UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN ESTUDIO DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

LAS MANIFESTACIONES DE LA DOBLE VULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA

insumo para mejorar la prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar

María Theresia Belderbos
Leandra Jefford Cerdas

San José, Costa Rica, mayo 2005

Ma. Theresia Belderbos, Leandra Jefford Cerdas. Las manifestaciones del la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar en mujeres con discapacidad física; insumo para mejorar la prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar, Manuscrito no publicado, Universidad Estatal a Distancia (UNED), Vicerrectoría Académica, Sistema de Estudios de Post Grado (SEP), Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades, Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar, Costa Rica, febrero 2005

Coordinadora de la Maestría:	M.Sc. Ma. del Rosario González Brenes
Profesora de Investigación:	M.Sc. Grettel Balmaceda García
Tutora del Trabajo Final:	M.Sc. Lizbeth Barrantes Arroyo
Lectoras:	Dra. Gioconda Batres Mendez
	M.Sc. Marielos Rojas Espinoza

Fecha de aprobación por el Tribunal Examinador: 16 de mayo del 2005

Versión electrónica: 19 de mayo 2005

Agradecimiento

Mucho les debemos a las mujeres con discapacidad, contribuyentes en las diferentes fases del proceso investigativo. Ellas orientaron, informaron y nos enriquecieron con sus saberes y compartiendo diferentes experiencias de sus vidas con nosotras, para hacer posible este trabajo de graduación

Nuestro agradecimiento va dirigido también hacia la participación de los y las funcionarios(as) del área de salud de Puerto Viejo de Sarapiquí, quienes fueron informantes en el trabajo.

Reconocemos los valiosos aportes de Lizbeth Barrantes quien como tutora del trabajo nos acompañó revisando los borradores y aconsejándonos para mejorar cada vez más los contenidos técnicos. Y, de Grettel Balmaceda, la profesora de investigación, quien nos guió en los aspectos metodológicos y nos dio aportaciones para cuidar mejor la coherencia del trabajo.

Llegar a esta meta de la aprobación de nuestro proyecto final de graduación no hubiera sido posible sin los conocimientos que construimos con las compañeras de la maestría durante todo el tiempo, ni sin la excelente y dedicada labor del equipo docente y de la coordinación.

Dirigido a todas ellas y ellos va nuestro profundo agradecimiento.

Marjon Belderbos
Leandra Jefford

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO 1

INTRODUCCIÓN 3

MARCO CONTEXTUAL

1 ANTECEDENTES 5
1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL 5
1.1.1 Los Servicios de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar..... 5
1.1.2 Violencia Intrafamiliar y población con discapacidad 9
1.1.3 Las estadísticas internacionales sobre violencia intrafamiliar y población con discapacidad..... 14
1.1.4 Normativa Internacional 16
1.2 CONTEXTO NACIONAL 21
1.2.1 Los Servicios de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar..... 30
1.2.2 Violencia intrafamiliar y mujeres con discapacidad 25
1.2.3 Las estadísticas nacionales sobre violencia intrafamiliar y población con discapacidad 32
1.2.4 Legislación Nacional 36
1.3 CONTEXTO LOCAL - EL ÁREA DE SALUD DE PUERTO VIEJO DE SARAPIQUI 41

2 JUSTIFICACIÓN 45
2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 47
2.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 48
2.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS 49

MARCO TEORICO 50

1 IMPORTANCIA..... 50

2 POSICIONAMIENTO SOCIAL: ÉTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA PERSPECTIVA DE GENERO 51

2.1 Ética de los Derechos Humanos..... 51

2.2 Perspectiva de género..... 53

2.3 La perspectiva de género y de los derechos humanos como base fundamental para el logro de la igualdad y la no-violencia 55

2.4 Las dimensiones del problema en estudio desde la ética de los derechos humanos y la perspectiva de género 59

3 LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD 66

3.1 El concepto de la discapacidad y los ecos paradigmáticos 66

3.2 La violencia estructural hacia las mujeres con discapacidad 70

4 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 73

4.1 Complejidad del problema de la violencia 73

4.2 Características de la violencia intrafamiliar 74

5 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR..... 77

5.1 La salud como construcción social y derecho humano 77

5.2 La prestación de servicios en el primer nivel de atención en salud y su función en la erradicación de la violencia intrafamilar 82

5.2.1 La prevención de la Violencia intrafamiliar 83

5.2.2 La atención a la Violencia intrafamiliar..... 84

5.2.3 Los y las prestadores de servicios 86

DISEÑO METODOLOGICO 88

1 TIPO DE ESTUDIO 88

2 AREA DE ESTUDIO 89

3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN 89

4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS 91

5 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA 91

5 DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS CON QUE SE ACERCA AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 91

7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 98

7.1 Descripción y criterios de selección 98

7.2 Proceso de valoración y aplicación de los instrumentos 100

8 PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 103

9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 104

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS 107

1 LA MANIFESTACIONES DE LA DOBLE VULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES DE 20 – 39 AÑOS, CON DISCAPACIDAD FÍSICA 107

1.1 Determinantes sociales para el riesgo a la Violencia Intrafamiliar 108

1.1.1 Respuestas sociales ante la discapacidad 108

1.1.2 El papel de la mujer reducida a la maternidad y el servicio a la familia ... 109

1.1.3 Dependencia económica – Discriminación en el empleo 111

1.1.4 Dependencia para realizar las actividades de la vida diaria 112

1.1.5 La toma de decisiones propias sobre sus vidas 114

1.1.6 La violencia como patrón cotidiano 115

1.1.7 Otros mitos que invisibilizan la violencia 115

1.1.8 La falta de accesibilidad y servicios de rehabilitación..... 116
1.1.9 Ausencia de la participación social y redes de apoyo 117
1.2 Manifestaciones de la violencia intrafamiliar 118
1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar 123
1.4 Demandas hacia la prestación de servicios de salud a la violencia intrafamiliar..... 125

2 NORMAS Y PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA CCSS : Análisis de sus contenidos 130
2.1 Enfoques de derechos humanos y de género 130
2.2 Papel del primer nivel de atención en salud 133
2.2.1 La violencia intrafamiliar como prioridad en el primer nivel de atención 133
2.2.2 Implementación de acciones para la atención a la violencia Intrafamiliar 135
2.3 Equidad y acceso universal 136

3 ACTITUDES Y ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN, DIRIGIDAS A MUJERES CON DISCAPACIDAD, QUE EMPLEAN LOS(AS) PRESTADORES DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 138
3.1 Prestación de servicio de calidad en prevención y atención a la violencia intrafamiliar 138
3.1.1 Trascendencia del enfoque de género y derechos..... 139
3.1.2 Actividades y procedimientos concretos de prevención y atención a las mujeres con discapacidad 141
3.1.3 Visualización de doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad 142
3.2 El enfoque interdisciplinario. 143
3.3 Actitudes de los y las prestadores(as) de servicios 145

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 147

1. CONCLUSIONES 147

1.1 Manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar en mujeres con discapacidad física, de 20 a 39 años de edad 147

1.2 La prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar de la CCSS y su abordaje de la doble vulnerabilidad en la atención a mujeres con discapacidad..... 152

1.2.1 Normas y Protocolo 152

1.2.2 Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí 153

2. RECOMENDACIONES 156

2.1 Políticas Públicas 156

2.2 Normas y protocolo de la CCSS en la atención a la violencia intrafamiliar 157

2.3 Prestación de servicios de salud en el área 158

2.3.1 Gerencia y Administración del Área de Salud 158
2.3.2 Los EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud)..... 160
2.3.3 Trabajo Social 161
2.3.4 Servicio de los y las ATAP`s 162
2.3.5 Participación ciudadana de las mujeres con discapacidad 162

2.4 Maestría en estudio de la violencia social y familiar 163

BIBLIOGRAFÍA

APÉNDICES

1 GLOSARIO DE CONCEPTOS
2 LISTA DE ABREVIACIONES
3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

Abordar el tema de la violencia intrafamiliar contra las mujeres con discapacidad, implica reconocer la dimensión paradigmática y la injusticia social estructural que subyacen detrás de su situación concreta de vida. Los servicios de atención en salud, fundamentados en el derecho de salud para todos(as), deben atender dichos determinantes. Además deben garantizar la prestación de servicios bajo los principios de igualdad de oportunidades, accesibilidad universal, participación y los valores de respeto a la diferencia, autonomía y solidaridad.

Es sobre este marco que se realiza el presente estudio, el cual pretende dar respuesta al problema de investigación planteado:*¿La prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar responde a la doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad física, de 20 a 39 años de edad?* Este problema se estudia específicamente en el Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en Puerto Viejo de Sarapiquí, entre junio y noviembre del 2004.

La investigación realizada es aplicada, cualitativa con carácter exploratorio descriptivo. De acuerdo con este enfoque se desarrolló un grupo focal con mujeres con discapacidad física entre los 20 y 39 años de edad, que habitan en el área. También, se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas a prestadores(as) de servicios de atención en salud a la violencia intrafamiliar. Además se efectuó un análisis documental sobre “las normas y el protocolo de atención a la violencia intrafamiliar” vigentes en la CCSS, las cuales constituyeron la fuente secundaria.

Con relación a los ***resultados*** obtenidos se destacan, entre otros aspectos: **a)** La visión de la discapacidad sostenida por las mujeres como una construcción social caracterizada por la falta de oportunidades, accesibilidad y por prácticas discriminatorias en un mundo que considera a la persona con discapacidad como dependiente, infeliz y menos capaz. **b)** La dificultad en las mujeres para

visualizar la condición de género y la necesidad, expresada por ellas, para contar con información accesible sobre sus derechos. **c)** Las mujeres con discapacidad no escapan de las mismas manifestaciones y consecuencias de la violencia intrafamiliar a que se enfrentan las mujeres sin discapacidad. Sin embargo la doble condición diferencia su situación y su vulnerabilidad lo que conlleva a una demanda diferencial hacia la prestación de los servicios de atención en salud. **d)**Tanto las normas de atención a la violencia intrafamiliar como el protocolo vigentes, no establecen una atención desde el sistema de vigilancia epidemiológica para visualizar el determinante discapacidad. **e)** En el momento del estudio la escasez de recursos humanos, así como la falta de capacitación del mismo son limitantes fundamentales en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí, para que las acciones dirigidas hacia una atención a la violencia intrafamiliar sean de calidad. Además, las mujeres con discapacidad no son tomadas como un grupo prioritario en la prestación de los servicios.

Los resultados encontrados conllevan a la conclusión que el reconocimiento de la doble discriminación de las mujeres con discapacidad no se trasciende hacia la prestación de los servicios de atención en salud a la violencia intrafamiliar en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí. Además, se considera que en el Área de Salud existe una violencia institucional hacia este grupo de población por la falta de servicios de rehabilitación, información y orientación, la cual es agravada por la falta de un proceso de capacitación continua en el tema de la discapacidad.

Con base en los resultados y conclusiones se elaboran recomendaciones para articular la prestación de los servicios de atención, en el Área de Salud, con las manifestaciones de la doble vulnerabilidad detectadas. Estas recomendaciones tienen como fin incluir la perspectiva de las mujeres con discapacidad desde el enfoque de derechos e igualdad de oportunidades y van dirigidas hacia los(as) diferentes actores(as) vinculados con la prestación de los servicios a la Violencia Intrafamiliar, es decir: la Política Pública; las Normas y Protocolo de la CCSS, la prestación de los servicios de salud en el área.

INTRODUCCIÓN

.....“Para muchas personas que conviven con la violencia casi a diario, la asumen como consubstancial a la condición humana, pero no es así. Es posible prevenirla, así como reorientar por completo las culturas en la que impera."

(Nelson Mandela en OPS, Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, D.C. 2002)

La violencia intrafamiliar es considerada internacional- y nacionalmente como violación de los derechos humanos y un problema de atención prioritaria en Salud Pública. La magnitud del problema de la violencia intrafamiliar requiere un abordaje integral y multisectorial. Además, precisa un enfoque de género por la implicación de relaciones de poder, de dominio y subordinación, en las acciones de violencia.

Se está ante un problema social que no se presenta igual para diferentes grupos poblacionales. Las mujeres, los niños y niñas, las personas mayores y las personas con discapacidad forman las poblaciones más afectadas por la violencia intrafamiliar.

La exclusión y discriminación de las personas con discapacidad significa una violación de los derechos humanos, reconocida socialmente, aunque invisibilizada al mismo tiempo. La desigualdad de género es un fenómeno paralelo y, a la vez, incluido en la condición anterior. Es por ello que las mujeres con discapacidad se enfrentan con una doble discriminación estructural: son mujeres y además tienen una discapacidad.

Los servicios de salud en prevención y atención a la violencia intrafamiliar, deben tener igual calidad, accesibilidad y eficacia para todas las personas. También

deben dirigirse con prioridad a las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, el desarrollo de estrategias y acciones para que estos servicios puedan atender las necesidades en salud de personas con discapacidad, apenas está iniciando. Este proceso requiere de insumos desde la teoría, la práctica y la investigación con el fin de lograr la calidad y equidad en los servicios.

Un elemento fundamental de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar es la descentralización y con ella la participación de la comunidad; elemento imprescindible para poder conocer y atender las necesidades al nivel de cada ámbito local. Sin embargo, las voces de las personas afectadas son las menos escuchadas hasta el momento.

El proyecto presentado se enmarca en tal realidad social. En este estudio se escuchan las voces de mujeres con discapacidad física. Se enfoca en hacer visibles las manifestaciones de la doble vulnerabilidad frente a la violencia intrafamiliar. Lo anterior con el fin de que sirvan como insumo para elaborar una propuesta que permita adecuar los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar con una respuesta que incluya la perspectiva de la discapacidad.

Se realiza un estudio cualitativo, exploratorio, ubicado en un área rural, Puerto Viejo de Sarapiquí de Heredia

MARCO CONTEXTUAL

1 ANTECEDENTES

1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

1.1.1 LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud fue celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1978. Asistieron 134 estados miembros y representantes de 67 organizaciones no gubernamentales, quienes exhortaron a cambiar las bases de la atención de los servicios de salud, con el fin de lograr la equidad de los mismos mediante la "*Atención Primaria*". Lo anterior dio origen al gran reto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sus estados miembros y toda la comunidad del mundo: ***¡Salud para todos(as)!*** Reto cuyo objetivo es el de reducir las inequidades tanto entre países como dentro de ellos, y que debiera ser logrado en el año 2000.

Pese a los esfuerzos y reformas en salud, el objetivo antes mencionado, lejos de haberse alcanzado, continúa siendo una meta prioritaria en este nuevo Siglo. La Declaración adoptada en la 51ª Asamblea mundial de la Salud en 1998 ofrece la siguiente visión para el futuro: "*Reconocemos que el mejoramiento de la salud y bienestar de la gente es el objetivo final del desarrollo económico y social. Estamos comprometidos con el concepto ético de equidad, solidaridad y justicia social y a la incorporación de un enfoque de género en nuestras estrategias. Enfatizamos la importancia de reducir las desigualdades económicas y sociales en la mejora de la salud de toda la población. Es, por consiguiente, imperativo prestar la máxima atención a los más necesitados, a los agobiados por la enfermedad, a los que reciben servicios inadecuados de salud y a los pobres. Afirmamos nuestra voluntad de promover la salud atacando los determinantes y los pre-requisitos más básicos de la salud."* (WHO, 1998, citado en OPS, 2000*)*

La Organización Panamericana de la Salud, en la nueva política: "***Salud para Todos(as) en el siglo XXI***", aprobó la incorporación de la perspectiva de género en las políticas y estrategias de salud, enfatizando que la cooperación técnica deberá "... *desarrollar las capacidades para utilizar la perspectiva de género como instrumento para analizar los impactos de la globalización en el desarrollo y en las políticas estructurales, macroeconómicas y sociales, con especial énfasis en sus relaciones con la salud*." (OPS, 1998 en La Rosa, s.f.)

A partir del 1989, los ministerios de salud de Centroamérica ejecutan el programa "*La Mujer en La Salud y el Desarrollo*". En 1991 se define la violencia intrafamiliar como una de las prioridades de este programa, caracterizándola como un grave problema de salud pública.

