y sociales y la extrema pobreza en que viven algunas familias pueden ser factores coadyuvantes al aumento de violencia intrafamiliar. También nuestra sociedad culturalmente tiene características de ser androcéntrica, quiere decir que toma al hombre, como medida para todas las cosas, como prototipo de ser humano y todas las instituciones creadas socio culturalmente, responden a las necesidades del varón es decir todo gira a su alrededor. Prueba de ello es que muchas mujeres están relegadas a ámbito domestico.

CONSECUENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Daños físicos: incluyen lesiones leves, incapacidades, lesiones permanentes y hasta la muerte.

Problemas emocionales: ansiedad con compromiso físico temor al peligro, depresión severa, cambios cognocitivos, recuerdos que emergen espontáneamente, incapacidad para expresar enojo, hostilidad guardada, impotencia, agresión a menores, aislamiento. Toda esta problemática emocional redundando en una baja autoestima, baja autovaloración, falta de control sobre su propia vida e incapacidad de contribuir al desarrollo de su comunidad y por ende a su país.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DOMESTICA-CONCEPTO LEGAL

Este tipo de violencia es la más común y no siempre se da por factores socioeconómicos ni el nivel de educación necesariamente, son factores que no determinan si no más bien podemos indicar que la violencia está en todos los niveles sociales sin discriminación alguna y por lo tanto es un problema de todos, y la más afectada se ve que es la familia que como célula de la sociedad está

amenazada por la violencia intrafamiliar que puede ser ejercida por cualquiera de sus integrantes.

En 1993 la ley de Ministerios crea por primera vez en la historia un espacio en la estructura del poder ejecutivo para la atención de estos temas.

Bolivia desde 1995 cuenta con un instrumento legal para prevención y sanción de la violencia intrafamiliar y domestica la ley 1674, que en 1998 fue reglamentada por un Decreto Supremo.

V. 2. REVISION DE LITERATURA

La violencia familiar es un hecho que puede darse en todos los ámbitos y niveles de la vida social; y se manifiesta de diversas maneras y grados; es un atentado a la integridad física, emocional o sexual de los miembros de la familia. El presente estudio evaluó el conocimiento y actitud del personal de primer nivel de atención del Programa Universitario de Salud, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para la identificación y comprensión del fenómeno de la violencia familiar. Los resultados encontrados en nuestro estudio, al compararlos con otros similares desarrollados en profesionales de la salud, observamos que es coincidente el advertir que subsiste un desconocimiento en el personal de los métodos para la caracterización y atención en los casos de violencia familiar. Aunado al hecho, que cuando el personal de salud quiere proveer alguna clase de atención o consejo a sus pacientes, se ve coartado por la organización del propio sistema de salud debido a las obligaciones implícitas de sus actividades profesionales; asociado además a la escasez de protocolos de identificación y conducción, así como a la baja legitimidad, por parte de la sociedad, de las acciones del personal de salud en estos casos de violencia familiar. A lo anterior, esta coligado las trabas que de carácter particular preexisten en ellos, al considerar que este tipo de eventos es un aspecto personal y privado de sus pacientes.

Existen varios factores que dificultan que los médicos ayuden a las pacientes con problemas asociados a la violencia familiar. Hasta hace poco tiempo, el conocimiento científico con relación a este problema era muy limitado y, por lo tanto, se ofrecía poco entrenamiento en las facultades de medicina. También ha sido difícil para el proveedor discutir estos problemas debido al poco entrenamiento médico respecto a los componentes psicológicos, conductuales y sociales de las condiciones médicas en general. En ocasiones los proveedores de salud se pueden sentir impotentes, ansiosos y / o frustrados cuando manejan estas situaciones. Pueden sentir una tendencia natural a distanciarse emocionalmente de estas pacientes o bien a culpar a la víctima.

Un estudio hecho en México, reveló que el personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia; se recomienda empezar con los médicos generales y familiares, quienes demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los de especialidades clínicas e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública (Méndez-Hernández, 2003).

Otro estudio tuvo como objetivo explorar la relación entre la calidad de la relación médico paciente y los desenlaces de los encuentros clínicos en atención primaria. Mediante grupos focales de médicos y enfermos, se observó que los médicos percibieron una relación entre la pobreza de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos, ausencia de formación), el conflicto con pacientes «difíciles» y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico, con el error, el desgaste, la medicina defensiva y la baja calidad de los servicios. Esta relación estuvo mediada por problemas de comunicación / exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos. Por su parte, los pacientes percibieron una relación entre un funcionamiento caracterizado por consultas masificadas y de breve duración, y dificultades de comunicación en médico y paciente, con el error y el

conflicto en el encuentro clínico. También una relación entre la actitud humanista del médico y un mejor desenlace de los problemas de salud (Girón, 2002).

Otro estudio recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta médica, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores. Se analizó la relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en entrevista directa. Se observó que la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben, proporcionalmente, peor trato (Bronfman-Pertovsky, 2003).

Estos estudios dejan entrever la importancia de la actitud y conducta de los proveedores de salud y su relación con la calidad de atención percibida por los pacientes, así como el efecto sobre la percepción que el paciente tiene sobre la evolución del motivo de consulta. La importancia de estos factores en el resultado de salud de los pacientes puede ser aún más crítica en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual. Las pacientes femeninas deben recibir asesoría acerca de las opciones que están a su alcance para su atención y, en particular, para prevenir un embarazo.

También se realizó un estudio en una provincia de Cuba, con el objetivo de establecer el nivel de información y la percepción que poseen los prestadores de servicios acerca de los procedimientos legales a seguir u orientar a las víctimas que deciden hacer público el maltrato.

Se hizo un estudio descriptivo y transversal, el instrumento que utilizaron fue entrevistas a profundidad semi-estructuradas, donde se estableció que el personal no estaba capacitado para manejar la violencia intrafamiliar.

Dra. Maria Iluminada Orozco Gonzáles; y el Dr. luís Eugenio Valdez García en el consejo popular “Los Maceos” de Santiago de Cuba.

El presente estudio evaluó el conocimiento y actitud del personal de primer nivel de atención, para la identificación y comprensión del fenómeno de la violencia familiar. Donde el diseño fue carácter descriptivo, transversal y cualitativo; el cual incluyó personal del primer nivel de atención de salud. Se interrogó en sus lugares de trabajo aquellos que previamente habían aceptado participar en el estudio. Para ello se realizó una entrevista semi-estructurada. Se solicitó datos personales, y se abordó conocimientos sobre el tema de la violencia y actitud frente a este fenómeno.

Los resultados encontrados en nuestro estudio, al compararlos con otros similares desarrollados en profesionales de la salud, observamos que es coincidente el advertir que subsiste un desconocimiento en el personal de salud en la atención adecuada a los casos de violencia familiar. Además existe escasez de protocolos de identificación y conducción de los casos denunciados. También la creencia de considerar que este tipo de eventos es un aspecto personal y privado de sus pacientes.

(Universidad Autónoma de Nuevo León marzo-abril 2004).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL MÉDICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MORELOS, MÉXICO

El estudio se realizó para evaluar la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, México, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, así como identificar las barreras institucionales y de la práctica

médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas. De septiembre a diciembre de 1999 se realizó un estudio transversal mediante un cuestionario que se proporcionó a 269 médicos generales, especialistas y estudiantes de pre y postgrado que trabajan en 30 unidades de salud, de primer y segundo nivel de atención.

El 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer. La actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron. Sobre el nivel de conocimiento acerca del tema, 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% medio y 16% alto. En el personal médico, con nivel de conocimiento medio y alto, se observó 2.1 y 6 veces – respectivamente una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos de mujeres maltratadas en comparación con el personal con nivel de conocimiento bajo. Las médicas mostraron 2.3 veces mejor actitud para identificar y canalizar mujeres personal el personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia; se recomienda empezar con los médicos generales y familiares, quienes demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los de especialidades clínicas e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública.

PROGRAMAS Y PROYECTOS PARA DISMINUIR LA VIF

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EXPERIENCIA ECUATORIANA EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN EN EL SECTOR DE LA SALUD (GLORIA MAIRA)

En relación a los derechos humanos en la década de los 90 se registraron avances importantes. Gracias a la presión constante que ellas ejercieron en las cumbres mundiales, lograron que la comunidad internacional reconociera sus derechos como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos.

En 1993 en Viena, Austria la violencia contra las mujeres y niñas fue catalogada como una grave violación de sus derechos e incompatible con la dignidad y valor del ser humano.

Por la magnitud del problema ese mismo año la OPS declaró que se trata de un problema de salud pública.

A fin de potenciar en este sentido la (ONG) y entidades estatales que abogan por mejorar la situación de las mujeres y niñas, desde 1995 la OPS ejecuta un proyecto denominado “La violencia contra la mujeres y las niñas donde intervienen tres países de la sub-región Andina”, este proyecto se ejecuta en Bolivia, Ecuador, Perú con el auspicio del gobierno Holandés. Otro proyecto similar en Centro América en 1994.

La iniciativa andina tiene por objetivo apoyar políticas públicas y de servicios locales prevenir y combatir la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública. Entre los resultados esperados figura la creación de redes de acción locales, la constitución de sistemas de recolección y difusión de la información y la elaboración de propuestas legales, que faciliten la administración de la justicia. En el Ecuador se ejecutan proyectos y estrategias en tres localidades, en ese país la OPS trabaja con la colaboración de tres ONG con una larga trayectoria de trabajo en cuestión de violencia intrafamiliar.

La meta ha sido lograr que el sector salud asuma un papel protagónico en la prevención y erradicación de la VIF.

NORMATIVA LEGAL: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Normativa Nacional

Normativa	Contenido
------------------	------------------

<p>Constitución Política del Estado (2009)</p>	<p>Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad.</p> <p>El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor y sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.</p>
<p>Ley N° 348 Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (2013)</p>	<p>Objeto y Finalidad. La presente Ley tiene por objeto establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien (Art. 2).</p> <p>Políticas Públicas. Es responsabilidad del Estado, con carácter intersectorial y presidido por el Ente Rector, adoptar y coordinar la ejecución de los mandatos de la presente Ley, en toda política pública y Plan Nacional que involucre la prevención de la violencia hacia las mujeres, su atención y protección (Art. 8).</p>
<p>Ley N° 243 Contra el Acoso y Violencia Política en Razón de Género (2012)</p>	<p>Los Órganos Ejecutivo, Legislativo, Prefecturas (gubernaciones) y Gobiernos Municipales o sus similares quedan obligados a crear mecanismos de prevención y protección para el cumplimiento efectivo de la presente Ley (Disposición Final Primera, Parágrafo I).</p> <p>En el ámbito municipal, departamental (gubernaciones) y otros por mandato popular, en sus disposiciones y reglamentos internos contemplarán medidas de prevención a los actos de acoso y violencia política en razón de género (Disposición Final Primera, parágrafo III).</p>

<p>Ley N° 263 Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas (2012)</p>	<p>Los Consejos Departamentales contra la Trata y Tráfico de Personas, estarán integrados por: 1. La Gobernadora o el Gobernador del departamento. 2. Las Alcaldesas o los Alcaldes de ciudades capitales, ciudades intermedias y municipios fronterizos del departamento, según corresponda [...] La Directora o el Director del Servicio Departamental de Gestión Social (Art. 16, parágrafo I).</p> <p>La Gobernadora o el Gobernador del departamento presiden el Consejo Departamental, a los efectos de la implementación y evaluación de la Política y Estrategia de Prevención, Atención, Protección y Reintegración Integral.</p> <p>III. La estructura y funcionamiento del Consejo Departamental serán establecidos mediante Reglamento (Art. 16 parágrafo II).</p>
<p>Ley N° 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Babiñez" (2010)</p>	<p>...los gobiernos departamentales autónomos tienen las siguientes competencias exclusivas: Diseñar y establecer el plan de desarrollo económico y social del departamento, incorporando los criterios del desarrollo económico y humano, con equidad de género e igualdad de oportunidades, considerando a los planes de desarrollo municipales e indígena originario campesinos, en el marco de lo establecido en el Plan General de Desarrollo (Art. 93, parágrafo II, numeral I).</p> <p>El SPIE en niveles territoriales deberá construir las estrategias más apropiadas para alcanzar los objetivos del desarrollo con equidad social y de género e igualdad de oportunidades (Art. 93, parágrafo II).</p> <p>Los programas y presupuestos multianuales, programaciones operativas y presupuestos anuales, deben contemplar políticas, programas y proyectos de inversión en equidad social y de género garantizando un presupuesto real para satisfacer las necesidades y demandas diferenciadas de mujeres y hombres (Art. 93 parágrafo III).</p>

<p>Decreto Supremo No 24864 “Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres” (1997)</p>	<p>La igualdad entre mujeres y hombres permite cerrar las brechas de desigualdad económica, social, política y cultural. Asimismo el decreto establece la necesidad de transversalizar el enfoque de género en las políticas públicas en la perspectiva de una igualdad real de género.</p>
<p>Ley 548 - Código Niña, Niño y Adolescente. (17 de julio de 2014)</p>	<p>Establece: el interés superior del niño, niña y adolescente (NNA) y la primacía de sus derechos, que el Estado en todos sus niveles, las familias y la sociedad, deben proteger a niñas, niños y adolescentes contra cualquier forma de explotación, maltrato, abuso o negligencia que afecten su integridad personal, .. Que la violencia será sancionada por la Jueza o el Juez Penal cuando esté tipificada como delito por la Ley Penal. Y cuando no este tipificada será considerada como infracciones, que toda persona tiene la obligación bajo pena de sanción actos de violencia contra los NNA, prohíbe cualquier tipo de castigo físico, violento o humillante, en todos los ámbitos de vida. Y determina que El Estado en todos sus niveles, en el marco de sus competencias elaborara y desarrollara políticas de promoción del buen trato, prevención del mal trato - violencia, atención y protección a NNA que sufran violencia, que los Gobiernos Autónomos Departamentales(GAD) y municipales (GAM) ejercerán la rectoría en sus jurisdicciones. Que el GAD establecerá, implementara e institucionalizara instancias departamentales de gestión social, de protección y atención para niñas, niños y adolescentes. Y el GAM las Defensorías Municipales de la Niñez para que presta servicios públicos de defensa psico-socio-jurídica gratuitos, para garantizar a la niña, niño o adolescente la vigencia de sus derechos.</p>

Instrumento Internacionales	Contenido	Ratificación por Bolivia
<p>Ley No. 861 “ De Identidad de Género” 23/05/2016</p>	<p>En cumplimiento al Art 14 de la Constitución Política del Estado que determina que “toda persona tiene derecho a ser reconocida conforme a su identidad de género”. La Ley 861, establece, que las personas transexuales y transgénero tienen derecho a: ejercer de forma plena el derecho a la identidad de género, a realizar el cambio de toda documentación pública y privada vinculada a su identidad, permitiéndoles”... (Art. 1) Al libre desarrollo de su persona de acuerdo a su identidad de género, a no ser discriminado, a la reparación o satisfacción justa y adecuada por cualquier daño sufrido como consecuencia del acto discriminatorio, al trato de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada o identificado de ese modo tanto en la vida pública como privada”. “a cumplir con sus derechos y obligaciones derivados del vínculo familiar. (Art 5) a la igualdad y equidad, protección de contra toda forma de discriminación, de manera efectiva y oportuna, de cuyo cumplimiento es Estado es garante (Art.6).</p>	

<p>Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW (1989)</p>	<p>Está compuesta de una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos y todas. Estas normas básicas— denominadas también derechos humanos—establecen derechos y libertades mínimas que los gobiernos deben cumplir. Acompañan a estos derechos la obligación de los gobiernos y los individuos de no infringir los derechos paralelos de los demás. Estas normas son interdependientes e indivisibles; no es posible garantizar algunos derechos a costa de otros.</p>	<p>Ley No 1100 (15/09/1989)</p>
<p>Recomendación General N° 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1992)</p>	<p>En la definición de la discriminación se incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Se incluyen actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual, las amenazas de esos actos, la coacción y otras formas de privación de la libertad.</p>	
<p>Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993)</p>	<p>...la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer y menoscaba o anula su disfrute de estos derechos y libertades (Numeral 4)</p>	
<p>Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Convención de “Belem do Pará” (1994)</p>	<p>Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia. (Art. 7)</p>	<p>Ley N° 1599 (18/08/1994)</p>
<p>Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas Formas de Discriminación Contra la Mujer (1999)</p>	<p>Todo Estado Parte en el presente Protocolo ("Estado Parte") reconoce la competencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ("el Comité") para recibir y considerar las comunicaciones presentadas. (Art. 1).</p>	<p>Ley N° 2103 (20/06/2000)</p>

Bolivia un país multiétnico y Pluricultural ubicada en el corazón de América, formada por tres regiones altiplano, valles y llanos. Con una población de 8 millones de habitantes con un crecimiento poblacional de 2.15% anual, donde las mujeres representan más del 50% de la población total.