En 1992, en la memoria del Primer Seminario Subregional "***Violencia contra la Mujer, un problema de Salud Pública***", de la Organización Panamericana de Salud (OPS) se refiere a la necesidad de orientar el objetivo estratégico en salud hacia la atención y prevención del maltrato y la violencia contra las mujeres y a la promoción de formas de vida y cultura que respeten la diferencia. (Lodoño, 1992, citado en OPS 1992)

La Asamblea Mundial de Salud, en su reunión de 1996, declara que "*la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo*". Lo anterior reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo, para la salud y el desarrollo psicosocial de los individuos, las familias, las comunidades y países. La declaración también reconoce que "*los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a ese riesgo*." (WHA49.25 en OPS, 2002:2)

Diferentes estudios, que relacionan la violencia intrafamiliar con la salud pública, señalan la necesidad existente de desarrollar programas de detección,

promoción y atención, al igual que capacitación a los(as) proveedores(as) de estos servicios. (WHO, 2000:3; Elsberg, 1998:19) "*Sin embargo, a pesar de las consecuencias graves para la salud de las mujeres, son pocos los servicios de salud que han incorporado procedimientos para la detección de rutina de casos de violencia, o que ofrecen alguna intervención para ellas*." (Colomer 2003:2; FIPM, 2001)

La fundación Género y Sociedad realizó un estudio comparativo sobre la oferta de servicios desarrollados por los sistemas públicos contra la violencia intrafamiliar en América Latina, (García et. al., 2000). En el estudio realizado en cuatro países (entre ellos Costa Rica) se evidencia la sensibilidad de la demanda de servicios por la apariencia de una oferta de atención. Es decir, la oferta influye en el aumento de la demanda. También menciona que la atención tiene un enfoque desde los derechos humanos y que es intersectorial, involucrando a sectores como seguridad pública, salud, administración de la justicia, educación, bienestar social. Una de las debilidades que señala este estudio es la denominada "*ruta crítica*", considerada como los caminos a seguir por la mujer afectada, cuando decide salir de la situación de violencia, para encontrar una atención oportuna y de calidad. La organización sectorial y desarticulada de los servicios de atención en los diferentes ámbitos, hace que dicha ruta sea complicada. Se caracteriza, además, por prestatarios(as) de servicios no capacitados(as), información inadecuada además de malos tratos, infraestructura institucional que no ofrece la privacidad requerida, entre otras y se transforma en una victimización adicional para la persona. Otros problemas señalados en este estudio son el déficit de cobertura y la deficiente oferta de servicios, principalmente enfocada en la atención a las personas afectadas, dejando relegados los servicios de prevención y detección de la problemática.

Otra debilidad mencionada en el estudio anteriormente señalado, es la casi inexistencia de registros normalizados para detectar la magnitud del problema.

En las recomendaciones hacen hincapié en la importancia distinguir entre la atención a las personas afectadas y la atención preventiva. Insisten en que la meta última de la política pública en la intervención de la violencia familiar es "*La reducción de los niveles de violencia, la intervención temprana y la prevención de situaciones de riesgo, la promoción de estilos de vida respetuosos, solidarios... al interior de las familias, así como la transformación de los patrones socioculturales que la perpetúan*." La atención a las necesidades de las personas afectadas es meta complementaria y debe orientarse a garantizar la seguridad e integridad, su proceso de recuperación personal y fortalecimiento para evitar la revictimización. Además, deben orientarse a la identificación de poblaciones en riesgo, con un sentido preventivo. (García et al, 2000:278)

El informe subregional, de la Unidad Género y Salud de la OPS - OMS, (Claramunt y Vega, (©2001) 2003) brinda un diagnóstico situacional del problema de la violencia sexual en la región. Los países participantes son Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Concluye que el contexto centroamericano reconoce la violencia sexual como un problema de salud pública, una violación de derechos y un obstáculo para el desarrollo. Como uno de los resultados dan que "*la respuesta institucional en materia atencional a las víctimas, es prácticamente inexistente o ineficaz*." El estudio se refiere a la ruta complicada para acceder a los servicios de atención a la violencia sexual y a la concentración de los servicios en áreas metropolitanas. Sobre las instancias formales de primer acceso para las víctimas el estudio revela una gran variabilidad de sitios entre los cuales la policía destaca con un 27%, seguido por servicios de atención en salud, 19,5%. Sin embargo, este análisis carece de información procedente de las propias víctimas. El estudio recomienda, para futuras investigaciones en materia de violencia sexual lo siguiente: "*Incorporar la voz de las víctimas y con ello, un enfoque de no-revictimización y enlace a los recursos*." También consideran importante: "*Incorporar el enfoque de los derechos humanos en toda investigación que gire*

alrededor del tema de violencia sexual y violencia basada en género". (Claramunt y Vega, 2003:73)

El centro de prensa de la OMS informa, en mayo 2003, sobre la Acción Mundial para redoblar la respuesta a la violencia. La Asamblea Mundial de Salud exhorta a los países a mejorar los servicios prestados a las víctimas de la violencia para asegurar que, cuando contacten con los servicios de salud, reciban no sólo tratamiento para las lesiones y enfermedades, sino también apoyo psicológico, social y jurídico. Además, se debe dedicar más atención a abordar las causas y prevenir verdaderamente la violencia. (OMS, Centro de Prensa, 28 de mayo de 2003:1).

Etienne Krug, director del programa de prevención de la violencia y las lesiones, de la Organización Mundial de Salud, menciona sobre las medidas eficaces en la reducción de la violencia: "*Quizá la más importante sea promover las respuestas más básicas de la prevención*". Entre las respuestas comprobadas de la salud pública para hacer frente a la violencia está el enfoque de "*comunidades saludables*". Combatir la violencia no puede depender sólo del área de salud pública, "*las medidas para reducirla deben provenir de numerosos sectores y niveles*" (Krug, citada en Eberwine, 2003:7)

1.1.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Al nivel internacional existen estudios y publicaciones que abordan la violencia intrafamiliar y la violencia sexual referente al tema de la discapacidad y de mujeres con discapacidad. También existen redes de personas con discapacidad, que presentan información y discuten temas de interés social respecto a la discapacidad, por medio electrónico. A continuación se hace referencia a los principales hallazgos sobre mujer, violencia y discapacidad, encontrados en estas fuentes.

a) La mayor vulnerabilidad que tienen las personas con discapacidad para ser afectadas por la violencia intrafamiliar y la violencia sexual.

En 1997, la organización "*Save the Children",* en Suecia, publica un estado contextual sobre el abuso sexual de niños y niñas con discapacidades basándose en documentación existente en ingles. Este estudio evidencia que la niñez y los adultos con discapacidad presentan un riesgo particular de convertirse en víctimas de abuso sexual, de manera más frecuente, severa y crónica. El estudio menciona diferentes factores relevantes que hacen más difícil el evitar y escapar de la violencia intrafamiliar (Rädda Barnen, 1997)

Datos de investigaciones de la violencia intrafamiliar hacia personas con discapacidad indican que esta violencia es la más severa y crónica. (Nosek y Howland, 1998)

Los diferentes estudios recomiendan investigar más las características y los factores que influyen en la especial vulnerabilidad. (Rädda Barnen, 1997; Asociación I.E.S., 1998; Iglesias et. al., 1998; Brioso y Rodríguez, 2002). Factores que destacan son:

- La dependencia de apoyos que la persona con discapacidad puede requerir y su dependencia de la persona perpetradora de las acciones de violencia. (Rädda Barnen, 1997, Nosek y Howland, 1998).
- Los mitos y creencias persistentes en la sociedad desde paradigmas discriminatorias de la discapacidad. (Rädda Barnen, 1997, Asociación I.E.S., 1998; Iglesias et. al., 1998)
- El aislamiento y la falta de información y conocimiento de la sexualidad, de su propio cuerpo y de sus derechos. (Rädda Barnen, 1997, Asociación I.E.S., 1998; Iglesias et. al., 1998)
- La falta de conciencia social del problema: "...*La violencia contra las mujeres con discapacidad es todavía "un acto silencioso". A las mujeres con discapacidad usualmente no se les cree cuando*

denuncian que han sido violadas o son víctimas de violencia." (Zeisler, 2002)

- La impunidad de los victimarios y la revictimización frecuente de las personas afectadas. (Rädda Barnen, 1997; Brioso y Rodríguez, 2002)
- Un estudio en El Salvador se refiere a la mayor vulnerabilidad de la niñez con discapacidad con referencia a la niñez sin discapacidad, ya que "*por su discapacidad sufren una altísima desvalorización y exclusión social.*" (Brioso y Rodríguez, 2002:20)

b) Sobre este mismo aspecto se señalan la doble discriminación de las mujeres con discapacidad, como mujer y como persona con discapacidad. (Iglesias, y.o., 1998: 3,10,17; Jans y Stoddard, 1999:2, section 7; Daphne program 2000-2001; Ramiro, s.f.; CROWN, 2002; Zeisler, 2002; Comisión de Equidad y Género, 2003) Estos estudios recomiendan, entre otras, mayor investigación, centrada en las necesidades de las mujeres afectadas, tomando en cuenta también "*aquellas que viven en zonas rurales en aspectos como el aislamiento y la victimización, favorecedores de situaciones de violencia*". (Iglesias, y.o.. 1998)

Las mujeres con discapacidad son afectadas por una doble discriminación: La discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física[1] es un acto violento en sí mismo y genera a su vez frustración y violencia en la persona que lo enfrenta. Si a eso se añade la discriminación de género, se constata un hecho: el elevado nivel de agresión y violencia que afecta a las mujeres con discapacidad. Situación de la que hasta el momento ni la sociedad, ni las distintas políticas sociales de prevención y actuación han hecho el eco suficiente. (IES, 1998)

El proyecto METIS de la Unión Europea sobre violencia y mujer con discapacidad, ha puesto de manifiesto un elemento clave para la comprensión del fenómeno de la violencia ejercida contra mujeres con discapacidad: su

[1] en el caso de la población del estudio

imagen ante la sociedad y ante sí misma. "*A las mujeres con discapacidad se niegan o limitan roles que generalmente son asignados a las mujeres* " (Iglesias y.o., 1998)

Se requiere investigar acciones a emprender para la prevención de abuso en mujeres con discapacidad y para eliminar las barreras existentes del acceso a servicios específicos contra el abuso. (Jans y Stoddard, 1999)

c) La casi inexistencia o la ineficiencia de la prestación de servicios de salud para la detección, prevención y atención a la violencia intrafamiliar.

*A*fecta negativamente a la vulnerabilidad de las personas con discapacidad. Esta situación se agrava aún más, con la falta de conocimiento de las necesidades de la población con discapacidad, de la manifestación diferencial de la violencia y sus características en dicha población (CG.raad, s.f.; Iglesias, 1998; Asociación I.E.S., 1998; Jans y Stoddard, 1999; CROWN, 2002; Ramíro, s.f.)

En cuanto a la atención de personas con discapacidad afectadas por el abuso se enfatiza en la necesidad para los y las profesionales examinar las propias actitudes y prejuicios. Importante es el respeto a la diversidad y a los diferentes estilos de vida. (Rädda Barnen, 1997:23 y 24) Se requiere hacer conciencia sobre la vulnerabilidad de la población con discapacidad al abuso, para poder reconocerlo como un problema público y denunciarlo. Lo anterior tanto para los y las profesionales que brindan servicios a esta población, como a la sociedad en general. (Nosek y Howland, 1998; Daphne program 2000-2001)

Todavía existen muy pocas ofertas de asesoramiento y apoyo para mujeres y niñas con discapacidad, afectadas por la violencia. Los centros de consulta especializados para trabajar la violencia no ofrecen asesoramiento, dirigido a niñas y mujeres con discapacidad. Muchos de los empleados de estos centros no se sienten capaces de tratar este tema. (Iglesias, 1998: 33)

Es necesario conocer mucho más sobre cuales tipos de intervenciones en salud son efectivos para las mujeres con discapacidad. (Nosek y Howland, 1998) Existen datos que revelan que entre las mujeres con discapacidades hay una proporción más alta que usa las clínicas de salud pública, especialistas y servicios de emergencias, comparada a las mujeres sin discapacidades. (CROWD, 1999; Cermi 2001) Este hallazgo es de importancia para la hora de analizar el papel de los servicios de salud en la atención a las mujeres con discapacidad, afectadas por la violencia intrafamiliar.

d) La situación de otras violaciones a los derechos humanos

En la *Resolución de la Comisión de Derechos Humanos "La eliminación de la violencia contra la mujer" (1997/44)* y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (China) en septiembre de 1995, se señala la especial vulnerabilidad a la violencia de grupos minoritarios de mujeres: "*Algunos grupos de mujeres, como las que pertenecen a grupos minoritarios, las mujeres indígenas, las mujeres refugiadas, (...) las mujeres con discapacidades (...) son también particularmente vulnerables a la violencia".* Y se añada el deber de **"***Garantizar (por parte de los gobiernos) el acceso de las mujeres con discapacidad a la información y los servicios disponibles en el ámbito de la violencia contra la mujer" (*Citado en Iglesias et. al., 1998:15-18)

Las violaciones de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad se relacionan de forma negativa con la mayor vulnerabilidad. Al igual que lo hace el desconocimiento existente en la sociedad del problema. (Iglesias, 1998: 17; Haz Paz, 2000; Daphne program 2000-2001; Ramiro, s.f.)

El Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) y la Red Iberoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad hacen un llamado a utilizar el año 2004 que es declarado *"Año Iberoamericano de las Personas con Discapacidad*", para retomar los principios rectores de solidaridad, justicia, responsabilidad, respeto, calidad, democracia y representatividad. "*Hay*

que situar la discapacidad en la esfera de los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la no-discriminación. (...) Empecemos por recrear en cada localidad las necesidades y posibilidades de gestión, para ampliarnos a las diferentes regiones y concretar el Plan Nacional... " (CERMI, 2004:1) La meta es incidir en el cambio positivo hacia el desarrollo inclusivo y el mejoramiento sostenido de la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

1.1.3 LAS ESTADISTICAS INTERNACIONALES SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Día a día, crece el número de personas con alguna discapacidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, un 10 % de la población presenta algún tipo de discapacidad. A la vista de los índices de crecimiento poblacional en América Latina y El Caribe, se prevé un notable aumento en el número absoluto de personas discapacitadas en la región. (Declaración de Cartagena de Indias, 1992) En algunos países en desarrollo, la población con discapacidad alcanza el 20%, (PNUD, 1992, citado en Iglesias et. al. 1998) Pero aún con estos números significativos, esta población, en muchos ámbitos, es tratada como un colectivo de "*ciudadanos invisibles*".

La discapacidad afecta no sólo a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad, por lo cual sus dimensiones sociales y económicas, así como sus consecuencias para la salud pública, adquieren otra magnitud. (INEGI, 2001)

Los índices de violencia han aumentado considerablemente en las dos últimos décadas. El Informe mundial sobre la violencia y la salud, el primer estudio mundial de este tipo, indica que en el año 2000:

- En el mundo murieron 1,6 millones de personas como resultado de la violencia. De todas estas muertes, casi la mitad fueron suicidios, poco menos de una tercera parte homicidios y sólo una quinta parte estuvo directamente relacionada con la guerra.

- Aproximadamente 520.000 personas murieron como consecuencia de la violencia interpersonal Estas cifras presuntamente no reflejan la magnitud total del problema ya que muchas muertes violentas son disfrazadas como enfermedad, accidente o causa natural. (OPS, 2002)

Por cada persona que muere a causa de actos violentos hay muchas más que sufren lesiones físicas o psíquicas. Los efectos sobre la salud pueden durar años, y a veces consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes. (OPS, 2002:9, 15)

Es imposible captar de estas estadísticas de los organismos internacionales la información en cifras sobre la violencia intrafamiliar hacía las personas con discapacidad, ni siquiera la variable discapacidad está contemplada.

Estudios en Europa dan estimaciones que sugieren que sólo uno de 30 casos de abuso sexual de individuos con discapacidades es reportado. Cifras mucho más altos que para las mismas poblaciones sin discapacidad. Los grupos niñas y mujeres con discapacidad son más afectadas. (Rädda Barnen, 1997; Cermi, 2001) Estudios en Europa y en Los Estados Unidos presentan datos que muestran que las personas con discapacidad son receptoras de mayor número de abusos que las personas sin discapacidad en una ratio de dos a cinco veces más (Asociación IES, 1998)

El subregistro de la discapacidad en los registros de la violencia, deja invisible la vulnerabilidad de la población con discapacidad al abuso y a la violencia. Se necesitan cifras fiables para la situación de violencia intrafamiliar en general y para la población con discapacidad en especial. (Rädda Barnen, 1997; Dafne program 2000-2001; Comisión de equidad y Género, 2003)

1.1.4 NORMATIVA INTERNACIONAL

Para un estudio desde la perspectiva de los derechos humanos y de género y en relación con la violencia estructural que afecta a mujeres con discapacidad, se considera importante destacar las siguientes normas internacionales:

- La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacía la mujer (CEDAW) – ONU - 1981
- La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "*Convención Belem do Pará*" – OEA –1994
- Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana – OEA-1992
- Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad – ONU - 1993
- La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación por razones de Discapacidad – OEA-1999

Estas normas en su conjunto describen el régimen de derechos de las mujeres con discapacidad desde el cual se aborda la problemática de la violencia intrafamiliar que enfrentan las mujeres con discapacidad y la prestación de los servicios en salud a las mismas. Su ratificación lleva implícito el compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades.

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacía la mujer (CEDAW) no solo pretende erradicar las leyes y políticas básicamente desiguales, sino también las leyes que tienen como consecuencia o producto la violencia y discriminación de las mujeres. Por ende la CEDAW define la discriminación contra la mujer como:

> *" Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades*

fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera". (CEDAW: artículo 1)

La CEDAW entonces es un instrumento para erradicar la violencia[2] en la esfera doméstica, prohibiendo las acciones de violencia y discriminación hacia las mujeres, directa o como resultado.

La ***Declaración de Cartagena*** se basa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Declaración de los Derechos de Personas con Discapacidad (1975). La declaración de Cartagena recomienda a los países a establecer como objetivos de las políticas integrales entre otros: "*Garantizar a las personas con discapacidades su participación lo más plena y activa posible en la vida social y en el desarrollo de su comunidad, haciendo efectivo su derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida digna, la defensa contra toda explotación o trato discriminatorio, abusivo o degradante*." Al igual que "*Contribuir a que las personas con discapacidades alcancen las mayores cuotas posibles de autonomía personal y lleven una vida independiente, de acuerdo con sus propios deseos, haciendo efectivo el derecho a la propia identidad, a la intimidad personal, al respeto por el ejercicio responsable de sus libertades, a formar un hogar*, ..."

La Declaración de Cartagena indica la necesidad de descentralizar los recursos y acciones en la gestión y la respuesta integral a las necesidades de las personas con discapacidad. Además, hace énfasis en la necesidad de la educación para la salud y que en ella debe realizarse acciones específicas para determinados colectivos.

[2] A pesar de la aprobación de la Convención, la violencia no había sido reconocida formalmente aún como una forma de violación de los derechos humanos. Este reconocimiento se logra en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993. La ***Declaración de Viena*** se convierte de esta forma en un documento histórico para las mujeres, ya que por primera vez se reconoce expresamente que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos. (PNUD, 1999)

Aunque la declaración menciona un sinnúmero de acciones de prevención integral de las deficiencias, discapacidades y minusvalías[3], no reconoce explícitamente la necesidad de la prevención a la violencia intrafamiliar. Sí reconoce que "..*Han de ponerse en marcha programas individualizados de rehabilitación psicosocial, dirigidos a favorecer el desarrollo de las potencialidades de la persona discapacitada, con el objetivo de prevenir o aminorar las situaciones de minusvalía que puedan derivarse de las deficiencias o discapacidades, para hacer posible su vida independiente y su plena participación en la sociedad.*"

La declaración en este sentido puede verse como el aporte del enfoque de la discapacidad a las reformas de salud encaminadas a la "*Salud para todos(as)*".

Las Normas Uniformes de las Naciones Unidas para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, (Asamblea General de la ONU, 1993). Estas normas establecen requisitos para la participación equitativa de las personas con discapacidad. En relación con el abuso y violencia establecen:

En la Regla nº 9.- Vida familiar e integridadad personal:

> *"Las personas con discapacidad y sus familias necesitan ser informadas ampliamente acerca de las precauciones que deben tomar contra el abuso sexual y otras formas de abuso. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso en la familia, la comunidad e instituciones y necesitan ser educados en cómo prevenir la ocurrencia del abuso, reconocer cuando el abuso ocurre e informar de tales actos."*

[3] La declaración sigue los conceptos de la OMS de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Al igual que las definiciones básicas del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas: prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.

En la Regla nº 15.2. insiste en la:

> *"Necesidad de la acción legislativa para cambiar las condiciones que dan lugar a efectos adversos en la vida de las personas con discapacidad, incluyendo el acoso y la victimización. Cualquier discriminación contra las personas con discapacidad debe ser eliminada de la legislación nacional y determinar sanciones apropiadas en caso de violación de los principios de no–discriminación."*

Como parte del Sistema Interamericana de Derechos Humanos, la Organización de Estados Americanos adoptó en 1999 la ***Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación por Razones de Discapacidad.*** Esta convención fue fruto de una campaña por parte de las organizaciones de personas con discapacidad y los Estados que simpatizaban con sus planteamientos para codificar en forma legal las normas internacionales.

Define la discapacidad como *"una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico social"*

Define la discriminación de personas con discapacidad como*: "toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales."*

Además, menciona que la distinción o preferencia adoptada a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad no se constituye en discriminación: Siempre y cuando no limite en sí misma el derecho a la igualdad y que la persona con discapacidad no se vea obligada a aceptar tal distinción o preferencia.

En su artículo 3 los Estados partes se comprometen a:

> *“Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad ...”* Entre la lista de medidas está: *...”El suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; La sensibilización de la población, a través de campañas de educación encaminadas a eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales, propiciando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad.* (art. 3)

1.2 CONTEXTO NACIONAL

1.2.1 LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Es al Ministerio de Salud a quien corresponde la Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Entre sus principales funciones se encuentra la Dirección y Conducción política de la salud; Vigilancia de la Salud; Regulación del desarrollo de la salud; Investigación científica y desarrollo tecnológico de la salud. Además, la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley.

La prestación de los Servicios de Atención en Salud, le corresponde a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Su misión es "proteger a la población costarricense contra los riesgos que inciden sobre su salud y sobre la seguridad social y económica de los individuos con carencia, disminución o pérdida de la capacidad productiva, para garantizar el bienestar *biosicosocia*l de la familia" sustentado en tres principios básicos: Solidaridad, Universalidad y Equidad.

Estos dos entes públicos son los impulsores de la Modernización (Reforma) del Sector Salud que tiene como fin lograr las metas de universalidad, equidad y participación, consolidando la "*Salud para Todos(as*)".

Los Servicios de Salud son brindados mediante programas de *Atención Integral* de la Salud, con funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Además, son ubicados en tres niveles de atención, de los cuales se visualiza como el más importante para lograr las metas de la salud pública, el Primer Nivel de Atención.

El *Primer Nivel de Atención de la Salud* brinda una Oferta de Servicios Básicos Integrales de Salud, definida como la oferta esencial que deberá garantizarse a toda la población. Los proveedores de servicios de este nivel están conformados

por los *Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS)* y el *Equipo de Apoyo Técnico y Administrativo*. Los establecimientos, sedes de los equipos de salud del primer nivel son los *Áreas de Salud*. Además, se incluyen las Áreas destinadas a medicina general en clínicas tipo 4 y hospitales periféricos y regionales.

La violencia intrafamiliar es reconocida en Costa Rica como problema de salud pública en 1994 con la elaboración del documento "*Lineamientos Generales para el diseño del Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI)".* Este documento se basó en un estudio realizado por el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CMF[4]) con relación al problema de la violencia familiar. Dicho estudio determinó la existencia de instituciones con potestad legal sobre el área de violencia intrafamiliar, sin embargo, no todas realizaban un abordaje efectivo con relación a la problemática debido a que carecían de un enfoque sistemático e integral. El Plan Nacional, PLANOVI, fue aprobado en 1995 por el gobierno costarricense como primer paso encaminado en la elaboración de políticas públicas, enfocadas en la erradicación de este grave problema social. En su versión inicial contempla cuatro niveles de intervención: la detección y el registro oportuno y eficaz del problema; la atención de las personas agredidas y de quienes son victimarios; la prevención del problema y la inserción social de las personas afectadas. Además, hace hincapié en los sectores de la población que resultan más afectados por la violencia intrafamiliar, las mujeres, las niñas y los niños, las y los adolescentes, las personas mayores y las personas con discapacidad. Luego en un trabajo interinstitucional e interdisciplinario para hacer operativo el PLANOVI, se integran los objetivos de los cuatro niveles de atención de acuerdo con las especificidades de las poblaciones meta: personas afectadas y personas ofensores. Además, el documento final del Plan Operativo incluye otra área que surge como importante, el interaprendizaje. Esta área va enfocada a la necesidad de fortalecimiento teórico-práctico de los y las profesionales

[4] Hoy INAMU: Instituto Nacional para el Avance de las Mujeres

encargadas de la atención y la prevención de la violencia intrafamiliar. (CMF, 1997)

La elaboración del Plan Operativo se realiza con las diferentes instituciones públicas involucradas y con ONG´s. Se menciona la importancia de involucrar las necesidades específicas de las poblaciones afectadas y se refiere a la población con discapacidad como uno de los grupos más afectados por la violencia intrafamiliar. Sin embargo, El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CNREE, ente rector en materia de discapacidad, no fue partícipe en la elaboración del Plan. Tampoco participó ninguna organización social de personas con discapacidad. Es hasta en el año 2002 que el CNREE está abarcando con prioridad el tema violencia y discapacidad, incluyéndose en el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Se logró la capacitación de los(as) profesionales del CNREE en la temática de la violencia social y familiar, incluyendo las diferentes manifestaciones (física, emocional, patrimonial, sexual, negligencia, lástima, burla y sobreprotección), la distinción de violencia pasiva y activa y el concepto de género. Posterior se logró la participación de éstos profesionales en 30 redes[5] locales interinstitucionales contra la Violencia Intrafamiliar.

El Sistema PLANOVI reconoce y apoya el proceso de descentralización de los servicios, de manera que la responsabilidad quede ubicada al nivel local. No se considera eficiente que la atención integral a la violencia intrafamiliar se logre por medio de instituciones centralizadas. De ahí que se haya promovido la creación de una Red Interinstitucional Local que debe complementarse con redes comunitarias existentes. Además, se ha constituido la Red Nacional de Redes que reúne a las redes locales. (PNUD, 1999)

[5] Dato facilitado por la Comisión Institucional de violencia del CNREE, abril 2004.

El Informe Nacional de Costa Rica ante la PNUD: "*La situación de la violencia de género contra las mujeres*", reconoce el papel "*fundamental*" de la participación ciudadana en el trabajo contra la violencia hacia las mujeres: "*Es el movimiento de mujeres el que empieza a denunciar la alta frecuencia y gravedad de la violencia y a plantear formas novedosas de abordaje del problema que iban más allá de las tradicionales (grupos de autoayuda y de apoyo, talleres de empoderamiento y productivos). Estas formas de organización han hecho posible la articulación de propuestas dirigidas a satisfacer diversas demandas de las mujeres con respecto a las situaciones de violencia que vivían*". (PNUD, 1999)

El mismo informe destaca que las primeras respuestas sociales en el ámbito institucional frente a la violencia intrafamiliar en Costa Rica fueron organizadas desde el ámbito hospitalario de la CCSS. El compromiso institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social a partir del PLANOVI es el diseño, ejecución y evaluación de un modelo de atención integral con el fin de operacionalizar en el ámbito local lo que conceptualmente se desarrolló. La experiencia interinstitucional y comunitaria desarrollada en Goicoechea y San Ramón con el modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar, ejemplifica la posibilidad de trabajar localmente potenciando los recursos existentes en el área. También que la experiencia en consolidación de la Red Nacional de Redes puede convertirse en una herramienta poderosa para la potenciación de los recursos locales en la solución de los problemas que presentan las comunidades. (PNUD, 1999)

En Costa Rica el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) afirman que "*la violencia intra-familiar y el abuso sexual extra-familiar representan un problema de salud pública y de seguridad ciudadana, por su elevado número de víctimas y por sus graves consecuencias*". (CCSS, 2002:9) En cumplimiento con las recomendaciones de estudios nacionales y organismos internacionales, la CCSS y el Ministerio de Salud, publican en el año 2000 las

"*Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar*". Objetivo de estas normas es la "*facilitación de una atención oportuna, eficiente e integral a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar en los servicios de salud de la CCSS*". También "*dar respuesta a las obligaciones dictadas por el marco jurídico nacional en materia de derechos humanos*...". Las normas distinguen la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial y por negligencia. Además, dictan que la atención a la violencia intrafamiliar debe fundamentarse en una visión de genero sensitiva, un abordaje interdisciplinario, intersectorial y un enfoque de riesgo. Este último ha permitido identificar grupos más vulnerables entre ellos las personas con discapacidad. (MS y CCSS, 2000) Sin embargo, las normas de atención no establecen una atención diferencial para las personas con discapacidad como la definen para otros grupos vulnerables.

En el año 2002 estas Normas son seguidas por el "Protocolo de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el abuso extrafamiliar." El objetivo del protocolo es mantener un monitoreo sistemático, que permita la detección oportuna de las situaciones de violencia intrafamiliar y el abuso extrafamiliar, para producir información que contribuya a la toma de decisiones para el abordaje integral de esta problemática social. Además de los enfoques mencionados en las normas de atención se incorporan tres otros fundamentos: La integralidad de los derechos humanos; el enfoque generacional y el enfoque contextual. Estos últimos dos enfoques obligan: el ajuste de las acciones a la identidad y características de cada grupo de edad; tomar en cuenta la heterogeneidad de realidades y condiciones de vida que plantean la necesidad de dar respuesta a demandas específicas. El mismo protocolo en su capítulo I hace referencia a la posición diferencial de las mujeres con discapacidad en la problemática de la violencia intrafamiliar y el abuso extrafamiliar. "... *Todos estos factores convierten a las mujeres con discapacidad en un grupo con altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia, mayor que el de las demás mujeres. Pero quizá, por encima de todas estas circunstancias, está la discriminación y un acentuado*

prejuicio social hacia este grupo de mujeres." (MS y CCSS, 2002:14) sin embargo, este reconocimiento no se ve reflejado en el uso de indicadores de discapacidad en el sistema de vigilancia.

El Noveno Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible en la ponencia sobre la Violencia Contra las Mujeres en Costa Rica, publicada en 2002, destaca los logros y deficiencias de las acciones del Estado e instituciones costarricenses, en relación con el problema de la violencia contra las mujeres. El informe hace énfasis en que la mejor prevención de la violencia es confrontar la discriminación y las relaciones desiguales de poder entre géneros. Y que éste debe ser el abordaje claro en todas las instituciones.
El informe indica que la prevención es el ámbito al que más esfuerzos se han destinado y también donde se siente que hay más por hacer. Hace referencia a la necesidad prevenir la violencia institucional y la revictimización que puedan darse sobre mujeres afectadas que acuden a los servicios. En cuanto a la atención de las mujeres afectadas destaca los avances en el sector Salud con las Normas de Atención. (Estado de la Nación_Carcedo, 2002)

Sobre los servicios de la CCSS, el informe indica que fue la primera institución pública en trabajar efectivamente la atención a la violencia intrafamiliar y que es una de las que mayores esfuerzos ha destinado a la atención de mujeres objeto de violencia. Además, que los mayores retos que enfrenta esta institución, al igual que muchas otras, es la asignación de recursos humanos y económicos así como la integración de los ejes transversales (género, derechos humanos participación) y las estrategias de las políticas de Salud. "*No todas las formas de violencia contra las mujeres cuentan con programas de atención o con servicios especializados. Hay grandes vacíos en el campo de la violencia sexual*" (Estado de la Nación_Carcedo, 2002:66)

Los servicios de atención en salud dirigidos a personas con discapacidad, afectadas por la violencia intrafamiliar

No obstante la existencia de la ley de igualdad de oportunidades (Ley 7600), la elaboración de estrategias y programas sistemáticos para la detección, atención y prevención de la violencia contra las personas con discapacidad, está apenas empezando. En Costa Rica casi no existen ofertas de asesoramiento y apoyo para personas con discapacidad afectadas por la violencia. Si bien existen las redes locales de atención a la violencia intrafamiliar y centros de atención a niños(as), jóvenes y mujeres, víctimas de violencia, éstos no ofrecen asesoramiento integral, dirigido a las necesidades y las características de las personas con discapacidad. Y, a menudo los(as) funcionarios(as) de estos centros no se sienten capaces de tratar este tema[6]. En los servicios de salud de la CCSS la situación en estos aspectos no difiera mucho: "...*son escasos los espacios para las mujeres con discapacidad*" (Estado de la Nación_Carcedo, 2002:66); "... no ofrecen condiciones de infraestructura, de personal ni de información adecuadas a las personas con discapacidad." (Barrantes, citada en Mora y Vargas, 2004:129)

Esta situación se da a pesar de que las políticas públicas en materia de discapacidad están enfocadas en que, cada institución y organización proveedora de servicios debe brindar los mismos con calidad, orientados a la igualdad de oportunidades y con equidad a personas con discapacidad. (CNREE, 2002: 404-409, Directriz 27)

Los retos para la prestación de servicios de salud a las mujeres con discapacidad, identificado por el CNREE, son:

"*Visualizar y prevenir formas de violencia particularmente ocultas, en una sociedad que desvaloriza profundamente a las personas con discapacidad,*

[6] Evidencian las experiencias con el PLANOVI, las redes locales de violencia intrafamiliar; Fundación Paniamor, Procal, servicios del INAMU. Según el informe interno de avance 2003 de la Comisión Institucional contra la Violencia Intrafamiliar del CNREE, la capacitación a funcionarios(as) encargados(as) de la atención en los servicios de salud está apenas iniciando.

aislándose y excluyéndolas de los espacios y oportunidades a que tienen derecho. Y dentro de ello el gran reto de abordar la especificidad de las formas de violencia que viven las mujeres en su doble condición de género y discapacidad". Además, "*Elaborar un modelo de atención integral para esta población frente a la violencia intrafamiliar que puedan vivir*" (Estado de la Nación_Carcedo, 2002: 52 y 63)

En marzo 2003, el gobierno presenta las Políticas de Salud 2002-2006. Las políticas destacan que "*la información de las instituciones que asistan a personas afectadas por violencia intrafamiliar evidencia, que es un problema de grandes proporciones y que los grupos de mayor riesgo son los niños y niñas, las mujeres y los adultos mayores*." (Ministerio de Salud, 2003:16) En estas políticas se incorporan entre otros a la violencia intrafamiliar, la salud mental y a las personas con discapacidad, como áreas de intervención. Sin embargo, no se incluye explícitamente a la población con discapacidad como grupo prioritario para los servicios de atención a la violencia intrafamiliar. Tampoco se vinculan salud mental, violencia intrafamiliar y discapacidad en las políticas y estrategias.

Las Políticas en Salud están enfocadas en mejorar los servicios de atención a los problemas de salud de la población. Lo anterior de modo que garanticen el acceso, la calidad y la atención oportuna a toda la población con énfasis en grupos vulnerables y en zonas geográficas prioritarias por su menor nivel de desarrollo. Sus ejes transversales son el enfoque de género, de derechos y la participación social, bajo los principios orientadores: equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social[7]. Destacan las estrategias de desconcentración de los servicios y el fortalecimiento de la atención primaria, mejorando el acceso, incorporando las necesidades de las personas y el énfasis en el trato digno con calidez.