Como muchos países del continente atraviesa por variados problemas económicos y sociales.

La esperanza de vida es 63 años para la mujer y de 60 años para el hombre. El analfabetismo, la mujer presenta una mayor proporción en relación con los hombres, siendo el 24% para ellas y el 10% para ellos, situación agravada por pautas culturales especialmente en el área rural donde la niña se ve relegada a un segundo plano por su condición de género y pobreza.

Según el “Estudio de Prevalencia de la Violencia Domestica MSPS-OPS/OMS, VAGGF” las personas que viven en situaciones de violencia intrafamiliar han sido víctimas (en un tercio de los casos) o testigos de hechos violentos (dos tercios en si niñez) la violencia intrafamiliar en Bolivia está siendo abortada como consecuencia de los compromisos internacionales suscritos por el país como son:

- * Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer.

- * Convención Interamericana de Belem Do Pará.

- * IV Conferencia de la mujer en Beijing

- En el primer estudio de prevalencia y la Violencia Domestica en tres municipios en 1999 (OPS/OMS, MSPS, y VAGGF) señalaban que aproximadamente 5 a 6 mujeres casadas o unidas de cada 10 reconocían ser víctimas. El mismo estudio reporta que entre 1 y 2 hombres de cada 10 dicen ser víctimas de violencia psicológica.

- En el año 2003 luego de 5 años de aplicación de diversas políticas en el país, se realizo un segundo estudio de prevalencia encontrándose que existe una disminución en la prevalencia total de los casos de violencia domestica especialmente a partir de una disminución de violencia física (68% en 1998 y 55% en 2003) sin embargo las mujeres siguen siendo las principales víctimas de violencia intrafamiliar.

- Otro estudio cualitativo del 2000 (OPS/OMS-VAGGF, Policía Nacional) señala que la mayor parte de los delitos sexuales contra la niñez y adolescencia, son cometidos por personas allegadas a la víctima, parientes de primero o segundo grado y ocurren principalmente en el domicilio de la misma, siendo entonces los lugares más frecuentes de agresión el hogar, la escuela y la calle.

-Según un estudio de percepciones del año 2000 (VAGGF, UND

Respectivamente, aún entienden a la violencia como una experiencia parte de la convivencia familiar.

3.- RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PÚBLICA

Bolivia se encuentra entre los países en desarrollo de América Latina en materia de salud, no obstante los progresos observados en los últimos años. A partir de la promulgación de la Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) se elaboró el Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud 2016-2020, con objetivos estratégicos y acciones estratégicas que contribuyen a los resultados, metas y pilares que constituyen el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, a la operativización de la Constitución Política del Estado Plurinacional, y a la implementación de la política de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural (SAFCI), a través del Sistema Único de Salud, con acceso universal y gratuito, promoción de la salud y rectoría sanitaria del Ministerio de Salud, que se constituye en la entidad rectora del Sector, encargada de la formulación de la política nacional de salud y de la reglamentación correspondiente.

Las políticas públicas de salud en general tienen una estrecha y amplia relación con el presente proyecto de intervención, ya que si no hay salud física y psicológica ningún individuo hombre o mujer, niño o niña tendrían las facultades de realizar cualquier actividad cotidiana y como consecuencia la sociedad se deterioraría y serían sectores vulnerables y susceptibles a enfermedades.

Corresponde al personal de salud asumir un papel decisivo en la promoción, preservación, de la salud de la población boliviana en consecuencia con las políticas del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, alienadas a los pilares del PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL(PEI) 2016-2020 del Ministerio de Salud, lo que implica dotar de Programas definidos destinados a dar solución a esos problemas de Violencia Intrafamiliar en función de las necesidades existentes, de los recursos disponibles y del tiempo.

Las Políticas Estatales del Gobierno Plurinacional plantean diversas Estrategias para reducir la extrema pobreza en el País como parte de la Agenda Política, para tal fin han elaborado **el Plan de Desarrollo Económico y Social 2015-2020**, estrategias que van dirigidas a:

- El Sistema Único en Salud
- Reducir la pobreza de un 17.3 % a un 9%
- Construir Hospitales de especialidades en los diferentes Departamentos.
- Treinta y un hospitales de segundo nivel.
- Ciento ochenta hospitales de primer nivel.
- Reducir la mortalidad infantil a 30%
- Reducir la mortalidad materna a un 50%
- Reducir la desnutrición crónica de 18.1 % a 9%
- Reducir la población subalimentada de un 21,3 % a 10 %
- Aumentar la lactancia materna de un 64,3 % a un 84%
- Aumentar los servicios básicos en general.

El Estado Plurinacional continúa sus esfuerzos por consolidar la buena senda económica del país y **el vivir bien**. Manteniendo una política económica con rol estatal activo controlando su riqueza natural y patrimonio estatal, luchando contra la pobreza con políticas de redistribución de la riqueza.

Esta estrategia del Plan de Desarrollo buscara garantizar el bienestar social, estatal y de desarrollo económico del País.

Bolivia evidencia con las bases industriales las grandes inversiones para la producción y exportación de gas y petróleo, también con la producción de urea,

amoníaco, litio y propileno, con las grandes plantas de energía renovables como la electricidad e hidrocarburos.

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral, desarrolla siete pilares estratégicos en salud:

- El derecho a la salud
- El sistema único de salud
- SAFCI
- Servicio de Salud de Calidad
- Medicina Tradicional y Salud Intercultural.
- Rectoría Sanitaria
- Régimen Autónomo en Salud

La Política Pública ha adoptado estrategias que de diversas maneras todas apuntan a un solo objetivo: Mejorar la calidad de vida del boliviano tomando en cuenta la mejora en los servicios básicos, la educación, la vivienda, las fuentes de trabajo por tanto la salud llegando a mejorar las condiciones de vida **Para vivir bien.**

Entre sus políticas públicas del gobierno actual está el: **Plan de desarrollo estratégico sectorial 2016-2020**, cuya estrategia es la erradicación de la pobreza en sus tres dimensiones: Material, social y espiritual.

En relación a la violencia en todas sus formas menciona como metas la erradicación de la violencia, el abuso sexual, el acoso y la agresión e implementar políticas de prevención, respetando los derechos de las personas, disminución de la violencia familiar, la disminución del consumo de bebidas alcohólicas, la reducción de la violencia física, psicológica y sexual, en la mujer.

¿Cómo piensa lograr el estado estas metas?

- Sancionando acciones de discriminación y racismo y desarrollar programas de aplicación de la ley 045.

- Consolidar una cultura de igualdad a través de los profesores, políticas y militares.
- Realizar campañas educativas en centros educativos y medios de comunicación contra la violencia en las mujeres.
- Implementar acciones para el respeto a los derechos de las personas con orientaciones sexuales diversas.
- Eliminar barreras que obstaculizan la participación política de poblaciones vulnerables.
- Profundizar prácticas de descolonización y reconocer practicas espirituales e identidades religiosas.

4.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA O PROYECTO

En el país y en lo local, se evidencia la existencia de una violencia de género que atraviesa lo económico, social, político, jurídico, moral, ideológico, psicológico, sexual y corporal; por ende la presencia de violencia doméstica o intrafamiliar, como la más cruda y generalizada manifestación de violencia contra la mujer. Esta forma de violencia vinculada a estructuras profundas de construcción de género y a la cultura en Bolivia, está presente en la vida cotidiana de las mujeres del municipio de Tiraque obstaculizando el desarrollo integral de sus potencialidades, y atentando contra sus Derechos Humanos.

Considerando el deficiente conocimiento de manejo adecuado de la violencia intrafamiliar por parte del personal de salud directamente involucrado con las víctimas, se vio en la necesidad de realizar un estudio de valoración diagnóstica de la respuesta sociocultural conocimiento, sensibilización y manejo adecuado sobre la violencia intrafamiliar.

Con el presente proyecto esperamos mejorar la respuesta sociocultural respetando su cultura y el escaso conocimiento por parte del personal de salud del municipio de Tiraque sobre el manejo adecuado de la violencia intrafamiliar y

posteriormente plantear la implementación de estrategias para mejorar el conocimiento, sensibilización y manejo adecuado de la VIF.

Con la información generada esperamos que el Gobierno Autónomo Municipal de Tiraque en coordinación **con** el sector salud se pueda gestionar recursos para talleres de capacitación, sensibilización, información, y manejo adecuado de violencia intrafamiliar con un enfoque intercultural, al personal de salud y a toda la comunidad en general.

5.- ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

La insuficiente politización del problema de la violencia en el hogar, naturalizada culturalmente, manifiesta la persistencia de conductas violentas en la relaciones entre hombres y mujeres en su primera red social como lo es la familia.

La iniciativa del Estado con la promulgación de la ley 1674/95 contra la violencia en la familia o domestica en Bolivia, no tendrá el impacto deseado, sino se sustenta en el conocimiento y la toma de conciencia individual de la población. Así como en el personal operativo involucrado en la atención de esta problemática.

A pesar de los 5 años de vigencia la Ley contra la Violencia Intrafamiliar, ésta aún se encuentra en fase de aplicación relativa. La tardía promulgación de su Respectivo reglamento (3 años posteriores a su promulgación) indudablemente ha influido en ésa aplicación parcial por los distintos operadores: administradores de justicia, ministerio público, policía y los demás sectores, como salud, servicios legales-psicológicos y los actores comunitarios; problema que se busca superar a través de la normativa sectorial, que sin embargo denota resistencia en su aplicación.

Sabemos que es fundamental conocer la respuesta sociocultural del personal de salud ante la violencia intrafamiliar, pues no debemos olvidar que es uno de los sectores que está en mayor contacto con las víctimas de violencia intrafamiliar. Y

además debemos saber si se reconoce la naturaleza y la magnitud de la violencia intrafamiliar presente en la vida cotidiana de la mayoría de las familias. Esta problemática, nos debe reflexionar ante la indiferencia, desconocimiento del tema y la capacidad de involucramiento, del personal de salud, autoridades locales, municipales, instituciones y la sociedad misma.

El Proyecto “violencia contra la mujer y la niña, una Propuesta para Establecer Intervenciones Coordinadas”, reconoce a la violencia intrafamiliar como un problema de Salud Pública. Intervienen en el mismo, el Ministerio de Salud y el Vice-ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia y la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS). Para desarrollar diferentes estrategias destinadas al abordaje de las causas, efectos, atención y tratamiento de un problema tan complejo y multicausal como el que hoy nos preocupa.

Siendo este un problema de índole mundial, en nuestro país y más específicamente en el área rural existe indiferencia por parte de las autoridades, representantes de muchas instituciones y sobre todo de la misma comunidad a este problema tan sensible como es la violencia intrafamiliar, y es por cuanto se deben crear mecanismos para sensibilizar, capacitar e informar sobre esta problemática.

6.- ANALISIS DE ACTORES

6.5 BENEFICIARIOS DIRECTOS

- Personal capacitado
- Profesionales contratados por los Gobiernos Municipales
- Víctimas que acuden en busca de ayuda al Centro de Salud de Tiraque.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

- Población afectada por la Violencia Intrafamiliar

- SLIM
- Organizaciones Sociales
- Autoridades municipales

OPONENTES

- Organizaciones sociales, que desconocen la políticas Nacionales del Plan Estratégico Institucional
- Agresores de las victimas
- Autoridades Municipales que no asumen la gran importancia de esta problemática
- Personal poco motivado por desconocimiento de la importancia del tema

6.6 AFECTADOS

Los afectados son la sociedad la comunidad entre hombres y mujeres, niños y niñas, ancianos y ancianas sin distinción de sexo o edad, raza o creencia religiosa del Municipio de Tiraque.

7.- CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION

El contexto o lugar de intervención del proyecto es el personal de salud del Centro de Salud del Municipio de Tiraque del departamento de Cochabamba.

DESCRIPCION DE TIRAQUE

Tiraque es una provincia del Departamento de Cochabamba, antiguamente pertenecía a los Yungas de Yuracarés, donde se encontraba los Yungas de San Mateo, Tiraque era la Vise Parroquia del Curato de Arani, del partido de Cliza, perteneciente al Obispado de Santa Cruz y en 1782 pasó a depender de la parte administrativa de lo que antes era la provincia de Santa Cruz de la Sierra.

Tiraque fue fundada por Don Antonio Villamil a los pies de los cerros: Guadalupe y San Miguel entre los ríos de Millu Mayu y Kochimita. Los primeros pobladores fueron emigrantes de diferentes pueblos del valle cochabambino vinieron de Punta, Arani, Cliza Toco, Quillacollo, Sacaba, Vacas incluyendo algunos de los del altiplano.

En 1872 se constituye como tercera sección de Punata con los siguientes cantones: Tiraque, Vacas y Vandiola.

El nombre actual de Tiraque se debe a que los pobladores actuales de Punata y Arani, Tarata frecuentaban el lugar para arrancar la paja brava para la construcción de sus casas, y éstos lo conocían como tirana pampa.

La alcaldía de Tiraque comenzó a funcionar el año 1900 cuando en ese entonces había unos 7.500 habitantes entre los que vivían en el pueblo de los colonos de las haciendas.

En 1990 había en Tiraque 85 habitantes, con un total de 303 propietarias y 24 piquerías, éstas últimas eran pequeñas tierras de propiedad de los colonos.

Cuando se promulgó la Ley de la Reforma Agraria en Ucureña agosto de 1952 los colonos Tiraqueños ocuparon las haciendas de manera pacífica ya que la mayoría de los patrones se habían marchado, los que quedaron hicieron acuerdos con campesinos para trabajar en compañía, los otros lograron conservar parte de las antiguas haciendas.

Los sindicatos del cantón de Tiraque se organizaron en 3 subcentrales que dependían directamente de la central campesina de Arani, Tiraque, Iluri, Koari.

ASPECTOS GENERALES

Ubicación Geográfica

Está ubicada al Sud este del departamento de Cochabamba a una distancia de 60 Km. de la capital de departamento.

Se encuentra a una altura de 600 a 4200 m.s.n.m. La superficie es de 167.500 hectáreas, una población de 23051 habitantes.

Más de la mitad de la superficie está constituida por tierras tropicales donde están ubicados varios pueblos y comunidades. El resto de la superficie está constituida por tierras del valle y altiplano.

Posee un clima que varía según la región para el Norte tropical la temperatura varia en verano de 20° a 38°, en invierno de 2° a 3°, en la zona central o yungas el clima es tropical.

En la parte sud o cordillera el clima es frío, seco con temperatura de 8° en el invierno. Los días lluviosos en los yungas, zona central son de 145 días en todo el año y en la zona sud de 40 a 80 días aproximadamente.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

La mayor parte de las actividades económicas están basadas en la agricultura en el cultivo de maíz, cebolla, papa, oca, papaliza, tarwi, alfa alfa, arveja, cebada, avena y trigo. En la industria la elaboración de la chicha. Criadero de variedad de animales Ej.: Ovino, Porcino, Vacuno.

POBLACIÓN

Los datos del último censo INE 2001 arrojaron la suma de 23051 habitantes
Varones 51.6 % Mujeres 48.4% Tasa actual de crecimiento intercensal del 1992 a 2001 es de 1.21%

Ocupación y empleo.

La agricultura se constituye en la principal fuente de empleo para la población y las comunidades y en orden de importancia la industria, carpintería, construcción, alfarería y comercio.

MIGRACIÓN

Datos que existen muestran que casi un 90% son originarios de lugar, en tanto que un 10% procede de otro lugar. Estableciendo la procedencia de esta población encontramos que, la migración procede del departamento de Santa Cruz, Cochabamba y del Trópico.

SERVICIOS BÁSICOS

Agua Potable.

La población de Tiraque accede al uso y al consumo de agua a través del sistema potable domiciliario, vertiente, río y red pública. El acopio se realiza de dos zonas: Quewiñayuj Huayco con 8 vertientes y Salto Kjuchu con 120 vertientes el agua se almacena En 3 tanques en el suelo con una capacidad de 48000, 30000 Y 35000M3 respectivamente

Existe una oficina ubicada en la calle 10 de octubre donde se realizan los cobros del agua la cantidad de 25 Bs por año.

ALCANTARILLADO Y BASURAS

Toda la población de Tiraque no cuenta con este servicio de alcantarillado, la avenida Santa Cruz tiene un desfogue al Río Paycomayu, el desfogue de aguas servidas del pueblo se dirige al Río Ch`ago el mismo que las conduce hasta unos depósitos se separan los desechos sólidos de los líquidos, los líquidos son destinados al riego de las zonas aledañas sin ningún tratamiento adecuado, convirtiéndose en un riesgo para la salud de quienes consumen estos productos agrícolas. En las comunidades sólo existen las letrinas.

La intendencia municipal cuenta con una volqueta que recorre toda la población una vez a la semana el día sábado a las 8:00 a 10:00 A.M.

ENERGÍA ELÉCTRICA Y ALUMBRADO PÚBLICO

El pueblo de Tiraque cuenta con el servicio de energía eléctrica y alumbrado público y tratando de dar cobertura a las comunidades más alejadas del pueblo, a pesar de ello existe algunas zonas rurales que no cuentan con el servicio.