[7] Los conceptos de estos principios se encuentran en el glosario de términos, anexo #1

En el área de la *violencia intrafamiliar*, además de lo anterior, recalcan la intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria a la violencia, el fortalecimiento de la gestión local, la participación social en el desarrollo de acciones de prevención de la violencia intrafamiliar y la promoción de una vida sin violencia. Además, hacen énfasis en el protagonismo de la ciudadanía, la defensa y vigilancia de sus derechos a la atención de la violencia intrafamiliar con calidad y equidad.

En el área de las *personas con discapacidad,* definen como política además de los enfoques generales, el fortalecimiento de los servicios de promoción, prevención y la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. Los servicios deben tomar en cuenta las características de la discapacidad y la promoción de las personas como sujetos de derechos. Otra estrategia importante a destacar es la búsqueda de mecanismos para la ampliación de la cobertura del régimen no-contributivo para las personas con discapacidad en condición de pobreza, abandono o riesgo social.

En cuanto al área de intervención de *salud mental* se propone la promoción de salud mental así como la prevención, tratamiento y rehabilitación con énfasis en el primer nivel de salud.

Tanto la salud mental como la violencia intrafamiliar y el registro permanente de las personas con discapacidad, serán incluidas en el sistema de vigilancia de la salud (Ministerio de Salud, 2003)

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE)[8] por medio de su directora ejecutiva, Bárbara Holst, visibiliza a los centros de salud de la CCSS como claves en la detección, atención y prevención de las personas con discapacidad, víctimas de violencia. Según esta funcionaria es importante conocer sobre la real efectuación de este papel. No se tiene conocimiento sobre

[8] Institución pública, rectora en materia de discapacidad

qué pasa después de la detección en los servicios de salud de la CCSS que una persona con discapacidad es afectada por la violencia intrafamiliar. (Barbara Holst, octubre 2003)[9]

1.2.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MUJERES CON DISCAPACIDAD

En Costa Rica existen pocos estudios sobre violencia intrafamiliar y mujeres con discapacidad. A continuación se refiere a los estudios consultados.

Un estudio realizado en 1996, para optar por el grado de licenciatura en trabajo social, Universidad de Costa Rica, es titulado: "Violencia doméstica y la discapacidad en la mujer". La población de estudio la forman mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y el estudio enfoca en la provocación de discapacidades por la afectación a esta violencia. Es un estudio con enfoque género sensitivo y interesa porque mucho se destaca que la violencia provoca discapacidad, sin embargo, existe poca bibliografía en que se estudia esta relación. La investigación concluye que la violencia intrafamiliar es discapacitante para las mujeres afectadas, por que provoca limitaciones en el cumplimiento del proyecto de vida, en la conciencia del yo y otros problemas al nivel psicológico. Otras conclusiones refieren al abordaje institucional y van encaminadas a que los servicios deben tomar más en cuenta las consecuencias psicológicas de la violencia. (Brenes y otros(as), 1996)

El estudio de Ana Carcedo sobre Femicidio en Costa Rica 1990 –1999, aunque no trata la variable discapacidad, constata una situación importante que, de acuerdo con estudios mencionados del ámbito internacional, puede ser considerada como factor agravante en la violencia intrafamiliar hacia las personas con discapacidad. Es la impunidad de los perpetradores y la dificultad

[9] Respuesta verbal de Bárbara Holst, directora ejecutiva del CNREE, a la consulta sobre necesidades de investigación sobre violencia y población con discapacidad.

o resistencia social de considerarles delincuentes. "*Aunque la agresión contra las mujeres debería ser un delito*, (...), *a estos hombres no se les considera ni trata como delincuentes por estos hechos más que en forma excepcional o cuando las agresiones son tan severas que producen la muerte*. (Carcedo, 2002:63)

El CNREE emprendió en el año 2002 una investigación exploratoria sobre la manifestación de la violencia intrafamiliar en personas con discapacidad, utilizando la técnica de grupos focales. (Jiménez, 2002) Esta investigación tuvo como producto un manual para trabajar el tema de la violencia intrafamiliar con personas con discapacidad sus familiares y con profesionales. (Jiménez, 2003, en vías de publicación) Al consultar con este investigador sobre las necesidades para investigaciones futuras, indica que todavía el personal de los servicios de salud en la atención y prevención a la violencia intrafamiliar no conoce sobre la manifestación del problema en las personas con discapacidad. Además, indica que una de las mejores fuentes para obtener información sobre avances necesarios en los servicios de salud en la atención a la violencia intrafamiliar son las mismas personas con discapacidad. (Jiménez, marzo 2004)

En el informe interno del estudio antes mencionado, se afirma que, lamentablemente, no se exagera cuando se plantea que las personas con discapacidad experimentan "*violencia a diario*" y que esta violencia es estructural, silenciada e invisibilizada. (Jiménez, 2002)

Un estudio del 2003 para optar por el título de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Libre de Costa Rica, investiga la Violencia Intrafamiliar contra personas con discapacidad atendidas en el Programa Servicios de Convivencia Familiar del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (Mora y Vargas, marzo 2004) Las investigadoras de este estudio se apartan del enfoque género-sensitivo para abordar la violencia intrafamiliar hacia personas con discapacidad. Lo anterior basándose en los resultados de su investigación con

un grupo específico de población con discapacidad, población en condición de abandono. No hacen mención de teorías que sustentan su conclusión ni de consulta de la misma con los(as) expertos(as). Algunos hallazgos del estudio que se consideran importantes destacar son el que personas expertas en el campo de la violencia doméstica y la discapacidad refieren que los Servicios de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar no incluyen las necesidades de la población con discapacidad afectada por dicha violencia. También, de la consulta a los(as) expertos(as), se destaca que el tipo de violencia que sobresale en la población con discapacidad es la negligencia y el descuido. Además, se menciona la falta de conocimiento e información como factor influyente en la violencia intrafamiliar hacia la persona con discapacidad. Mientras que el trabajo de campo con la población con discapacidad revela que las personas tienen un conocimiento limitado de su afectación por la violencia. A pesar de su situación de abandono, no visualizan la misma como violencia, porque lo creen inherente a su condición. La violencia que identifican es violencia física y psicológica (insultos, burlas).

1.2.3 LAS ESTADISTICAS NACIONALES SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Violencia intrafamiliar

Cifras nacionales sobre violencia intrafamiliar estiman que un 19% de las mujeres que acuden a los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social por otras razones, son objeto de violencia de parte del compañero, y esta condición esta presente en la mitad de las que consultan por trastornos mentales o de comportamiento (CCSS-OPS 2001:19 y 21, citado en Estado de la Nación_Carcedo, 2002)

El estudio sobre Femicidio en Costa Rica 1990 –1999, publicada en 2002 muestra la gravedad del problema del femicidio, como forma extrema de la violencia contra las mujeres basada en la inequidad de género, así como las

particularidades que reviste y que exigen un abordaje específico. Aunque el estudio no se refiere a mujeres con discapacidad, se destaca a continuación algunos resultados: El 70% de los femicidios fueron íntimos, ejecutados por compañeros, ex-compañeros y otros familiares cercanos y el 55% de las muertes se dieron en conexión con alguna forma de control obsesivo. Con relación a la edad de las mujeres mostró que las más afectadas por el femicidio fueron mujeres en edad de 20 a 39 años. La investigadora constata que "*aunque es muy extendida la creencia de que los agresores sexuales son los más peligrosos, no son estos, sino las parejas o los esposos, quienes representan más riesgo mortal para las mujeres*". (Carcedo, 2002:72)

Otro aporte que brinda este estudio es la conclusión del subregistro existente en la información sobre violencia doméstica y la poca existencia de investigaciones sistemáticas sobre el tema.

"*Los datos disponibles en Costa Rica sobre diferentes manifestaciones de la violencia intrafamiliar, continúan teniendo un carácter parcial y disperso. Sin embargo, la información proveniente de diversas instituciones que atienden a personas afectadas por violencia intrafamiliar, permite apreciar la magnitud del problema que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente mujeres, niñas, niños, adolescentes, ancianos, ancianas y personas con discapacidad*." (Ministerio de Salud, 2002:1) Importante señalar que el Ministerio de Salud incluye a la violencia intrafamiliar a partir del 2003 como enfermedad de reporte obligatorio según la normativa en cuanto a vigilancia epidemiológica, sin embargo, este registro no incluye como variable la discapacidad.

Las medidas de protección solicitadas en el año 2000 ante el Poder Judicial llegaron a 32,643 (55% más que en el año anterior). En el 2001 la línea gratuita "*Rompamos el silencio*" recibió 79,074 llamadas, siete veces más que las recibidas en 1999. (Ministerio de Salud, 2002)

El Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) en la página electrónica del instituto, constata: "*Todas las expresiones de la violencia contra las mujeres son indeseables e injustificadas, aunque algunas de ellas preocupan actualmente en forma particular a la sociedad costarricense. Tal es el caso de la violencia intrafamiliar que cobra la vida de cerca dos mujeres al mes*". (INAMU, 2004:1)

"*En el 2001 fueron asesinadas 15 mujeres, de las cuales 9 murieron en circunstancias en las que medió una relación de pareja y 6 por violencia sexual. Para el año 2002, 26 mujeres fueron asesinadas. Durante el 2003 se presentaron 29 víctimas, de las cuales 3 fueron asesinadas por el padre y 17 por sus ex o actuales esposos, novios o compañeros. Se presentaron 8 casos de violencia sexual y una asesinada en condiciones desconocidas. Al 31 de enero de 2004, se reportaban 7 femicidios, 6 de los cuales fueron provocados por los compañeros sentimentales de las víctimas y 1 por el padre*." (INAMU, 2004:2)

La Delegación de la Mujer en San José es una instancia del Instituto Nacional de las Mujeres, INAMU, especializada en brindar atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Las mujeres afectadas reciben apoyo por parte de los(as) abogadas, psicólogas y trabajadoras sociales. En los últimos 5 años (1999 – 2003), el promedio de mujeres atendidas por la Delegación de la Mujer es de 5.263. (INAMU, 2004)

Discapacidad

Los datos de estadísticas nacionales sobre violencia intrafamiliar no contemplan la discapacidad como variable. Por lo que los informes, estudios y publicaciones anteriormente señaladas no mencionan, ni involucran a la población con discapacidad.

El informe SOMBRA[10] de la Agenda Política de las Mujeres (2003:6), indica como obstáculos para erradicar la discriminación de las mujeres en Costa Rica: *La ausencia de datos estadísticos e indicadores, confiables, accesibles y pertinentes, subregistros, falta de segregación por sexo e inclusive la ausencia de variables como discapacidad, que permitan medir impactos de los programas sociales*.

Importante señalar que los datos estadísticos más recientes sobre discapacidad en Costa Rica, provienen del Censo de población 2000, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Según estos datos, al nivel nacional, un 5,4% de la población total presenta alguna discapacidad; de esta población un 48,3% es mujer. El porcentaje de 5,4% es bajo en comparación con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, las cuales hacen referencia a un 10% de la población del Área Iberoamericana, afectada por algún tipo de discapacidad y lo expuesto en el "Módulo de Discapacidad" de la "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples" de julio 1998, el cual reporta un 9,3% de la población total con algún tipo de lesión o impedimento y de esta población un 51% es mujer.

Recientemente el Consejo Nacional de Rehabilitación publica una estimación de que en Costa Rica entre un 10% y un 14% de la población tiene alguna discapacidad. (CNREE en su página en Internet[11], consultada en febrero 2005)

[10] Este informe "Sombra" analiza como en Costa Rica se cumple la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW). Asimismo forma el resultado de un amplio estudio y el movimiento nacional de Organizaciones No-Gubernamentales (ONG´s) en la defensa de los derechos de la mujer. Fue elaborado en 2003 como contra-fuerza al informe oficial elaborado por el INAMU

[11] Dirección electrónica pagina de información del CNREE: www.CNREE.go.cr

1.2.4 LEGISLACIÓN NACIONAL

En Costa Rica, la Convención sobre la ***Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW)***, se ratificó en 1985 con la ***LEY 6968***.

En 1990 se aprueba la ***Ley de Promoción de Igualdad Social de la Mujer (Ley # 7142)***. Esta ley incorpora el concepto de discriminación consagrado en la CEDAW y establece la obligación del Estado para promover y garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en los campos político, económico, social y cultural.

Sin embargo, es hasta la aprobación de la ***Ley 7499 (1995), Ratificación de la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "Convención Belem do Para"*** y con los compromisos asumidos por la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, realizada en Beijing, que se dan cambios significativos mediante el fortalecimiento del ***Mecanismo Nacional para el Avance de las Mujeres***[12]***.*** (INAMU 2003) A partir de este año (1995) se elaboran nuevos proyectos de ley, enfocados a mejorar la situación de desigualdad jurídica y real de las mujeres y también de las personas con discapacidad.

Ley 7586 (1996), Ley contra la Violencia Doméstica**:** Esta ley indica en su artículo primero que "*regulará la aplicación de las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de violencia doméstica. ... Le corresponderá brindar protección especial a madres, niños, personas de sesenta años o más y personas discapacitadas, tomando en cuenta las situaciones específicas de cada uno".*
La ley define la violencia doméstica, psicológica, física, sexual y patrimonial.

[12] Según el informe oficial de Costa Rica ante la CEDAW, junio y julio 2003

Además, en su artículo 7 sobre medidas de protección: "*Estarán legitimados para solicitar las medidas de protección descritas: a) Los mayores de doce años afectados por una situación de violencia doméstica. Cuando se trata de menores de doce años o de personas con discapacidad física o mental, la medida deberá ser solicitada por un representante legal, el Patronato Nacional de la Infancia, una autoridad de policía o un mayor de edad. b) Las instituciones públicas o privadas que llevan a cabo programas de protección de los derechos humanos y la familia, cuando la persona agredida lo solicite, se encuentre grave o presente alguna discapacidad que le impida solicitar la protección o tener conciencia de la agresión que se le inflige*." Este artículo en su inciso a) muestra un ejemplo de la violencia estructural, en perjuicio de las personas con discapacidad, presente en el Derecho Costarricense. La persona con discapacidad está contemplada como objeto de protección y tutela y no como sujeto de derechos.

En el artículo 24 la misma ley, con respecto a la coordinación de políticas dicta: *"Corresponderá a los entes rectores en materia de discapacidad y tercera edad, formular y coordinar políticas públicas para prevenir y atender casos de violencia intrafamiliar contra personas discapacitadas o personas de sesenta años o más".*

Decreto Ejecutivo (1997) Creación el Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de la violencia intrafamiliar. Por medio de este sistema, cuya secretaría técnica corresponde al INAMU, se ha desarrollado una política pública que comprende acciones de prevención y promoción para una vida sin violencia, así como: atención, detección, acceso a recursos de apoyo y capacitación.

La ley 7600 y su Reglamento (1996 - 1998) contempla como obligaciones del estado: "*Eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación o impiden a las personas con discapacidad tener acceso a los programas y servicios"*. También: "*Garantizar que las personas con discapacidad agredidas física, emocional o sexualmente, tratadas con negligencia, que no cuenten con una familia o se encuentren en estado de*

abandono, tengan acceso a los medios que les permitan ejercer su autonomía y desarrollar una vida digna".

Al igual insiste en que los servicios, programas, políticas y planes de las instituciones de servicio público, deben incluir *los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad* y deben garantizar *los servicios de apoyo*[13] *requeridos por las personas con discapacidad para garantizar el ejercicio de sus derechos y deberes.* Y, *proporcionar información veraz, comprensible y accesible en referencia a la discapacidad y los servicios que presten* (Ley 7600:artículo 4 incisos a, c, y h; artículo 5 y 7)

Además, establece la *obligación por parte de las instituciones encargadas de planificar, ejecutar y evaluar servicios y acciones relacionadas con la discapacidad, consultar a las organizaciones de personas con discapacidad* (Ley 7600 artículo 13)

Con referencia a los servicios de salud establece que "*deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que corresponda*". (Ley 7600 artículo 31)

El reglamento de la ley 7600 (1998) establece:

ARTICULO 16. - Unidad familiar

Para preservar la unidad de la familia, prevenir la violencia doméstica y garantizar oportunidades de desarrollo y autonomía para sus miembros con discapacidad, todas las instituciones del Estado y las privadas que se beneficien de fondos públicos y que lleven a cabo programas y servicios con la familia, procurarán y proveerán los servicios de apoyo a las personas con discapacidad y a los familiares que específicamente se encarguen de ellos.