El cobro de este servicio se efectúa en el mismo pueblo de Tiraque en las oficinas de ELFEC-SAM.

Cuando las luminarias de la calle sufren cortes o quemaduras es la alcaldía la encargada de cambiarlas.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN: (periódicos, radio, televisión).

Las principales fuentes de comunicación son: ENTEL. COMTECO La difusión de la radio es a través de La vos de Juno. La población de Tiraque cuenta actualmente con un canal de televisión Canal GTV municipal de cobertura moderada con recepción de imagen en el centro poblado a medio día. La prensa escrita tiene menos cobertura porque proviene de Cochabamba y su distribución es escasa.

TRANSPORTE PÚBLICO, TIEMPO DE TRASLADO

La población de Tiraque cuenta con un servicio completo de transporte público, taxis y micros, existe 2 líneas de taxis las cuales son: 15 de octubre y 10 de octubre, y el tiempo de traslado es de una hora. Establecimientos Educativos.

En el campo hay 7 escuelas centrales, 30 escuelas seccionales de las cuales muy pocas ofrecen educación a nivel secundario. El pueblo cuenta con 1 escuela básica y dos colegios. La escuela Cobija, Paulino Siles y colegio Juan José Carrasco.

ESTABLECIMIENTOS FISCALES

Todos los establecimientos del pueblo y de las comunidades son fiscales

Existe un colegio de convenio de Fe y Alegría.

ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES

No existe establecimientos particulares tanto en el pueblo como en las comunidades todas son estatales.

VIVIENDAS

Presenta un número elevado de viviendas de adobe con techo de teja y escasas viviendas construidas de ladrillo y techo de calamina.

RELIGIÓN Y CREENCIAS

La religión mayoritaria es la católica, existe también la iglesia evangélica y un porcentaje de diversas religiones, se pone evidencia que la cultura tradicional imperante tiene fuertes raíces ancestrales y de respeto a la madre tierra (pachamama) y otros ritos.

IDIOMAS

Los idiomas son: El castellano y el quechua, en orden de importancia, sin embargo en las comunidades predomina el quechua.

PRINCIPALES ENFERMEDADES TRATADAS CON MEDICINA TRADICIONAL

Las principales enfermedades tratadas con medicina tradicional son: tos, gripe, dolor de estómago, fiebres, diarrea, dolor de cabeza, reumatismo y males conocidos comúnmente por la población como susto, aire y luxaciones, cuando la medicina tradicional no es efectiva recurren a la medicina convencional.

GRUPOS ORGANIZADOS.

Tiraque cuenta con diferentes organizaciones surgidas antes y después de la conformación del municipio, con el objeto de satisfacer demandas de equipamiento e infraestructura de la población, ante la falta de atención de las instituciones estatales y privadas. En este sentido, varias comunidades de la población consiguieron la ejecución de obras o la prestación de servicios a través de organismos externos.

ORGANIZACIONES ESTATALES.

Entre las organizaciones gubernamentales se encuentran:

- Gobierno autónomo de Tiraque.

- La Policía Nacional.
- Isabel Torrico Arnés
- La Escuela Paulino Siles.
- El Colegio Juan Tose Carrasco turno mañana , Esteban Avelli turno tarde

Entre las instituciones de carácter religioso están:

- El centro de Salud “Nuestra Señora de las Angustias” Tiraque.
- El Colegio Juan José Carrasco “Fe y Alegría”.

ORGANIZACIONES POPULARES

Las organizaciones populares o de base son las siguientes:

- Bartolinas Sisa
- Las juntas vecinales.
- El Club de Madres.
- La asociación de padres de familia de las escuelas.
- La Iglesia Católica.
- Los comités de agua.
- La cooperativa de agua Tiraque.
- Los Sindicatos.

Organizaciones privadas.

Las organizaciones Privadas son las siguientes:

- Iglesias Evangélicas.
- Organizaciones no Gubernamentales (ONGS).

LEVANTAMIENTO DE SERVICIOS MÉDICOS.

Antecedentes Históricos (Hospital Tiraque).

El Hospital de Tiraque está ubicado en el pueblo de Tiraque y se constituye en el Hospital de área y es responsable de todos los programas de salud del Ministerio estatal y depende del gobierno.

TIPOS DE SERVICIOS

Siendo Tiraque una población extensa, cuenta con un hospital de primer nivel y postas ubicadas en diferentes comunidades del municipio, el personal con que cuenta tienen sus conocimientos en distintas especialidades, se encuentra capacitado para brindar atención de salud a la comunidad. El Hospital de Tiraque, cuenta con los siguientes servicios:

- Medicina general
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Odontología
- Enfermería
- Laboratorio Clínico
- Farmacia
- 4 Salas de hospitalización
- Administración
- Personal de Servicio
- Servicio de ambulancia

Recursos humanos.

Cuenta con el siguiente Personal:

- 12 Enfermeras (2 Licenciada en Enfermería). En el Hospital 3 enfermeras auxiliares y 8 enfermeras en las postas)
- 6 Médicos (pediatra, médico de planta, Ginecóloga, 1 Odontóloga de planta, 3 Odontólogos de contrato del Municipio y 6 médico general). Médicos SAFCI, Bono Juana Azurduy, Tele Salud.
- 1 Administradora
- 3 Médico interno
- 1 Odontóloga interna.
- 2 Farmacéutico.

Recursos Infraestructurales

Posee infraestructura moderna y buenas condiciones ambientales

Cuenta con las siguientes secciones:

- Sala de partos
- Sala de internación maternidad, cuenta con dos camas.
- Sala de medicina, cuenta con dos camas pediátricas y tres para adultos.
- Sala de aislados, cuenta con dos camas.
- Sala de intoxicados, cuenta con dos camas.
- Tres consultorios.
- Una sala de enfermería y emergencia.
- Sala de vacunación.
- Sala de neonato y ecografía.
- Baño para los pacientes.
- Tres cuartos para enfermeras con baño.
- Dos cuartos para internos
- Cuatro cuartos para doctores de turno.
- Dos baños para el uso del personal.
- Sala de reuniones.
- Cocina
-

8.- ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la atención de víctimas afectadas por la Violencia Intrafamiliar, en establecimientos de salud de la Red II de Punata, como parte de la Estrategia de la Política SAFCI.

8.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Mejorar la atención de las víctimas con Violencia Intrafamiliar con enfoque intercultural en el municipio de Tiraque.

9.- RESULTADOS

R.1 Personal de salud capacitado en manejo intercultural en la atención a víctimas afectadas con Violencia Intrafamiliar.

R.2. Habilitado un ambiente intercultural para atención a víctimas de VIF.

R.3. Víctimas pacientes reciben orientación de prevención de la VIF con enfoque intercultural.

10.- ACTIVIDADES

Para el Resultado 1

1. Desarrollar talleres de capacitación al personal de salud sobre manejo adecuado a víctimas de VIF. De Referencia y Contrareferencia con enfoque intercultural.
2. Gestionar convenios interinstitucionales involucrados en la problemática
3. Habilitación de un ambiente exclusivo para manejo de víctimas afectadas de Violencia intrafamiliar
4. Gestionar la contratación de un profesional psicólogo
5. Promoción y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en salas de espera con medios audiovisuales.

11.- INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Para alcanzar al propósito del proyecto de intervención de Mejorar la atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar, se trabajará lo siguiente:

El 90% del personal de salud con conocimientos intercultural

80% del personal capacitado con temas referentes a la violencia intrafamiliar

Monitoreo al cumplimiento de la mejora continua del manejo adecuado de la violencia intrafamiliar a la comunidad.

Personal de Salud conoce la Normativa en un 90 %.

La institución pública brinda atención de calidad a las víctimas de violencia en

El 50 % de los Centros de Salud cuenta con Psicólogos especialistas

El 80% de los Municipios cuenta con centros de terapia grupal especializada.

El Municipio ha elaborado Ordenanzas de manejo y expendio de bebidas alcohólicas.

12.- FUENTE DE VERIFICACION

Entre las fuentes de verificación tenemos:

- Informes mensuales del SNIS
- Cuaderno de consultas de Violencia Intrafamiliar
- Recibos/Recetarios.
- Historias Clínicas de los pacientes afectados por VIF
- Actas de reuniones para la recolección de datos con el personal de salud.
- Denuncias emitidas a la defensoría de la niñez y adolescencia
- Registro del SLIM
- Fotografías.

13.- SUPUESTOS

Entre los supuestos tenemos:

- Voluntad política por parte del ejecutivo Municipal.
- Voluntad y responsabilidad por parte del personal de Salud.
- Continuidad del financiamiento por parte del Gobierno Autónomo Municipal.
- Continuidad del proyecto por parte del personal de salud del Centro de Salud correspondiente.

- Motivación al personal de salud para mejorar la Atención a víctimas que sufren Violencia Intrafamiliar.

14.- ANALISIS DE VIABILIDAD

Todo proyecto donde se involucre mejorar la Salud Publica debe ser viable, ya sea por parte del Gobierno Nacional, Departamental o Municipal. Ya que si hablamos de primero la salud y luego la educación se debe honrar estos preceptos y no quedar en papel o para el discurso y la política de salud es una política de Gobierno.

El presente proyecto de intervención está directamente relacionado con principios de calidad de vida del núcleo familiar, eficiencia y pertinencia de un proyecto en términos de los elementos conceptuales que lo componen.

Dentro de las conformaciones de la viabilidad tenemos, el aspecto técnico donde la calidad de atención a víctimas afectadas por la Violencia Intrafamiliar, de es uno de los parámetros muy importantes en el proyecto de intervención planteado y hay coherencia en la información obtenida por parte del personal de salud del poco conocimiento y aplicación en la atención sobre esta problemática. El presente proyecto de intervención brindara beneficios en cuanto a la salud física y mental con un enfoque intercultural y respetando usos u costumbres de la comunidad, por lo tanto se mejorara la calidad de vida de las víctimas y sus entornos familiares y en los parámetros de institucionalidad los Gobiernos Municipales cuentan con recursos anuales que se insertan dentro del Poa Municipal destinados exclusivamente para salud y es aquí donde se puede insertar un presupuesto destinado exclusivamente para al proyecto de intervención.

15.- ANALISIS DE FACTIBILIDAD

15.1 FATIBILIDAD SOCIAL

Hay una buena factibilidad social, ya que la comunidad participa en la toma de decisiones según el nuevo modelo de atención en salud, a partir del

involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación- control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud, ya que el proyecto de intervención dará buenos beneficios a la sociedad y comunidad en general por qué reducirá la alta prevalencia de casos de Violencia Intrafamiliar y sus complicaciones posteriores y de esta manera se mejorara significativamente la calidad de vida de la sociedad de la comunidad.

15.2 FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL

Hay una buena factibilidad cultural/intercultural ya que el proyecto de intervención tiene un enfoque sociocultural con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales los usuarios y otros), donde cada una ellos se predispone al diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de Violencia Intrafamiliar: calidad de la atención a víctimas afectadas con esta problemática, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes.

15.3 FACTIBILIDAD ECONOMICA (PRESUPUESTO PUBLICO)

Al analizar profunda y minuciosamente del costo del proyecto y beneficio del mismo asociados al proyecto de intervención estos son factibles desde el punto de vista del beneficio.

Con análisis de costo/beneficios, todos los costos y beneficios de adquirir y operar cada sistema alternativo se identifican y se establece una comparación entre ellos. Esto permite seleccionar el más conveniente para la comunidad.

Dentro de esta comparación económica costo/beneficio se debe tomar en cuenta las siguientes características:

- Los costos para el proyecto de intervención son aceptables ya que los beneficios obtenidos reducirán la deficiente Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar por parte del personal de salud y como resultado se mejora la salud en general de los pacientes que acuden a nuestros Servicios de Salud
- La proporción costo/beneficio de contar con personal capacitado y sensibilizado para un manejo adecuado de las víctimas afectadas.
- Se determinan las formas en que la organización podría gastar su dinero.
- Invertir el dinero de la comunidad en proyectos sin beneficios es contraproducente al costo/beneficio y como una alternativa de beneficio a la comunidad es el proyecto que genere estabilidad psicosocial.

15.4 FACTIBILIDAD DE GÉNERO

Hay una buena factibilidad de género ya que el proyecto de intervención está orientado a que el servicio de salud conciba el proceso de atención adecuada de la Violencia Intrafamiliar de las personas hombres y mujeres como una totalidad, es decir, desde la persona como ser bio-psico-social, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí la factibilidad de género y el proyecto de intervención a través de una atención adecuada por el personal de salud que asumen la promoción, prevención, de la Violencia Intrafamiliar respetando el género de manera completa y no separada ya que forman parte de la comunidad.

16.- ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Debe haber una continuidad gestión tras gestión de las acciones y los beneficios del proyecto de intervención después de finalizada la fase de inversión y cooperación tanto económicamente y aporte de servicios por parte del personal de salud. Los factores para mejorar la Atención Adecuada de la Violencia Intrafamiliar contribuirán a consolidar los procesos de tal forma que estos

permanezcan en el tiempo una vez finalizado el proyecto que los generó, para de esta manera consolidar una buena salud psicosocial en las víctimas afectadas con esta problemática de la comunidad.

Los factores a considerar son:

- Debe haber una apropiación de todos los proyectos de intervención por parte de los beneficiarios.
- Debe haber alternativas que permitan de esta manera que la tecnología sea apropiada y optimas a las condiciones locales.
- Debe haber capacidad real y comprometida de las entidades ejecutoras, de dar continuidad a los resultados del proyecto, luego de finalizado la primera etapa.
- Debe haber una garantía de la sostenibilidad económica y financiera en todo el tiempo que dure el proyecto de intervención de Mejora de la atención adecuada a víctimas de Violencia Intrafamiliar.

La sostenibilidad del proyecto está garantizada, porque la ejecución del proyecto estará a cargo del personal de Salud del Centro de Salud Tiraque Cochabamba. Además se tiene la Ley 348, contra la Violencia Intrafamiliar con la que podremos dar continuidad al Proyecto con recursos propios del Estado. Y la misma política nacional de salud, SAFCI, el de promocionar la salud, abandonando paulatinamente el asistencialismo al que hemos estado practicando por influencia de la medicina occidental

.

17.- IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

El proyecto será de gran impacto social, los actos de violencia imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia social y sanitaria en todo el mundo dando lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte. Si bien, las consecuencias, muchas veces son inmediatas e incluso latentes, pueden también durar muchos años.

En lo social se espera que el proceso preventivo y manejo adecuado de la violencia intrafamiliar genere cambio de actitudes de los padres de familia y en toda la comunidad en general, hacia tener espacios y estilo de vida libre de violencia, que repercutirá no solo en el tema de la prevención de la violencia, sino también en el resto de las patologías estrechamente vinculadas a la salud mental, a la buena alimentación, enfermedades como la depresión, aislamiento social, etc. Y también pondrá en práctica uno de los lineamientos de la política SAFCI, el de PROMOCIONAR la salud y el VIVIR BIEN.

18.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

Este proyecto será financiado por recursos provenientes del IDH Municipal del GAM de Tiraque

MONTO SOLICITADO AL GAM DE TIRAQUE	MONTO SOLICITADO A OTRA FUENTE	MONTO TOTAL DEL PROYECTO
45.000 Bs.	-----	45.000 Bs.

19.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

www.google.com

Faustino Oaxaca Ayala, Pedro César Cantú Martínez* y Ulises Hernández Torres
Programa Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

*Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León
(México)

www.google.com

Trabajo de investigación VIF en el Salvador.

Vice-ministerio de Género Generacional y Familia

Conferencia Internacional en Buenos Aires.

VIF en comunidades de Bolivia.

Violencia en las mujeres indígenas Chile-Bolivia

Centro de la promoción de la Mujer Gregoria Apaza

Ander-Egg, Ezequiel (2001p.81) Los Desafíos de la Educación en el siglo XXI. Algunas Reflexiones sobre los Retos del Futuro Inmediatos. Editorial Homosapiens. Argentina

Amato, María Inés. (2004 p.131) La Pericia Psicológica En Violencia Familiar. Ediciones la Roca. Buenos Aires.

Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada

Castellanos, Julieta (2000) Honduras: Armamentismo y Violencia. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano.

Corci, Jorge y Peyrú, Graciela María (2003 p. 49 -63) Violencias Sociales. Barcelona.

Ariel. Compilación del Diplomado de Violencia y Convivencia Social. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa.

Maldonado, Horacio (2004) Convivencia Escolar; ensayos y Experiencias. Lugar Editorial. Buenos Aires

Organización Panamericana de la Salud. OPS / OMS (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud

PNUD (2000) Violencia en una Sociedad en Transición: Ensayos. Lilian Moncada Davidson. San Salvador.

UNDP (s/f). Segundo Informe de Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá.

Capítulo Desafío de la Calidad Democrática. Estudio sobre Administración de la Justicia en Honduras.