[13] Servicios de apoyo: Ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios de educación especial requeridos por las personas con discapacidad para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo. (Ley 7600)

ARTICULO 17. - Actos discriminatorios en el desarrollo y autonomía personal
Se considerará un acto discriminatorio cuando la familia natural, la sustituta o los servicios sustitutivos del cuido familiar, a pesar de recibir o contar con servicios de apoyo e información, limiten las oportunidades de desarrollo y de autonomía a sus miembros con discapacidad. Cualquier persona podrá denunciar ante el Juzgado de Familia o las Alcaldías Mixtas en su caso, dicho acto discriminatorio.
ARTICULO 18. - Violencia doméstica
Los actos citados en el artículo precedente se considerarán además como violencia doméstica, cuando los actores tuvieran relación de parentesco con la persona con discapacidad, de conformidad con la Ley No. 7586 Contra la Violencia Doméstica, del 10 de abril de 1996 y sus reglamentos.
ARTICULO 19. - Prevención y atención de la violencia intrafamiliar
El Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia formulará y coordinará - en conjunto con el ente rector en materia de discapacidad - políticas para prevenir y atender los casos de violencia intrafamiliar contra personas con discapacidad. (Reglamento de Ley 7600, 1998)

Los plazos que establece la Ley 7600 para que se cumpla con la aplicación de todas sus disposiciones no son respetados. El Gobierno debe velar por la asignación de recursos para que las instituciones puedan cumplir con los compromisos establecidos en esta Ley. Es decir, la preocupación por los derechos humanos necesita tener un paralelo en los medios necesarios para ejercer la libertad. En este caso no se debe olvidar la importancia de lograr derechos económicos, sociales y culturales para las personas con discapacidad. (Disabilityworld. Vol. 5 OCT-DEC 2000)

Ley 7948, (1999) Aprobación de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Costa Rica ratificó la Convención en el mismo año de su aprobación. La aprobación es importante porque con ella se tiene una ley fuerte y amplia contra la discriminación hacia personas con discapacidad. Ley que explícitamente permite las acciones afirmativas, es decir, la discriminación

positiva, como instrumento para eliminar la discriminación de personas con discapacidad y promover la integración social. (articulo 1-2 a y b)

Además, se establece una nueva concepción de la discapacidad, como limitación permanente o temporal en la actividad, debido a una deficiencia, "*que puede ser causada o agravada por el entorno económico social"* (artículo 1-1) De esta forma se reconoce el papel de la sociedad en la provocación de discapacidades.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE), ente rectora en materia de discapacidad, ha visto la necesidad contribuir con la divulgación, promoción, y defensa de los derechos de las personas con discapacidad. El resultado es un compendio de fácil acceso con la normativa internacional y nacional en materia de discapacidad. (Blanco y Holst, 2002). En este compendio destacan que "*La sociedad no ha atacado sistemáticamente las violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La mayor parte de las leyes y las políticas se basan en el supuesto de que las personas con discapacidad sencillamente no puedan ejercitar los mismos derechos que el resto de la población. En consecuencia, su situación suele tratarse en términos de rehabilitación y servicios sociales*.... "*Las prácticas discriminatorias contra las personas con discapacidad pueden, pues, ser resultado de normas sociales y culturales que la ley ha institucionalizado*" (Blanco y Holst, 2002)

1.3 CONTEXTO LOCAL – ÁREA DE SALUD DE PUERTO VIEJO DE SARAPIQUÍ

El Área de Salud de Puerto Viejo está ubicada en el cantón de Sarapiquí de Heredia. Este cantón tiene una extensión territorial de 2140.54 km2 forma el cuarto cantón más grande del país. Además, ocupa el 81.3% del territorio de la provincia de Heredia con 45.435 habitantes (fuente INEC, CENSO 2000). El área de salud de Puerto Viejo esta conformada por cuatro distritos: la Virgen, Llanuras de Gaspar, Cureña y Puerto Viejo.

La población total del Área de Salud de Puerto Viejo es 25.341 habitantes de los cuales; 11.604 son mujeres y 13.737 son hombres. (CNREE, fuente: INEC, CENSO 2000)

Población con discapacidad y servicios de atención en salud

Cifras

En el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí, la población con discapacidad constituye un 5% del la población total (1.227 personas)[14] y de esta población el 11% (136 personas) se registra con una discapacidad física. Las mujeres con discapacidad representan un 45% (551) de la población total con discapacidad en el Área de Salud. En este grupo de mujeres con discapacidad, 51 mujeres presentan una discapacidad física (parálisis; amputación). Además, en el grupo de edad entre 20 y 39 años, se encuentran 38 personas con discapacidad física. Estos últimos datos, por edad, no distinguen entre sexo. (CNREE, fuente: INEC, CENSO 2000)

[14] Mientras que en el Área de Salud de Horquetas se registra un 7% de la población total como población con discapacidad

Para el año 2002, se elaboró en el cantón de Sarapiquí un informe preliminar sobre violencia doméstica, realizado por el proyecto "Capacitación para el desarrollo regional sostenible" de la Universidad Nacional. En el estudio se revisan los expedientes del Juzgado Contravencional y destacan los hallazgos encontrados. Por mes se reporta la cantidad de denuncias por sexo, y la edad promedio de las personas afectadas, con el siguiente resultado:

Mes	# denuncias	Edad promedia
Julio	22 (mujeres 22)	31.7
Agosto	28 (mujeres 24)	32.8
Septiembre	29 (mujeres 28)	33.1
Octubre	33 (mujeres 30)	34.9
noviembre	24 (mujeres 21)	31.4
diciembre	12 (mujeres 11)	30

Importante destacar que tanto en las estadísticas de este informe, como en el análisis, no se evidencian datos sobre mujeres con discapacidad que fueron o no víctimas de violencia.

En el Área de Salud de Puerto Viejo se reportaron y atendieron en el año 2004, 235 personas afectadas por violencia intrafamiliar de las cuales 97 corresponden a mujeres adultas, 75 a adolescentes mujeres, 61 niños(as) y 2 personas adultas mayores mujeres. En el área existen limitaciones importantes de recurso personal, debido a que solamente se cuenta con una trabajadora social para la atención a la población de cuatro distritos.

Servicios de atención en salud

La funcionaria de la línea 800 Consejo, al preguntarle sobre los servicios en general existentes para personas con discapacidad en la región de Sarapiquí, indica que no existen servicios especializados y que los únicos servicios registrados son los servicios de atención en salud de la CCSS. De parte del CNREE, la sede regional en San Carlos es la que atiende también al cantón de Sarapiquí. (Consulta al CNREE línea 800: abril 2004) El CNREE realiza giras de

asesoría y atención a la población con discapacidad que es referida por los Servicios de Atención en Salud u otras instituciones. Cabe destacar que el Área tampoco cuenta con una Escuela de Educación Especial.

Además de los servicios de salud que brinda la CCSS, existen en el Área se Salud cuatro consultorios médicos privados, tres ubicados en Puerto Viejo y uno en La Virgen.

Las instituciones encargadas del tema de violencia en el Área son la CCSS, el Poder Judicial que cuenta con un Juzgado Contravencional que atiende las denuncias que se realiza en todo el cantón, el Patronato Nacional de la Infancia con una oficina cantonal y La Oficina Municipal de la Mujer que cuenta con una funcionaria para atender las demandas de todo el cantón.

Desde principios del año 2003 se forma la Red Local, Interinstitucional de Violencia Intrafamiliar. La red está constituida por funcionarios(as) del ministerio de salud (1), CCSS (6), ministerio de educación (2), organizaciones religiosas (2), fuerza pública (1). La funcionaria del INAMU, encargada de asesorar y orientar la red, participa ocasionalmente. Del CNREE no existe participación. La red se reúne una vez al mes y los productos generados hasta el momento son: charlas de prevención en escuelas y colegios para alumnos(as), padres y madres y la realización de una marcha contra la violencia hacia las mujeres. Además, y no de menos importancia, la facilitación de coordinación interinstitucional para el abordaje y detección de las situaciones.
La red de violencia intrafamiliar cuenta con el problema de escasa participación por ausencias frecuentes de los(as) funcionarios(as) de las instituciones públicas. (Informa: Trabajo social CCSS Sarapiquí, 2002)

El Cantón de Puerto Viejo de Sarapiquí, no escapa a las trasformaciones económicas y sociales y las crisis que se generan de ella, y una muestra de ello es que tiene el índice de desarrollo social mas bajo de la provincia de Heredia,

situación que evidencia la pobreza y el ausente avance en materia de desarrollo económico y social que caracteriza a las comunidades del cantón. (CCSS, Área de Salud de Puerto Viejo, ASIS 2004)

Con relación al tema de la discapacidad; en el Área de Salud no se ha logrado establecer un trabajo continuo con la población con discapacidad, hasta mediados el año 2004 se capacitaron a dos profesionales del Área de Salud de la CCSS en servicios de salud accesibles por parte del CNREE que significa el único recurso humano discapacitado en el tema que labora en los Servicios. Los EBAIS no cuentan con un registro y ni con diagnósticos de la población con discapacidad.

De todo lo anteriormente mencionado se emana que la población con discapacidad, afectada por la violencia, no cuenta con servicios en el Área de Salud que reconocen y atiendan sus necesidades y que esta población se encuentra invisibilizada.

2 JUSTIFICACIÓN

La violencia constituye un problema social mundial que, por sus características y graves consecuencias, ordena una respuesta inmediata y coordinada entre múltiples sectores de la sociedad. La violencia atenta seriamente contra los derechos fundamentales de las personas afectadas y al mismo tiempo es impulsada por la discriminación y desigualdad de oportunidades.

La violencia intrafamiliar afecta de manera diferenciada a la población. Las mujeres con discapacidad son doblemente vulnerables a ser afectadas por ella debido a la discriminación social estructural que enfrentan por su condición de género y discapacidad.

El abordaje de la violencia como problema prioritario en salud pública ha acelerado un cambio de enfoque: ahora se tiene que la violencia es altamente prevenible. Los servicios del primer nivel de atención en salud son claves en la erradicación del problema de la violencia intrafamiliar, no solo por su grado de descentralización y accesibilidad sino también por el contacto que tienen con las personas afectadas. Estos servicios deben asumir los retos de prevención, detección temprana y, además, la atención integral de las consecuencias.

En Costa Rica las respuestas del sector salud se enmarcan en el Plan Nacional para la Atención y la Prevención a la Violencia Intrafamiliar. En este plan se reconoce la importancia de la participación social para ofrecer un servicio integral, adecuado a las necesidades de las personas afectadas. Los documentos específicos del sector salud fueron elaborados recientemente por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.[15] Con ellos se intenta, no solo facilitar la prevención y atención integral a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, sino también generar información

[15] Se refiere a las “Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar” (MS, CCSS, 2000) y el “Protocolo de vigilancia de violencia intrafamiliar y abuso sexual extrafamiliar” (MS, CCSS, 2002)

confiable, oportuna y promover una visión epidemiológica de la problemática. Sin embargo, estos documentos arrastran el hecho que no contemplan las necesidades de las mujeres con discapacidad. Aunque ambos documentos mencionan que este grupo poblacional está doblemente vulnerable a sufrir violencia intrafamiliar, tal mención no se refleja en la definición de las estrategias y acciones.

La falta de métodos específicos que detecten, atiendan y registren situaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad, aumenta la invisibilidad y dificulta la erradicación del problema para este grupo de población.

Para elaborar y ejecutar programas de atención integral a la violencia intrafamiliar, oportunos y equitativos, se debe tener un conocimiento de la situación y las necesidades en salud de la población a la que van dirigidos. No obstante, la participación y las voces de las mujeres con discapacidad han estado ausentes en la elaboración de los planes y estrategias, hasta el momento.

Este estudio, exploratorio y cualitativo, es realizado en una zona rural, en Puerto Viejo de Sarapiquí de Heredia, en un período comprendido entre junio y noviembre del 2004. Se enfoca en la comprensión de las manifestaciones de la doble discriminación estructural de mujeres con discapacidad física. Mediante la entrevista grupal, se escuchan sus historias, relacionadas con la doble vulnerabilidad ante la violencia intrafamiliar.

La información generada contribuye a disminuir la invisibilidad y la brecha existente en el conocimiento sobre la situación de salud individual y colectiva de las mujeres con discapacidad desde la doble vulnerabilidad. Asimismo, permite aportar recomendaciones para poder incluirlas en la prestación de los servicios de salud a la violencia intrafamiliar, específicamente en área de salud de la CCSS de Puerto Viejo de Sarapiquí. Lo anterior, también, con basa en el análisis

de las normas y protocolo vigentes y en entrevistas individuales realizadas a funcionarios(as) de los mencionados servicios, en esta área de salud.

Las ejecutoras del estudio son profesionales en Trabajo Social con experiencia en el campo de la discapacidad y el primer nivel de atención en salud de la CCSS en áreas rurales; aspecto que motiva el estudio y favorece la viabilidad. Las mismas ejecutoras cubren los recursos humanos, financieros y materiales requeridos en la ejecución.

2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La salud es de todas las personas y para todas las personas y el Estado tiene el deber de asegurar, adecuadamente, la salud de la población, en especial la de los grupos poblacionales que no tienen acceso a ella.

El primer nivel de atención en salud debe tener un papel fundamental en la atención, prevención y detección de la violencia intrafamiliar y en la promoción de estilos de vida sin violencia. Los servicios deben ser brindados con calidad, accesibilidad y sin discriminaciones, a todas las mujeres que sean o puedan ser afectadas por la violencia intrafamiliar, con especial atención en los grupos más vulnerables.

Los servicios de atención en salud a las personas con discapacidad tienen como reto: visualizar, atender y prevenir la violencia intrafamiliar, “particularmente oculta en una sociedad, que de forma estructural desvaloriza a las personas con discapacidad, aislando y excluyéndolas de los espacios y oportunidades a que tienen derecho. Y dentro de ello el gran reto de abordar el riesgo y la especificidad de las formas de violencia, que puedan afectar a las mujeres por su doble condición de género y discapacidad”. (Estado de Nación_Carcedo, 2002:52)

Este reto todavía no se ha asumido, por lo que precisa una revisión de las normas, protocolos, actitudes y acciones de la atención a la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención de la CCSS. Además, requiere conocer y entender las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar para las mujeres con discapacidad, esto para poder adecuar los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar hacía unos servicios más inclusivos y contribuyentes con el derecho a una vida sin violencia, para este sector de la población.

El estudio se basa en el siguiente problema de investigación:

¿ La prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar responde a la doble vulnerabilidad de mujeres con discapacidad física, de 20 a 39 años de edad?

Un estudio realizado en el Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en Puerto Viejo de Sarapiquí, entre junio y noviembre del 2004.

2.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

La doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar, para las mujeres de 20 a 39 años, con discapacidad física.

Prestación de los Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el primer nivel de la atención en salud a la violencia intrafamiliar.

2.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar en mujeres con discapacidad física, que oscilan entre los 20 a 39 años de edad, para formular recomendaciones dirigidas a la prestación de los servicios de atención en salud a la Violencia Intrafamiliar de la CCSS, específicamente en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí; entre junio y noviembre del 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar con las mujeres con discapacidad física, que oscilan entre los 20 y 39 años de edad, las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar.

2. Identificar en las normas y reglamentos vigentes de atención a la violencia intrafamiliar en el Primer Nivel de Atención en Salud de la CCSS, contenidos favorecen o limitan la prestación de los servicios en salud a las mujeres con discapacidad física.

3. Precisar cuáles actitudes y acciones de prevención y atención, dirigidas a mujeres con discapacidad, emplean los(as) prestadores(as) de servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar.

4. Proponer recomendaciones que permitan articular la prestación de los servicios de la CCSS en el Primer Nivel de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar, ante la doble vulnerabilidad de mujeres con discapacidad física.

MARCO TEÓRICO

1 IMPORTANCIA

La teoría forma parte integral e indispensable de la investigación científica. Según indica Barrantes, el marco teórico da sustento o respaldo teórico a la investigación y le sirve de referencia a la o el investigador(a) en todo el proceso. En la definición del problema se delimita el tema de investigación con el fin de que sea específico, y tenga un ámbito claro y concreto. (Barrantes 2002:91) Sin embargo por medio de la teoría se establece la relación con la totalidad del tema, permitiendo mayor profundidad y alcance en el análisis, comprensión y explicación del problema seleccionado. Entonces, el marco teórico funciona como una herramienta específica que explica las principales cuestiones que se van a estudiar y las posibles relaciones entre ellas. Permite a la o el investigador(a) seleccionar los factores relacionados que son más importantes al igual que le sirve para orientar los procesos de recolección y análisis de datos. (Barrantes, 2002:99) Importante destacar que se parte de la subjetividad en todo conocimiento y que en ningún momento se pretende interpretar la realidad social de forma neutral. Se sigue a Alda Facio en su convicción que “la objetividad consiste en concientizarse del yo en un esfuerzo por excluirlo y no en partir de que el o la autora o investigadora no debe estar presente en lo escrito o investigado.” (Facio, 1992). En este sentido el marco teórico es la lupa desde la cual se mira el problema objeto de estudio, se diseña el proceso metodológico, se analizan los resultados y elaboran las recomendaciones para el mejoramiento del problema; expresa entonces el posicionamiento teórico explícito de sus ejecutoras.

2 POSICIONAMIENTO SOCIAL: ETICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y PERSPECTIVA DE GENERO

"It just seems clear to me that as long as we are all here . . . the struggle is to share the planet, rather than to divide it."

Alice Walker (The Color Purple, 1982)

El estudio se lleva a cabo desde dos ejes transversales de análisis: la ética de los derechos humanos y la perspectiva de género.

2.1 ÉTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Nos encontramos en una época de consenso universal sobre la dignidad del ser humano. El enfoque de derechos humanos insiste en que éstos tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona humana y en que los derechos de las mujeres, de las personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes, personas de color, personas ancianas, etc. son parte indisociable de ellos.