LIBROS:

Manual de Normas y Procedimientos para la Atención intrafamiliar. (Ministerio de Salud).

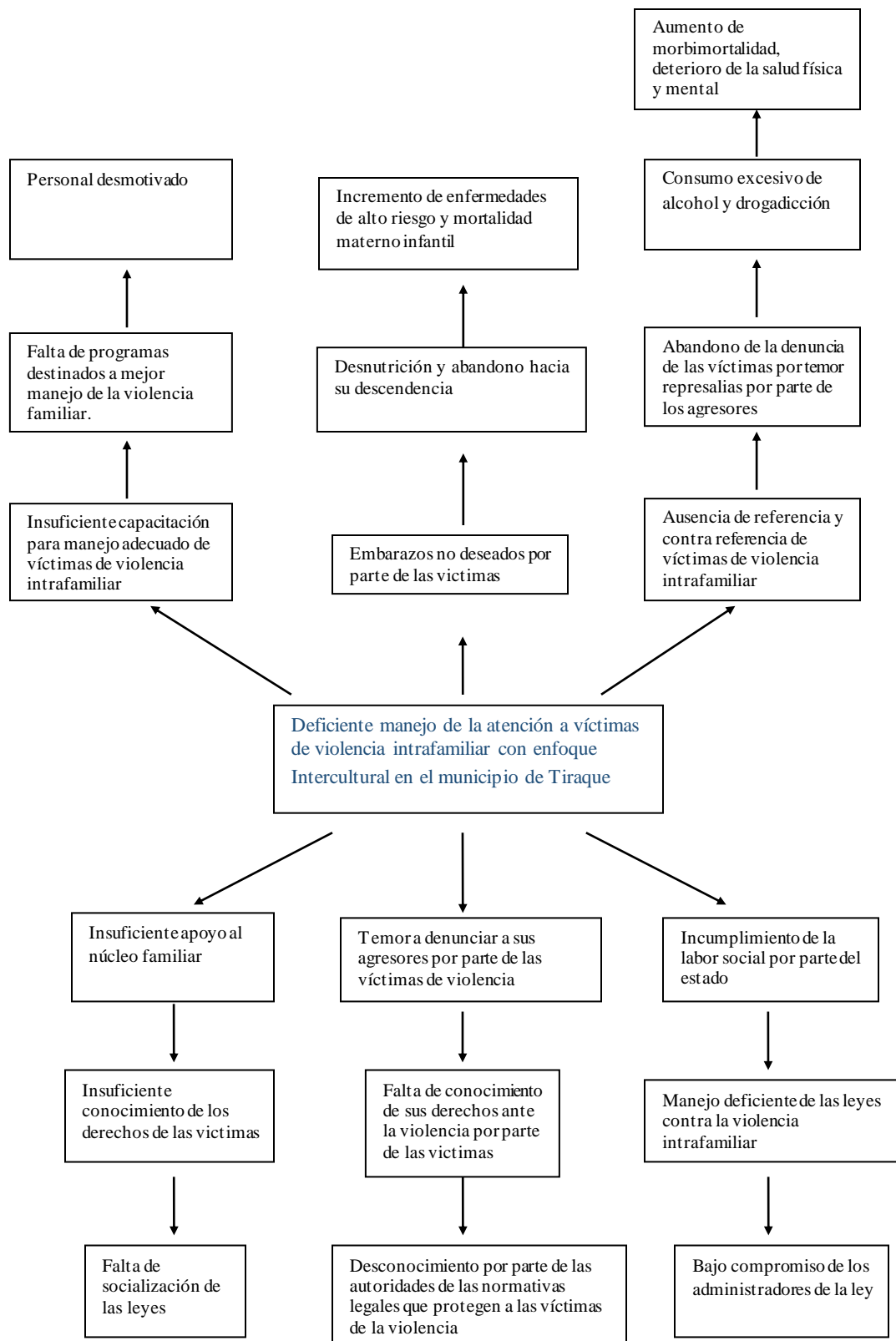
DOCUMENTALES:

Opresión Patriarcal, conferencia de Marcela Legar del 23/11/89

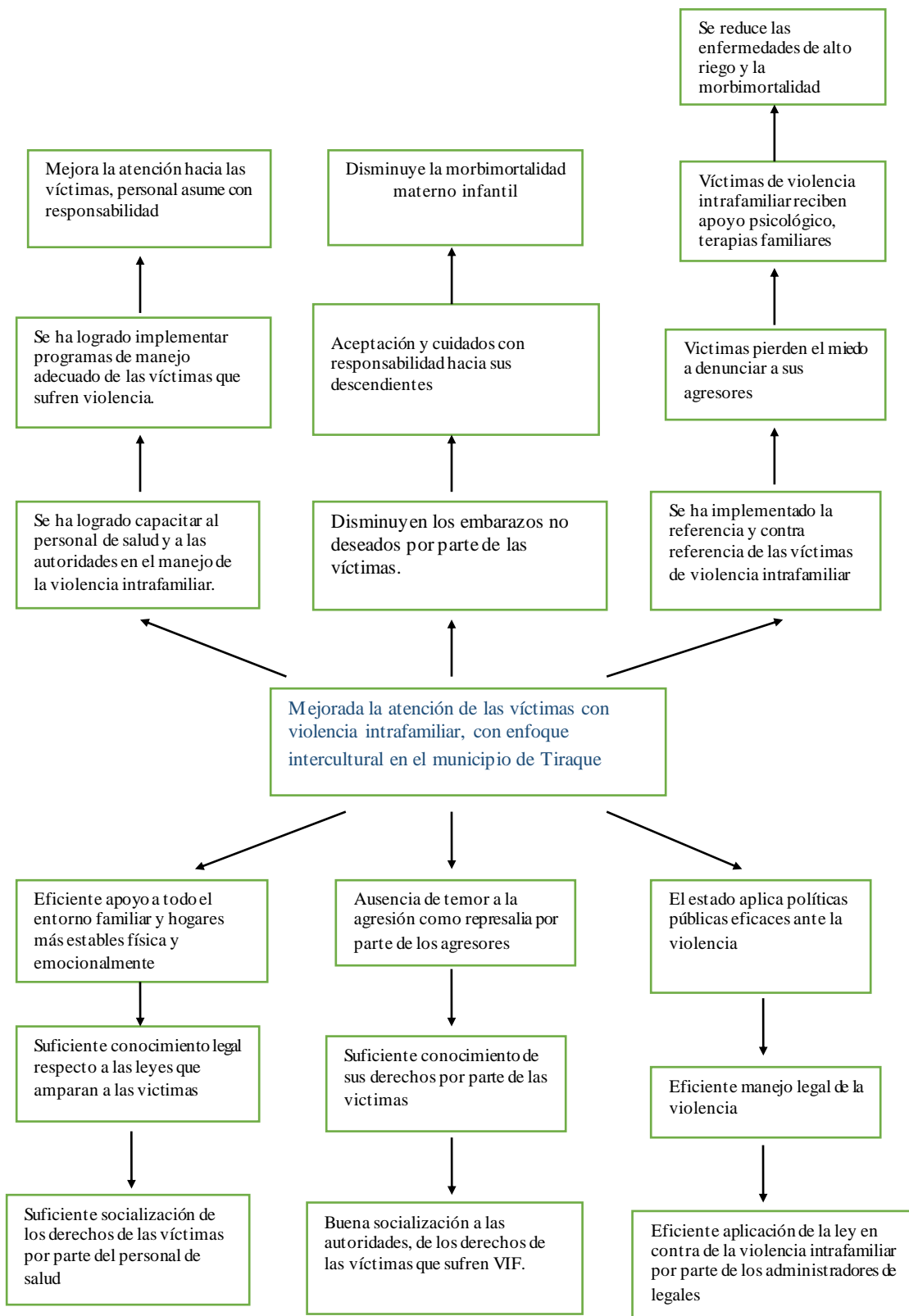
20.- ANEXOS

ANEXOS

20.1 ARBOL DE PROBLEMAS



20.2 EL ARBOL DE OBJETIVOS



20.3 MATRIZ DE MARCO LOGICO

Marco lógico

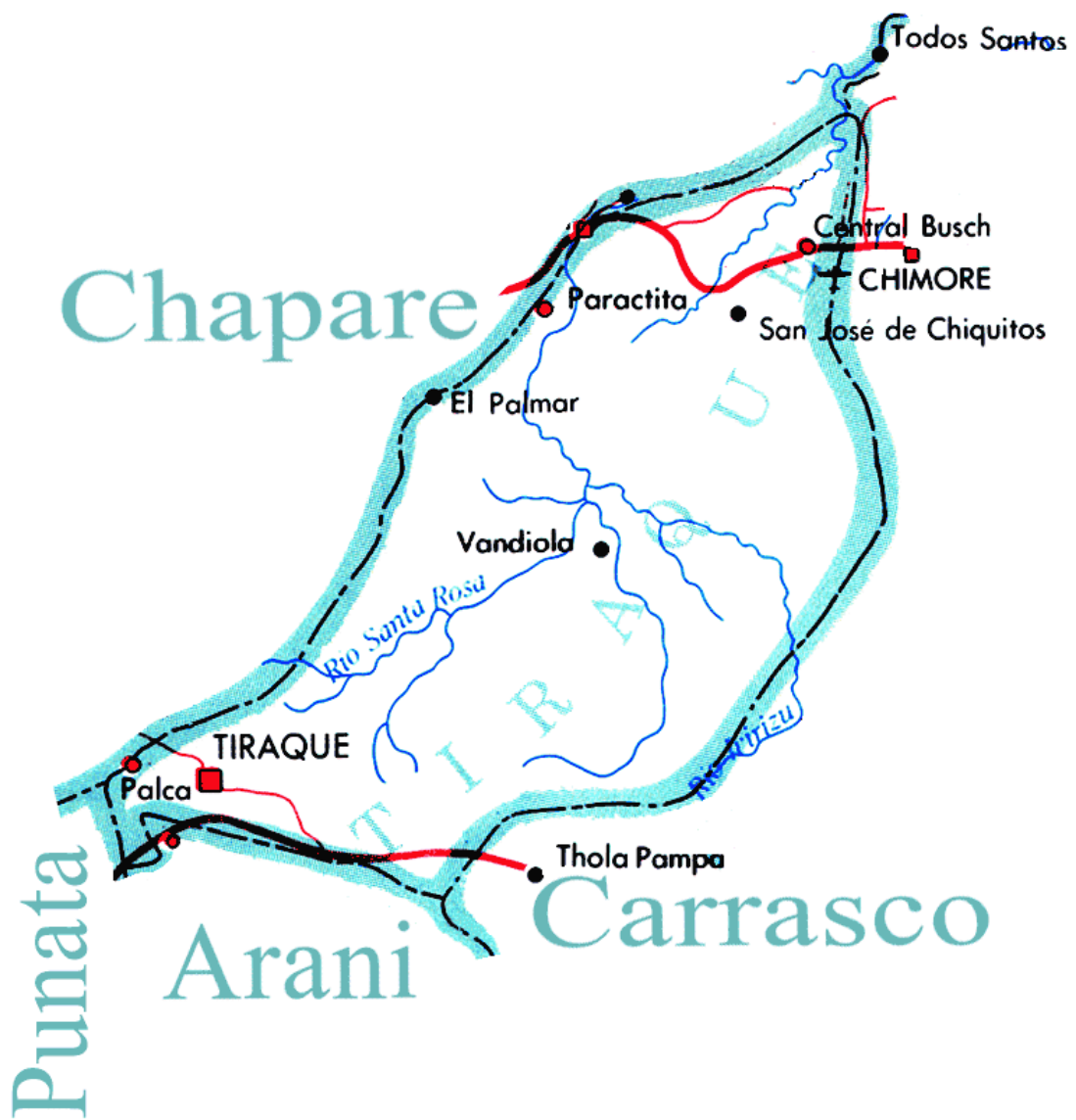
Objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
OBJETIVO GENERAL Contribuir a mejorar el manejo adecuado de la VIF. Por parte del personal de salud de la Red II Punata como estrategia de la Política SAFCI			
OBJEITVO ESPECIFICO mejorada la atención de las víctimas con VIF. Con enfoque intercultural en el centro de salud de Tiraque.		- Acta del personal capacitado - Resoluciones emitidas por el Consejo Municipal de Salud del G.A.M. de Tiraque	- falta de interés del personal de salud en la capacitación y la aplicación de nuevos programas.
RESULTADOS -R.1.se ha aplicado instrumentos para cambiar la percepción cultural que tienen el personal de Salud en el manejo adecuado de la VIF. -R.2. Convenios aprobados con las instituciones involucradas R.3. habilitado ambientes exclusivos para de atención a víctimas de la VIF. R.4. Un profesional psicólogo contratado R.5 Pacientes y personal de salud orientados respecto a la VIF. Sus derechos legales y como enfrentar esta problemática.	- todo el personal de salud con conocimientos de atención intercultural -80% del personal capacitado con temas referentes a la violencia intrafamiliar. - monitoreo al cumplimiento de la mejora continua del manejo adecuado de la violencia intrafamiliar. dirigido a la comunidad	- Acta de evaluación del personal capacitado en la atención de la VIF. Con enfoque intercultural. - Acta de reuniones	Rechazo a implementar este tema por parte de la autoridades
ACTIVIDADES -Desarrollar talleres de capacitación al personal de salud sobre manejo adecuado a víctimas de VIF. - Gestionar convenios interinstitucionales involucrados en la problemática - gestionar la habilitación de un ambiente exclusivo para manejo de victimas afectadas de VIF. -Gestionar la contratación de un profesional psicólogo -Promoción y prevención de la VIF. En salas de espera por medios audiovisuales.	- Actores sociales y autoridades orientados e involucrados en el tema	- acta de participación en las reuniones de socialización -Lista del personal capacitado	- falta de interés de los comúrnarios con el tema. - falta de recurso humanos capacitados para implementar el proyecto. No existan recursos para las capacitaciones de este nuevo programa.

20.4 PRESUPUESTO

RECURSOS	PRESUPUESTO	TOTAL
Material audio visual (televisores con pantallas planas DVD data display)	10.000 Bs.-	10.000 Bs-
Material didáctico de Promoción y Prevención contra la VIF. (Rotafolios, macromodelos, Banners afiches)	5.000 Bs.	5.000 Bs.
Recursos humanos Contratación de un profesional psicólogo.	30.000 Bs.	30.000 Bs.
TOTAL	45.000 Bs	

El presupuesto del proyecto para su implementación es de un costo de 45.000 bs. Incluyendo algún imprevisto durante el desarrollo del proyecto.

20.5 MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO



20.6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA

ENTIDADES QUE PARTICIPAN	MARCO LEGAL	ESTRUCTURA ORGANICA	JURIDICCION	CAPACIDAD PARA SOTENER EL PROYECTO
CENTRO DE SALUD DE TIRAQUE	Dentro de las políticas de salud los Centros de Salud están obligados a realizar proyectos de salud.	Responsable Municipal, técnicos, consultores en línea, personal de planta y administrativos.	Municipio de Tiraque	Técnica económica y sostenible.
GAM DE TIRAQUE	Los Gobiernos Municipales tienen la obligación de apoyar económicamente al sector salud y sus proyectos.	Responsable de salud, jefe médico, jefe odontología, jefatura enfermería, chofer y personal de limpieza.	Municipio de Tiraque	
UNIDAD EDUCATIVA PAULINO SILES	La intersectorialidad es la coordinación entre los diferentes sectores Centros de salud y Unidades Educativas.	Director, profesores, personal de planta y administrativos.	Municipio de Tiraque	Técnica económica y sostenible.

20.8 PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO

CONTENIDO	METODO	DIRIGIDO A	TIEMPO	EVALUACION
Manejo adecuado de la atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar	Capacitación y socialización Sobre conductas adecuadas respecto a la VIF.	Victimas afectadas con violencia intrafamiliar Personal de salud	1 año	Supervisión De los responsables del proyecto trimestral.
Promoción y prevención de la Violencia Intrafamiliar	Conferencias por medios audiovisuales y rotafolios, banners.	Padres de familia o tutores, profesores	30 minutos una vez por semana	Observación y control de acuerdo al riesgo Semanal, mensual y trimestral

20.9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO

PROYECTO	MONITOREO	EVALUACION	
OBJETIVOS	Información sobre el cumplimiento de la planificación operativa, para hacer correcciones.	Determinar los logros del proyecto de intervención y compararlos con lo que se había propuesto.	
ASPECTOS A CONSIDERAR	Cumplir con todas las tareas y actividades del proyecto de intervención. Lograr las metas trazadas y el buen uso de los recursos.	Cumplimiento con toda la jerarquía de objetivos en términos de pertinencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad.	
FRECUENCIA SUGERIDA	Mensual.	Trimestral, semestral y anual.	
FUENTES	Informes producidos por el equipo del proyecto.	Informes de monitoreo, seguimiento y evaluación de los indicadores recolectados.	