La dignidad, igualdad, solidaridad, libertad y seguridad son valores éticos jurídicos que forman la base de los derechos humanos; valores que están presentes en la Constitución, en los tratados y convenios ratificados por el Estado Costarricense, e incorporados al ordenamiento social.

Los Derechos Humanos son indivisibles e integrales, lo que quiere decir que ninguno es más importante que otro y que las personas necesitan el disfrute de todos ellos para su desarrollo pleno. (Arroyo, s.f.) No obstante este principio, para fines de análisis e entendimiento, se pueden distinguir los derechos humanos en tres grandes grupos:

- ***Los derechos civiles y políticos***; corresponden a un proceso para democratizar el poder del Estado; es la protección del derecho a la *libertad* como limite al estado.

- ***Los derechos económicos, sociales y culturales***; fueron establecidos para lograr una democracia social y económica. Son los derechos de la *igualdad.* Marcaron un cambio en la función estatal, desde la no-intervencionista a la orientadora y activa, con los derechos humanos como marco referencial. "El objetivo es ir creando las condiciones socio-económicas y culturales que garanticen la satisfacción y vigencia de estos derechos". (Arroyo, Roxana. s.f.)
- ***Los derechos de la tercera generación*** son los derechos basados en el valor de la *solidaridad*.

Cada persona debe ser reconocida como sujeto histórico, político, social, que "tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y las libertadas consagradas por los instrumentos regionales e internacionales". (LEY, 7499, 1995)

En la promulgación de los derechos humanos, sin embargo, el sujeto titular no ha sido neutral. La crítica feminista y la perspectiva de género revelan que "el sujeto del derecho es el hombre adulto, adinerado, sin discapacidades visibles, heterosexual y perteneciente a la raza, etnia, clase y religión dominante en cada cultura". (Facio, 1998)

Aunque siempre se ha dicho que los derechos pertenecen a todas las personas por igual, en la realidad no tenían iguales efectos. Por eso hubo que reivindicar los derechos de diferentes grupos que no estaban incluidos o que no veían reflejadas sus necesidades. Se forman entonces diferentes tratados, normas y declaraciones, tanto internacionales como nacionales, que son las que definen derechos específicos, como por ejemplo los de las mujeres. Estas convenciones parten de la premisa de que "no se puede tratar igual a lo que es desigual"[16].

[16] En este sentido es importante destacar lo que señala Alda Facio: "Uno de los principios fundamentales del derecho constitucional y de la teoría de los Derechos Humanos es que es discriminatorio tratar a diferentes como idénticas y por ende, siempre se ha entendido que el principio de igualdad exige que el derecho y las políticas públicas no traten a hombres y mujeres como si fueron idénticos" (Facio, s.f.).

Los Estados deben tomar las medidas y acciones positivas para lograr también el derecho real de todas las personas. “Los derechos humanos son una realidad social, es decir, actuante en la vida social, y por tanto condicionados en su existencia por factores extrajurídicos de carácter social, económico o cultural que favorecen, dificultan o impiden su efectividad”. (Peces-Barba Martínez, 1995:112).

El fortalecimiento y cumplimiento de los derechos relativos de grupos discriminados, como es el caso de las mujeres y de las personas con discapacidad, requiere de la voluntad política de reponer acciones y redistribuir recursos.

2.2 PERSPECTIVA DE GÉNERO

En la mayoría de los Estados pareciera haber consenso acerca de la igualdad que debe caracterizar a las personas, sin embargo, la realidad demuestra que la desigualdad entre mujeres y hombres está profundamente enraizada en las sociedades. La nuestra por ejemplo es estratificada y jerárquica. Esta desigualdad está latente en los patrones socio-culturales que determinan cuál es el papel y el espacio “propio de las mujeres” y cuál el de los hombres, así como en el valor social que se le asigna a cada uno de ellos. Es decir al nacer niño o niña, se le asignan también los rasgos y caracteres determinados por la sociedad que construyen a través del tiempo mediante un complejo proceso individual y social, la identidad de género de la persona. Como constata Rubín en 1975: ”*Una mujer es una mujer.*” Sólo se convierte en una mujer oprimida en determinadas relaciones. La mujer como materia prima es transformada por la sociedad en un producto social.

Rubín en su artículo “El tráfico de mujeres” ha propuesto el concepto del “*sistema sexo/género*” para caracterizar el fenómeno de la dominación masculina y de la “*domesticación”* de las mujeres. De acuerdo a esta autora, ”un sistema sexo/género es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la

sexualidad biológica en productos de la actividad humana; (.....) por el que el sexo biológico y la procreación humanas son conformadas por la intervención social y satisfechas en una forma convencional." (Rubín 1986:37 y 44)

El *"sistema sexo-género"* es un término neutro, se refiere a la capacidad y la necesidad humana de crear un mundo sexual, "*en este mundo la opresión no es inevitable, sino que es producto de las relaciones específicas que lo organizan*". (Rubin, 1986:46).

En Costa Rica, como en la mayoría de los países del mundo, el ordenamiento social está basado en la cultura patriarcal[17] y construido sobre la base de las necesidades del varón o de las que el varón cree que tengan las mujeres. Se entiende este orden social como un sistema sexo-género con posición subordinada de las mujeres referente a los varones, resultado de una construcción histórica, social / cultural / económica / política androcéntrica. Dicho sistema ha integrado estructuralmente a las mujeres, en todas sus esferas, en forma no-equitativa y sin igualdad de derechos ni condiciones. Además de que este sistema trasciende la desigualdad de poder hacia todos los ámbitos de la vida, dejando excluidas a las personas que no pertenecen al paradigma del varón.

[17] Sobre el orden patriarcal:

- En 1970 Kate Millet publica Política Sexual donde define el patriarcado como "una institución en virtud de la cual una mitad de la población (es decir las mujeres) se encuentra bajo el control de la otra mitad (los hombres) (Millet, edición 1995)
- Según la propuesta de Rubín, toda sociedad tiene un sistema sexo/género específico que debe ser caracterizado además para cada período histórico y moral. Esta autora insiste en que el patriarcado es una forma específica de dominación masculina que corresponde al sistema sexo/género de pastores nómadas, descritas en el Antiguo Testamento. (Rubín, 1986:47)
- Marcela Lagarde indica que "el orden patriarcal se caracteriza, por una organización social de géneros y por una cultura sexista (...) que expresa y recrea la opresión de las mujeres y de todas las personas que son diferentes del paradigma social, cultural y político masculino." Es "un sistema político público y privado, de dominio de los hombres sobre las mujeres y de los adultos poderosos sobre otros hombres .." (Lagarde, 1991: 13), así como "de enajenación entre las mujeres" (Lagarde, 1997)

Ana Sojo señala que “la división sexual de la sociedad debe ser entendida como efecto del sistema sexo-género y el efecto sistemático de este sistema, con dominación masculina, es la condición subalterna de la mujer”. Además que el sistema sexo-género se construye en el marco de una división sexual del trabajo en la cual la mujer está relegada al ámbito privado (doméstico) o subordinada en lo público. (Sojo, 1985)

“Prácticamente en todas las culturas, las diferencias de género constituyen una forma clave para que los seres humanos se identifiquen como personas, para organizar las relaciones sociales y para simbolizar los acontecimientos y procesos naturales y sociales significativos. Y prácticamente en todas las culturas, se concede mayor valor a lo que se considera relativo al hombre que a lo propio de la mujer”. (Harding, s.f.)

Con base en el orden social patriarcal, se deduce que, como el sexo de la persona es un resultado biológico, la superioridad de los hombres sobre las mujeres se define también por la naturaleza. Mediante una ideología sexista de mitos, estereotipos y asignación de roles, se refuerza la idea de una dicotomía sexual natural en la que los sexos son totalmente opuestos.

Mientras que el "sexo" podría decirse que se refiere al orden de lo fisiológico, el género es una construcción social. Esta distinción es importante, ya que nos permite entender - *A pesar de lo que el sistema impregna* - que no hay nada natural en los roles y características sexuales y que, por lo tanto, pueden ser transformados. (Facio, 1992).

El hilo conductor en los variados usos de la perspectiva de género es la “desnaturalización” de lo humano: mostrar que no es “natural” la subordinación femenina, como tampoco lo son la heterosexualidad y otras prácticas. (Lamas, 1995) El enfoque de género sitúa las relaciones de poder entre hombres y mujeres en el centro del análisis.

La perspectiva de género en la investigación social es una herramienta poderosa, que permita plantear nuevas problemas y replantear aspectos teóricos y metodológicos básicos para orientar la investigación. Lo anterior desde el reconocimiento de "*la recíproca interdependencia de la sexualidad, la economía y la política, sin subestimar la plena significación de cada una en la sociedad humana*". (Rubin, 1986:91)

2.3 LA ÉTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO COMO BASE FUNDAMENTAL PARA EL LOGRO DE LA IGUALDAD Y LA NO-VIOLENCIA

"El eje central de los sistemas de dominación-subordinación es transformar lo diferente en inferior" (Gilberti y Fernández, citado en CMF, 1997:35).

Nuestra cultura se sostiene con el predominio de ideologías sexistas, con normas y estereotipos en todos los ámbitos privados, públicos y políticos. Es una cultura excluyente que brinda un lugar periférico, desigual a las mujeres, las personas negras, pobres, con discapacidad, mayores, perteneciendo a una etnia o teniendo una orientación sexual diferente; todas personas no correspondiendo con el paradigma de lo humano: el hombre patriarca. Por lo tanto, en la jerarquía patriarcal, son situados en desventaja social parcial o total. (Arroyo, 2003).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, en la sociedad organizada con un sistema patriarcal, la discriminación y la violencia son "dos caras de la misma moneda" (Arroyo, 2003).

La discriminación y situación de desigualdad es en sí una violación de los derechos humanos. La naturalización de estas discriminaciones, las hace invisibles como tales, por lo que justifica y provoca la violencia y origina nuevas discriminaciones.

"Una estrategia central del feminismo fue y sigue siendo, el incorporar la perspectiva de género en todo el accionar humano, no como discurso, sino como medio para eliminar la desigualdad de poder entre los sexos". (Facio, 2003)

La teoría feminista ha señalado que las relaciones sociales dentro del hogar son un reflejo del ordenamiento jerárquico entre los géneros que se observa en la sociedad (Castro y Bronfman,1998). La perspectiva de género aplicada a la familia[18] implica reconocer que la desigualdad y la violencia dentro de ésta son fenómenos estructurales, íntimamente vinculados con todas las disposiciones económicas, sexuales y políticas que definen la subordinación de las mujeres. Implica revisar sesgos, reconstruir el concepto mismo de familia e incidir en el orden jerárquico propiciando la solidaridad y la responsabilidad.

La categoría de género es un planteamiento teórico metodológico; un proceso continuo que ha demostrado, su potencial de utilidad para una comprensión profunda de las sociedades y la manera que opera la desigualdad en ellas. (De Barbieri, 1992) En este sentido, la perspectiva de género permite evaluar cómo contribuye la realidad social con la igualdad y la justicia, es decir con la promoción de los derechos humanos reales.

La Justicia social, entendida como la distribución equitativa de la riqueza, la igualdad de oportunidades de participación, la gestión de los recursos del desarrollo por parte de todas las personas y como la existencia de relaciones democráticas entre los seres humanos, pasa por la búsqueda de la eliminación de las diferentes formas de violencia contra la mujer, -*y contra todos los grupos de personas excluidas*- por el establecimiento de formas solidarias de convivencia en la diferencia. (Lodoño, 1992)

El hecho de que existan diferencias de clase, raza, cultura, entre mujeres y hombres no es razón, como han pensado algunos(as), para considerar que las

[18] Kate Millet (1995) se refiere a la familia como "una unidad patriarcal dentro del patriarcado". Alda Facio (2002) al analizar el mantenimiento de la cultura patriarcal se refiere a la familia como una de sus instituciones.

diferencias de género carecen de importancia teórica o de relieve político. (Harding, s.f.) Asimismo, la discriminación de la persona con discapacidad no tiene únicamente que ver con su condición de discapacidad. Es importante reconocer que, en las culturas estratificadas por género, también existe estratificación por raza, clase, grupo de edad, discapacidad, religión, opción sexual, etc. Por lo tanto, el género constituye siempre una categoría social de otros grupos discriminados, como es la población con discapacidad y por otro lado la discapacidad forma una categoría social de género. No existe la mujer, ni el hombre; somos mujeres y hombres, seres humanos en plural.

De acuerdo con Elsa Gómez, consultora regional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS, cualquier estrategia en salud dirigida a reducir las brechas de género deberá abordar ineludiblemente las diferencias de clase, etnia, edad -*y otras condiciones*-, que influyen sobre el índole y magnitud de las inequidades de género. El énfasis que se asigna al género en *las políticas de salud* responde a la necesidad de visualizar una importante dimensión de inequidad generalmente ignorada, y cuya consideración es crítica para el logro de objetivos de conocimiento, justicia social, eficacia y sostenibilidad de las intervenciones" (Gómez, 2000).

El feminismo, como teoría y movimiento social y político de emancipación de las mujeres, no se limita a la lucha contra la opresión de las mujeres sino tiene como horizonte acabar con la discriminación y la estigmatización de quienes no se ajustan al modelo hegemónico andro-céntrico. El movimiento de las personas con discapacidad, tiene como fin la igualdad de oportunidades, la inclusión y el pleno reconocimiento y goce de su dignidad y sus derechos. Los dos movimientos tienen raíces comunes en la lucha contra la "lógica de género" y la discriminación. En la óptica de las investigadoras son movimientos paralelos, inseparables para el logro de una sociedad democrática en la cual la diferencia no se traduzca en desigualdad.

El orden de géneros vigente no es eterno ni inmutable. Es posible abatir la desigualdad y crear ordenamientos sociales más favorables a la ética de los derechos e libertades universales de todas las personas. Como dice Alda Facio: "Soñar con un mundo de igualdades puede ser nuestra utopía" (Facio, 2003)

2.4 LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA EN ESTUDIO DESDE LA ÉTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las dimensiones claves para el análisis del tema y problema en estudio se formulan, pues, desde la perspectiva de género y la ética de los derechos humanos.

Tanto los principios de *igualdad* y *dignidad de la persona*, así como los valores de *respeto a la diferencia*, *autonomía* y *solidaridad* son dimensiones claves para abordar el tema de mujer con discapacidad y la violencia intrafamiliar. El logro de estos principios depende de la participación en igualdad de oportunidades.

Especial importancia tiene el reconocimiento de que la discriminación contra las mujeres por su género o por tener alguna discapacidad, viola los principios de igualdad de derechos y del respeto a la dignidad humana. Al mismo tiempo dificulta el pleno desarrollo y la participación de estas personas en la vida social, económica, política y cultural, e inhibe el ejercicio de su autonomía y por ende el logro de calidad de vida.[19]

Otra dimensión clave es la *inclusión – exclusión* de las mujeres con discapacidad que se refleja en el reconocimiento o no de sus necesidades, potencialidades y características en todos los ámbitos de la vida social, en los niveles intrapersonal, familiar, institucional, política, en el derecho formal y real, etc.

[19] Los vínculos entre derechos humanos, igualdad perspectiva de género en términos de salud pública y desarrollo humano, son abarcados en los principios: acceso universal a la salud, equidad y participación, los cuales se describen más adelante en este marco teórico.

La cultura incita a determinaciones sociales persistentes para la inclusión o exclusión de las mujeres con discapacidad. Las bromas, el lenguaje, las imágenes en los medios de comunicación, los prejuicios y mitos dan una indicación clara de la realidad referente y de las actitudes sociales hacia las mujeres y hacia las personas con discapacidad.

A continuación se describen y enlazan estas dimensiones desde la teoría, la normativa y la actuación social.

Igualdad, no-discriminación y no-violencia

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacía la mujer (CEDAW) es el instrumento por excelencia para erradicar la discriminación, la cual define como:

" toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (LEY 6968, 1985.)

Aunque la CEDAW no se refiere de forma explícita a las mujeres con discapacidad, el concepto de discriminación empleado es igual al que estableció la ***Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación por Razones de Discapacidad***, en 1999. La única diferencia es que la última no menciona las esferas en las que pueda darse la discriminación.

Estas Convenciones no solo apuntan contra las leyes, políticas, programas y acciones básicamente desiguales, sino también contra las que tienen como consecuencia o producto la violencia y discriminación de las mujeres. Por otro lado es importante destacar el papel de las creencias y la imagen sociocultural en el mantenimiento de la discriminación contra las mujeres con discapacidad; y que la obligación del Estado no solo está en eliminar los prejuicios y estereotipos, en

los roles de hombres y mujeres, sino también en propiciar el respeto y los derechos de las personas con discapacidad.

La discriminación puede estar encubierta en distintas formas por ejemplo en distinción, exclusión o restricción, lo que alerta sobre la variedad de las medidas y acciones discriminatorias que se pueden presentar a veces hasta en forma de "*derechos*" o "*protección*" (Facio, 1989-2) Sin embargo, se hace diferencia entre la discriminación violatoria de los derechos humanos y la llamada "*discriminación positiva*" que se aplica mediante medidas temporales para favorecer el logro de la igualdad en los derechos. La Convención Interamericana menciona en este sentido que *"*la distinción o preferencia adoptada a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, no se constituye en discriminación (*es decir en discriminación violatoria de los derechos humanos*) siempre y cuando no limite en sí misma el derecho a la igualdad y que la persona con discapacidad no se vea obligada a aceptar tal distinción o preferencia. (Ley 7948, 1999)

Igualdad

Para entender mejor la función de la discriminación positiva, o las llamadas acciones afirmativas, es importante definir lo que se entiende por igualdad.

La CEDAW, al pretender eliminar la discriminación formal y real, dirige su concepción hacia una "igualdad basada en el goce y el ejercicio de los derechos humanos que por lo tanto, permite un trato distinto, aún por parte de la ley, cuando la situación es distinta." .. "Además la igualdad que busca la CEDAW no se circunscribe solamente a lograrla entre los sexos, sino que es una igualdad que sólo podrá alcanzarse eliminando otras desigualdades sociales." ... " Lo que implica que el Estado debe tomar medidas especiales para con ciertos grupos más desventajosos." (Facio, 1998-2)

Igualdad no se debe entender por uniformidad; la igualdad implica el respeto a las diferencias. Es decir, "una igualdad que se basa en la búsqueda de puntos en

común, de áreas de coincidencia y que construye a partir de los mismos. Por lo tanto, se parte de un sentido de igualdad que entiende y acepta las diferencias en calidad de aportes y no como fuentes de antagonismo ni, mucho menos, de segregación" (Hernández, 2003).

En la medida en que los derechos humanos reflejan las necesidades, potencialidades y características de todas las personas, se podrá lograr una efectiva Igualdad de Oportunidades, muestra de la inclusión y valoración positiva de la diversidad.

"El verdadero sentido del principio de igualdad humana no significa que no hay diferencias entre los seres humanos, sino que todos somos igualmente diferentes" (Facio, 1992)

Autonomía, vulnerabilidad y empoderamiento

"Históricamente, en el contexto de la salud pública, el tema de la atención a la mujer ha sido abordado desde una visión instrumentalista dentro de un enfoque asistencial y eficientista: asistencial en el sentido de que las mujeres y las personas con discapacidad son vistas fundamentalmente como "***grupos vulnerables***" en el sentido de objetos pasivos de atención; eficientista en la medida en que los programas y proyectos de salud comunitaria se apoyan en los roles femeninos tradicionales materno-doméstico, de servicios voluntario a la comunidad... como vehículo para lograr la salud para otros(as)." (Gómez, 1994:9)

La adopción de la perspectiva de género expuesta por Gómez, sin embargo, trasciende este concepto hacía temáticas ligadas a las relaciones de desigualdad y de poder desigual, y da lugar a una visión de la salud más crítica y abarcadora con respecto a las bases de justicia en las que se sustentan la sociedad y el sistema de salud. "...*La salud debe identificar y responder las necesidades y riesgos particulares* que derivan tanto de los factores biológicos propios del sexo femenino, como de la situación de desventaja social en que, como grupo, se

encuentran las mujeres...” Al mismo tiempo es indispensable incorporar el efecto de variables como –*discapacidad*-, edad, clase social en las necesidades no satisfechas de las mujeres y en el carácter y la dimensión de las desigualdades Inter e intragenericas”. (Gómez, 1994:11)

El concepto **empoderamiento** es definido por el Banco Mundial, como “la expansión de la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida”. (Banco Mundial, s.f.) Cuando las personas son reconocidas como tales por el entorno, tienen autoestima, conocen sus derechos básicos y acceden a información, comienzan realmente a escoger, a tomar decisiones, lo que implica que empezarán a tomar control sobre sus propias vidas.

Liliana la Rosa, de la unidad de género de la OPS, al referirse a la reforma y descentralización del sector salud desde la perspectiva de género, señala los siguientes elementos claves de empoderamiento que la transversalidad de género tiene que subrayar:

Acceso a la información*:* Las personas informadas están mejor equipadas para aprovechar oportunidades, tener acceso a servicios, ejercer sus derechos y hacer que los actores estatales y no estatales respondan;

Inclusión y participación informada: Lo que implica crear espacio para que la población y en especial las mujeres de los diferentes grupos etáreos, debatan los asuntos y participen en el establecimiento de prioridades, la formación del presupuesto y la entrega de servicios básicos locales y nacionales. Es necesario hacer un esfuerzo metodológico y político para ayudar a las mujeres a concentrar el foco en ellas como agentes de su desarrollo y del desarrollo de sus familias y comunidades, evitando así la reproducción de roles desventajosa;

Capacidad local de organización: hace referencia a la habilidad de la gente para trabajar colectivamente, para organizarse y para movilizar recursos a fin de resolver problemas de interés común. Las comunidades organizadas tienen más probabilidad de conseguir que las escuchen y que atiendan sus demandas.

Empoderar implica generar experiencias de participación paritaria y democrática, también con otros sectores sociales;

Acceso a servicios básicos de salud, educación, justicia, transportes, vivienda, recreación.- el capital humano con que se entra a un proceso de empoderamiento es sustantivo. El estado de salud, el grado de instrucción, el acceso efectivo a la recreación y a justicia, forman la base con que una persona excluida inicia un proceso de integración a la ciudadanía;

Reconocimiento de sus saberes e instituciones: La población excluida cuenta con instituciones de pertenencia y grupos de referencia que le han permitido sobrevivir. Su sobrevivencia no se debe al azar; aún cuando sus redes son débiles y conflictivas, éstas existen y son su punto de partida y su medio de aprendizaje y crecimiento. Asimismo, esta población tiene su capital cultural, su lengua, sus giros idiomáticos, sus creencias y costumbres, las cuales necesitarán ser incorporadas y valoradas en el marco de la integración. Es necesario evitar la idea de que se actúa sobre "el vacío" sobre algo que hay que cubrir con una propuesta occidental de ciudadanía. Si esto se hace, no estamos hablando de empoderamiento, sino de manipulación y reproducción de relaciones de dominación;

Responsabilidad y Rendición de cuentas: los servicios del Estado tienen que ser responsables de su desempeño ante las personas usuarias. La personas usuarias pueden solicitar la rendición de cuentas por lo que los servicios pasan a ser, no solo para ellas, sino también de ellas. (basada en De la Rosa, s.f.)

El empoderamiento o fortalecimiento no solamente es un concepto en relación con los niveles políticos e institucionales. También al nivel micro de las personas y sus relaciones es un proceso clave en la prevención y atención de la violencia intrafamiliar: El proceso de socialización y enculturalización es un continuo durante toda la vida. Los actos de prevención y la atención de mujeres afectadas por la violencia deben ir enfocados hacia el control y la autonomía que estas mujeres deben lograr en sus vidas. Como resalta la doctora Gioconda Batres, la práctica terapéutica debe devolverle este poder a las mujeres afectadas. (Batres 2001)

Solidaridad

La solidaridad se concreta en el consenso de la igual valía de todas las personas. Para la solidaridad precisa el reconocimiento de la humanidad del otro, de la otra, y la posibilidad de identificar las semejanzas y las diferencias como tales y no como desiguales. (Lagarde, s.f.)

Para lograr la igualdad humana es importante una cultura de solidaridad y responsabilidad. En la ética de los derechos humanos, lo *inmoral* no es sólo hacer algo que perjudique a la otra persona, sino también la falta de respuesta. La responsabilidad y solidaridad forman un deber ético, que se deriva de la interconneción de las personas. "*Entre el modelo de la justicia como reciprocidad, del contrato, y el cuidado como don voluntario, como caridad, está la responsabilidad, la solidaridad*". (Gloría Marín, 1993)

La solidaridad en la prestación de servicios de salud ha adquirido un significado específico como indicador de calidad y como una vía para lograr la equidad. "Cada persona contribuye económicamente, de acuerdo con sus ingresos, para la atención de sus problemas de salud, pero esta atención es y será igual para todos, no importa que la persona pague mucho, poco o que del todo no pueda pagar". (CCSS-SUGESS, s.f.) Por otro lado, en Costa Rica la solidaridad contributiva fortalece el Régimen No-Contributivo por lo que personas con discapacidad, entre otras que no tienen recursos, reciben una pensión para cubrir sus necesidades básicas.

3 LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

3.1 EL CONCEPTO DE LA DISCAPACIDAD Y LOS ECOS PARADIGMÁTICOS

El cambio de paradigma en el abordaje de la discapacidad, surge en el marco social / cultural de cada época y por ende mantiene estricta relación con los fenómenos ideológicos. Se puede apreciar como una evolución en mentalidades sociales, definiciones y conceptos teóricos que resultan en un cambio de visión y de trato referente a la persona con discapacidad y su papel social.

La definición de discapacidad que se emplea en el marco legal y política de Costa Rica es la siguiente: La discapacidad se define como "cualquier deficiencia[20] física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo" (Ley 7600, 1998)

Esta definición, sin embargo, no cuestiona la localización del problema de la discapacidad en la persona misma quien tiene una deficiencia física, sensorial o mental. Actualmente, desde la perspectiva de los derechos humanos, están emergiendo nuevos conceptos, más inclusivos de la discapacidad. Estos conceptos señalan la discriminación del medio como factor que provoca la discapacidad.

Al rectificar la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación por Razones de Discapacidad en 1999, Costa Rica se identifica con una definición que reconoce el papel de la sociedad en la formación de la discapacidad a definirla como: "*una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una*

[20] Deficiencia es toda carencia, pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, mental, fisiológica o anatómica. (OMS – CIDDM)

o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico social." (Ley 7948)

La Organización Mundial de Salud aprobó en 2001 la Nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). Con la CIF, ya no se sigue el esquema deficiencia, discapacidad y minusvalía. Para evitar las connotaciones negativas, en lugar, se clasifican aspectos positivos del funcionamiento: funciones corporales, actividad y participación. Las circunstancias negativas se señalan respectivamente como: deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. De acuerdo con la CIF, el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales (factores ambientales y personales). La CIF integra los modelos médico y social para considerar la discapacidad, utilizando un enfoque "*biopsicosocial*". Con la CIF se define la discapacidad como "*el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esta persona*". (OMS-OPS, 2001:18)

En este sentido, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial tiene construido un nuevo concepto que define la ***discapacidad*** como:
*"**El resultado de un contexto que no ofrece los apoyos y servicios, accesibles, oportunos y efectivos a una persona con deficiencia, quién se ve limitada en la realización de sus actividades y restringida en su participación en situaciones esenciales de la vida**".* (CNREE, 2004)

La discapacidad, así definida, se entiende como una consecuencia social de la exclusión de la persona con una deficiencia, es una construcción social. Los prejuicios, la falta de acceso, la negación de derechos, la falta de oportunidades reales son solamente algunas condiciones más discapacitantes que la propia condición de la deficiencia. La discapacidad como consecuencia no es la misma

en las diferentes esferas de la vida social. Por ello se requiere conocer las necesidades, potencialidades y características diferenciales de la persona con discapacidad y su entorno, para emprender acciones positivas encaminadas a lograr la participación en igualdad de oportunidades.

Al hacer un recorrido por los paradigmas en materia de discapacidad, queda clara la violencia como fenómeno estructural y de herencia sociocultural hacia la persona con discapacidad. Además las políticas y la legislación se encuentran en contraste con la realidad para las personas lo que hace conciencia de la situación, invisibilizada, de exclusión e injusticia social, la cual sigue siendo mantenida y reproducida en la sociedad.

"*La sociedad no ha atacado sistemáticamente las violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad. La mayor parte de las leyes y las políticas se basan en el supuesto de que las personas con discapacidad sencillamente no pueden ejercitar los mismos derechos que el resto de la población. En consecuencia, su situación suele tratarse en términos de rehabilitación y servicios sociales*." (Blanco y Holst, 2002)

En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y que dificultan su participación plena y equitativa en la vida social y en el desarrollo.

Los determinantes del género y de la discapacidad interactúan colocando a las mujeres con discapacidad en una posición desigual respecto a los hombres con discapacidad y a las mujeres sin discapacidad, por lo que se puede afirmar que las mujeres con discapacidad sufren una doble discriminación.

Movimiento y acción social

Las personas con discapacidad, por medio de sus diferentes organizaciones, hacen un llamado a la reivindicación de sus derechos humanos que debe empezar

desde el reconocimiento de su ser como persona, sujeto de derecho. Es decir, el reconocimiento de su autodeterminación y la igualdad de oportunidades.
Las diferentes lemas que utilizan las organizaciones de personas con discapacidad ilustran las luchas por realizar:

- "*Nada acerca de nosotras sin nosotras*"
- "*Un trato normal donde se puede y especial donde se requiere*"
- "*Todas las personas somos igualmente diferentes" - "Igualdad en la diferencia"*

El movimiento de "vida independiente" es uno de los movimientos activos al nivel mundial. Los objetivos del Movimiento van dirigidos a cambiar la situación de las personas con discapacidad: *desde la dependencia hacia la auto-suficiencia*, incluyendo el cambio correspondiente en la imagen del público: *desde la imagen de individuos que necesitan caridad hacia la de un grupo de una minoría con derechos.* La Vida Independiente como movimiento social, promueve la filosofía de la auto-organización, la auto-ayuda, los derechos civiles y las mejoras en la calidad de vida diaria para las personas con discapacidad. Se enfoca en "...*los cambios ambientales y sociales que todos debemos hacer, y no en eso de ajustar a la persona con discapacidad*". En este sentido se opone al modelo médico de la discapacidad y al modelo de la "normalización". (Independent Living Institute,1999)

Las personas con discapacidad no solo hacen un llamado a ser incluidas como sujetos en el sistema de los derechos humanos sino también luchan por la equiparación de oportunidades, autonomía, vida independiente, accesibilidad y plena participación[21].

Ecos paradigmáticos

Es importante destacar que la igualdad de la persona con discapacidad no debe confundirse con la producción de una conducta adaptada y una buena presentación personal, a lo que se ha reducido, en la práctica, el paradigma de la

[21] La definición de estos conceptos se encuentra en el glosario (Apéndice # 1)

normalización. Tampoco debe confundirse la equiparación de oportunidades con la asistencia, la educación de por vida y la protección a lo que se han dedicado las prácticas de educación especial y rehabilitación médica. Las prácticas culturales de la sobreprotección de las personas con discapacidad al igual que las leyes que las consideran como objetos de protección especial, las excluyen de la vida social y del poder de decidir sobre sus vidas. De igual modo, existe el peligro que los servicios en el primer nivel de atención en salud, se enfoquen en la prevención de discapacidades para la población sin deficiencias y a la población con discapacidad, la refieran a servicios especializados de rehabilitación médica del segundo o tercer nivel de atención y la traten con una orientación médico-biologista más que con un enfoque integral epidemiológico.

3.2 LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

Abordar el tema de la violencia contra las mujeres con discapacidad implica reconocer la dimensión paradigmática que subyace detrás de su situación concreta de vida. Requiere una deconstrucción y reconstrucción de ecos paradigmáticos de género y de discapacidad. Como se decía anteriormente, la discapacidad es una categoría de género como el género es también una categoría de la discapacidad.

Avanzar en el tema requiere un profundo cambio en la distribución del poder y de recursos en la sociedad y en los valores que defiende.

En el Manual del programa de capacitación a facilitadores(as) para la promoción de servicios accesibles, el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial indica como premisa: “Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y libertades que el resto de los miembros de la sociedad. ahora bien, el

ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad puede asumir características particulares en virtud a sus necesidades". (CNREE, 2004)

Sin embargo, es importante reconocer también que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se ve limitado por disposiciones culturales, estructurales y el no reconocimiento de sus necesidades en el Derecho. Las diversas concepciones de discapacidad y persona con discapacidad que se han aplicado tras la historia, influencian la existencia de una exclusión y discriminación social, estructural. Tal situación influye de manera negativa en el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos de todas las personas con discapacidad.

La discriminación y las violaciones de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad se relacionan de forma negativa con la mayor vulnerabilidad ante la violencia intrafamiliar, así como hace también el desconocimiento social del problema. Esta falta de información revierte negativamente tanto sobre las propias mujeres con discapacidad como sobre profesionales que brindan servicios de atención e información, dirigidos a las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. (Iglesias, 1998: 17; Haz Paz, 2000; Daphne program 2000-2001; Ramiro, s.f.)

Cambiar la situación de discriminación requiere una destrucción de los mitos y prejuicios existentes en la sociedad para personas que no corresponden al patrón de la "normalidad". Por ejemplo la deshumanización: A la persona con discapacidad se le quita su individualidad como ser humano y se le etiqueta con la discapacidad misma. De la mano con la deshumanización se menciona el mito que caracteriza a la mujer con discapacidad como "*mercancía dañada*". A las mujeres con discapacidad se les discriminan por ser mujer y encima deben demostrar constantemente su condición de mujer; se les niegan sus derechos y la identidad. El considerar a la mujer con discapacidad como un miembro inferior de la sociedad es ver la discapacidad como un "déficit" y el "ideal" impuesto queda

lejos de su alcance. “Tales mensajes se interiorizan dando camino a la comparación entre el estándar de belleza y la imagen que la mujer con discapacidad tiene de si misma por lo que probablemente conducirá a un deterioro de su autoestima”. (Rita Iglesias, 2000)

El mito de la deshumanización también justifica, entre otros, imponer la esterilización a mujeres con discapacidad. Además, cualquier violación o abuso ejercido contra ellas, en la mente del agresor, no tiene que ser considerado con la misma categoría de delito. (Rita Iglesias, 2000) Otro mito relacionado es el que considera a las personas con discapacidad como “*seres asexuadas*”. Se les niega la vida en pareja y para las mujeres con discapacidad se añada la idea que se les está haciendo un favor, tener relaciones sexuales con ellas.

Las actitudes y prácticas sociales basadas en los prejuicios mencionados repercuten en un elevado riesgo al abuso sexual[22], más aún cuando se trata de mujeres que requieren de apoyos para su cuido personal: No se les toma en cuenta para la educación sexual ni para los servicios de salud sexual y reproductiva, el agresor disminuye su grado de culpabilidad; la mujer no denuncia el abuso o cuando denuncia no es creída.

La sociedad percibe a las mujeres con discapacidad como seres imperfectos, dependientes y promueve una imagen victimizada, y débil de las personas con discapacidad. “Si a esta imagen añadimos los tabúes y motivaciones que rodean el abuso sexual, por ejemplo, nos encontramos con elementos poderosos para que esta situación de agresión .... se siga perpetuando”. (Ana Pelaez, 2004)

Las mujeres con discapacidad se enfrentan a una doble discriminación y a múltiples barreras que dificultan la consecución de objetivos de vida considerados

[22] “Las mujeres con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir acoso sexual que las mujeres sin discapacidad (3 veces mas) (Rita Iglesias, 2000) Además, el tiempo que permanecen en una situación de violencia es más prolongado que en mujeres son discapacidad (Un estudio Norteamericano brinda cifras de 11 años contra 7 en el caso de abuso físico y 8 años contra 4 en él de abuso sexual) (Devine and Briggs, 2001)

como básicos. Cuotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a programas y servicios dirigidos a mujeres y un mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico son algunos de los rasgos sociales que rodean a la mujer con algún tipo de deficiencia sensorial, física o de desarrollo intelectual. Además de los actos claramente tipificados como violentos, hay que añadir otros más sutiles derivados de actitudes y prácticas discriminatorias. La *–justificación*-, ocultación o la ignorancia de estas situaciones contribuye a que se perpetúen. (Discapnet, 2002)

4 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

4.1 COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

La violencia es un problema social multifacético, para el cual no existe una solución simple o única.

La Organización Mundial de Salud define la violencia como:
"El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo. Contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (OPS, 2002:5)
Esta definición abarca una gran diversidad de actos violentos al igual que refleja la complejidad de la violencia. La OMS y OPS además hacen hincapié a la omnipresencia de la violencia y la definen como un problema de salud que ya es pandemia. (OPS, 2004)

Martín Baró plantea que el punto de partida para analizar el fenómeno de la violencia debe situarse en el reconocimiento de la complejidad de sus causas y sus múltiples expresiones y consecuencias. En este sentido el autor se refiere al abordaje de la violencia que se puede realizar desde diferentes perspectivas y también al peligro que significa estudiar un hecho de violencia sin contemplar la

complejidad e interrelación de los factores sociales causales que lo constituyen. Además señale que este tipo de análisis puede ser, y a menudo es, utilizado para hacer invisible una injusticia social (Martín Baró, 1988)

La Convención Belem Do Para afirma que “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades” Además que “la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres” (LEY 7499, 1995)

La violencia por ende está relacionada con el tema del poder. La violencia es un fenómeno social, histórico y estructural. El elemento estructural se refiere a que la misma sociedad por medio de sus estructuras, la ideología dominante, sus instituciones, produce y reproduce la violencia y la desigualdad en las relaciones sociales. En la definición de violencia contra la mujer, la Convención Belem do Para incluye la violencia institucional indicando que la violencia contra la mujer también incluye “la que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurre”. (LEY 7499, 1995) Por ende la violencia institucional deberá ser un parámetro para valorar la calidad de la prestación de servicios de las instituciones.

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En general se habla de violencia intrafamiliar en aquellos casos en que es evidente y visible y se asocia al acto violento, a la lesión física, a la violación o a la muerte violenta. Esta reducción de la complejidad de la violencia hacia una acción que provoca lesión en la integridad física, conduce al desconocimiento de las múltiples expresiones de la violencia como forma y síntoma extrema, de la inequidad de las relaciones de poder. (Lodoño 1992).

La violencia que ocurre en el ámbito de la convivencia familiar es reconocida en la Ley Contra la Violencia Doméstica, tomando en cuenta que la violencia intrafamiliar se puede dar *por acción o por omisión, directa o indirecta y que produzca como consecuencia, el menoscabo de la integridad física, sexual, psicológica o patrimonial de la persona*. (LEY 7486, 1996 *(CMF, 1997).*

La definición reconoce la violencia doméstica como la ejercida contra una persona de la misma familia. Es importante también entender, dentro de estás relaciones familiares, la relación con personas encargadas de la atención personal. Es decir, personas que brindan los apoyos[23] requeridos por la persona con discapacidad, debido a su condición de discapacidad, y que son necesarios para la equiparación de oportunidades.

La característica fundamental entonces que diferencia la violencia intrafamiliar de otras formas de agresión, como indica María Cecilia Claramunt, es que la primera ocurre en una relación donde se mantiene un vínculo afectivo y/o de dependencia[24] y donde se espera protección[25] y apoyo. De esta forma, en razón del vínculo que generalmente ocurre entre víctimas y perpetradores, se presenta frecuentemente un sentido de lealtad hacia quienes la lastiman. Además el afecto y la atención pueden coexistir con el abuso y la violencia intrafamiliar. Muchas relaciones abusivas de este tipo presentan un ciclo recurrente de actos agresivos culminantes en una crisis de violencia al cual sigue un periodo de reconciliación[26]. La naturaleza de las relaciones intrafamiliar crea las oportunidades para que la violencia se repita. (Claramunt, 1997)

---

[23] Servicio de apoyo: ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios de educación especial, requeridos por las personas con discapacidad para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo. (LEY 7600, 1998)

[24] La dependencia no se limita a dependencia económica, puede tomar varias formas como dependencia de apoyos, de una vivienda, la falta de autoconfianza y autoestima , etc.

[25] Importante en este sentido es distinguir entre protección como acto positivo y sobreprotección como acto de limitar el ejercicio de la autonomía y la vida independiente.

[26] Este teoría sobre este "Ciclo de la violencia intrafamiliar" ha contribuido en el entendimiento y la atención a las personas afectadas. Ha sido documentado en primer instancia por Leonore Walker, 1979. También en Grosman y.o. 1989: Cap. II y III;

Desde la teoría de género y derecho se ha logrado el reconocimiento de la violencia intrafamiliar como vulneración de derechos y problema social colectivo. Sin embargo en todos los niveles donde se abarca el problema influyen los mitos y creencias desde el discurso patriarcal, que asumen la violencia doméstica como asunto privado de cada familia. Y, que consideran el hogar como el recinto íntimo, exclusivo de la jurisdicción del "jefe" del mismo. Lo que ocurre dentro de él es considerado un asunto privado.

Otro aspecto importante que demuestre la complejidad de la violencia intrafamiliar, sus múltiples manifestaciones y consecuencias, es la clasificación interminable de la violencia intrafamiliar. Al clasificar las diferentes manifestaciones se distinguen:_ violencia activa y pasiva (en que la última se da por omisión o negación), violencia psicológica, física, sexual y patrimonial.[27] Estas distintas expresiones, entrelazadas, abiertamente y/o sutilmente ejecutadas, conforman la compleja manifestación de la violencia intrafamiliar.

Las personas con discapacidad identifican como actos de violencia intrafamiliar: la deshumanización, la burla, la descalificación como persona útil, el ignoro de su existencia, la lastima, la segregación, la invisibilización y el desconocimiento de sus necesidades, la negación de su sexualidad, la negación de la maternidad y la esterilización involuntaria, el trato como ser imperfecto, persona enferma o como niño(a) para toda la vida, el abuso físico y sexual, la utilización como limosnero(a), la dependencia forzada, la negligencia, el abandono, el no acceso a ayudas técnicas, la violencia patrimonial, la imposibilidad de subsistencia económica. Todos estos ejemplos de que la violencia intrafamiliar hacía la persona con discapacidad se asocia íntimamente con la discriminación y la violación de los derechos humanos[28].

[27] Las definiciones de estos tipos de violencia se encuentran en el glosario (apéndice # 1)
[28] De la revisión de investigaciones: Rädda Barnen, 1997; Asociación I.E.S., 1998; Iglesias et. al., 1998; Nosek y Howland, 1998; Brioso y Rodríguez, 2002; Zeisler, 2002 y Jiménez, 2002

Queda evidente que la violencia intrafamiliar NO es un hecho aislado ni tampoco un hecho natural, "es parte del ejercicio de poder –*dominación, control, sobreprotección, explotación*- en el hogar" (Lodoño, 1992)

5 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

5.1 LA SALUD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y DERECHO HUMANO

El concepto de salud

Los conceptos de salud y enfermedad han variado a lo largo del tiempo. En el paradigma médico-biologista, la relación entre salud y enfermedad se define de manera dicotómica: la salud es la "ausencia de enfermedad". Desde este concepto "unicausal" de la salud se ha avanzado a conceptos multicausales hasta el concepto de la OMS que en 1960 define la salud como "*un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad y dolencia*".

Desde el enfoque de derechos humanos y los principios de equidad en el desarrollo, se avance hacía un concepto más dinámica que define al "*proceso de salud – enfermedad*" como una construcción social con múltiples determinantes y con dimensiones individual y colectivo.

Salud y enfermedad son, al mismo tiempo, fenómenos individuales y colectivos, productos de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico. (OPS, 1999)

Desde el ámbito de la medicina social, Jaime Breilh indica que, para trascender el enfoque positivista y asumir la salud en un paradigma integral; se debe entender la salud al mismo tiempo como objeto, concepto y ámbito de acción. En cada una de estas dimensiones la salud es un proceso que deja explicarse desde la

influencia de condiciones determinantes y resultados empíricos. Estas condiciones y resultados no se refieren a un problema meramente individual, de atención médica o de políticas; sino que dependen de un proceso complejo y multidimensional de determinantes sociales, profundamente enraizados en los modos de vida de grupos de población específicos, parte del cual es formado por el grado de la satisfacción de los derechos humanos. El mismo autor, además, afirma la influencia de una triple situación de poderes: socio económicos, étnicos y de género, que operen como determinantes lógicos de los modos de vida. (Jaime Breilh, 2004)

La salud así entendida, no es un fenómeno que está determinado solo por los aspectos biológicos, sino que está estrechamente ligada a los modos de vida humana que varían de acuerdo con el grupo social al que se pertenece. El proceso salud-enfermedad como un proceso dialéctico

La salud de la mujer con discapacidad entonces desde el concepto amplio de la salud es un proceso y un producto social, además un componente sustantivo del desarrollo humano.

Salud como derecho humano

Desde la declaración de Alma-Atá de 1978, los países miembros de la Organización Mundial de Salud (OMS) se comprometieron con el lema "***Salud para todos(as)***". La Salud para todos(as) era una meta por alcanzar en el año 2000 cuya estrategia era la atención primaria de salud (APS). En la actualidad la OMS renueve este compromiso e incluso sostente que “Salud para Todos(as)” se refiere al “Derecho a la Salud” como meta permanente y pre-requisito para el desarrollo socio económico y cultural de las sociedades y las personas. (Rovere,1999; OMS, 2004)

El Estado tiene el deber de asegurar la provisión adecuada del bien salud a todas las personas, en especial a las que no tienen acceso. La salud como bien público forma una política del estado.

El derecho a la salud está de pleno incluido en el movimiento más amplio de los derechos sociales las cuales se basan en la prestación de servicios concretos. El derecho a la salud, en cierta manera, es un derecho que se conquista con sujetos concretos. (Rovere, 1999)

Esta visión de salud como derecho y bien público enfoca en la producción social de la salud y no solo la de la enfermedad. En esta visión se hace necesario "*la construcción de públicos que luchan y construyen su salud en su diario vivir*" y comprender que "el poder fundamental para ver, escuchar y apoyar la superación del nivel de vida de la población, constituye la propia fuerza de los públicos que construyen y defienden su salud...." (Ruiz, L en CEPAR OPS,199:9)

Desde los grupos de lucha para los derechos humanos José Torruellas señala al respecto: "*para mantener un claro reclamo al Derecho a la Salud, los gobiernos deben facilitar y promover la filosofía del empoderamiento. Se busca el que a los grupos representativos se les facilite la participación activamente en la búsqueda a la solución a los problemas de salud que les afectan*." (Torruellas, s.f.)

Prestación de servicios en el primer nivel de atención como estrategia en la salud para todos(as).

La prestación de servicios de salud o atención en salud, es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. (Elsa Gómez, 2000)

El primer nivel de atención en Salud[29]*,* es considerada la clave para conseguir la meta "Salud para todos(as)" y también para la intervención integral a la violencia intrafamiliar y para los servicios de rehabilitación. Lo anterior porque "*representa el*

[29] La Organización Mundial de Salud (OMS) utiliza el término "Atención Primaria de Salud" mientras que en Costa Rica se utiliza "primer nivel de atención en salud ".

primer nivel de contacto entre los individuos, la familia, la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuo del cuidado de la salud" (OMS, 2004)

La Organización Mundial de Salud define las siguientes características de la prestación de servicios en el primer nivel de atención en salud:

- ***Accesibilidad y cobertura universales*** en función de las necesidades de salud;
- ***Equidad en salud***[30] como parte de un desarrollo dirigida a la justicia socia: Salud para todos(as)l;
- ***Participación de la comunidad***
- ***Colaboración intersectorial por la salud*** y modelos de atención integral con criterios de calidad y sostenibilidad
- ***Reorientación de los servicios con criterio de promoción de salud*** y ***continuidad en la atención*** (basado en OMS, 2004)

La importancia de la prestación de servicios en el primer nivel de salud para las personas con discapacidad ha sido destacada por los movimiento de las personas con discapacidad como indispensables para la vida independiente y la inclusión. Yukiko Oka menciona en este sentido la prestación de servicios de "rehabilitación basada en la comunidad" como una necesidad para lograr los objetivos de una vida independiente. (Oka, 1988).

[30]En este estudio, desde el enfoque de los derechos humanos se parte del concepto de *igualdad* tal y como es concebido en la CEDAW. Se prefiere utilizar el concepto de *igualdad* ante el de *equidad* porque el primero es ampliamente reconocido y garantizado en todos los convenios y tratados de los derechos humanos. "La igualdad exige tratamiento no discriminatorio que redunde en el pleno goce de los derechos humanos por ambos géneros de todas las edades, colores y habilidades" (Facio, s.f.) Cabe destacar que la noción de inequidad adoptada por OMS/OPS es la de "desigualdades innecesarias y evitables y además injustas" (Whitehead 1990, citada en Gómez, 2000) Esta posición parte de un mal entender de la igualdad como trato uniforme o idéntico mientras que los derechos humanos hacen énfasis en la igualdad real o de resultados que pueda requerir tratos diferentes y acciones positivas cuando la igualdad formal o igualdad ante la ley no es suficiente para la no-discriminación. (Las definiciones de equidad y equidad en salud, utilizado por el Ministerio de Salud se encuentran en el glosario de este informe)

Los servicios de atención de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera, en el centro de salud que le corresponda y con igual calidad para todas las personas. (basada en LEY 7600, art. 31)

Como herencia del enfoque médico de la discapacidad, los servicios de rehabilitación, y también los servicios de salud mental, se encuentran concentrados en el tercer nivel de atención de salud, generalmente a mucha distancia del lugar donde transcurre la vida de las personas. Esta situación limita el acceso y la eficacia para mejorar las condiciones dentro de la vida diaria de las personas con discapacidad. (Oka,1988)

Partiendo de la visión amplia de la salud, también la rehabilitación debe ser reconceptualizada[31]. La rehabilitación es más que rehabilitación en el sentido médica, y no debe ser 'medicalizada'. También es más que la "Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)" como fue formulada en la década de los setenta por la OMS que definió como participantes en el proceso a los familiares de las personas discapacitadas y el personal de la comunidad, omitiendo la participación de las personas con discapacidad como actores sociales. Sin embargo, actualmente la OMS procura asegurar la igualdad de oportunidades y la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incentivando nuevamente los servicios de rehabilitación en la atención primaria. En esta renovada iniciativa de la RBC la OMS incluye la participación activa de las personas con discapacidad ya en la elaboración del material informativo y como instructores en la capacitación al personal de atención primaria en salud. (OMS, 2005)

[31] La Rehabilitación se concibe como un derecho y una propuesta de atención integral en salud que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, fortaleciendo la prestación de servicios participativos, integrales e intersectoriales, protegiendo los derechos humanos, promoviendo la equiparación de oportunidades, la autonomía y la vida independiente.

Esta concepción interdisciplinaria de la rehabilitación es de carácter participativo y por ende la ubicación principal debe estar en el primer nivel de atención en salud.
(Concepto construido por las autoras, 2005)

Partiendo de los principios y características mencionados en éste acápite, se comprende la gran tarea que tienen los y las prestadores(as) de servicios en el primer nivel de atención, para alcanzar un impacto en la situación de salud de todas las personas.

5.2 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD Y SU FUNCIÓN EN LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Un sistema de atención integral a la violencia intrafamiliar funciona en los tres grandes niveles: Las políticas públicas del Estado y la legislación; Las instituciones sectoriales a través de normas y directrices; La operacionalización del sistema en los espacios geográficos. En los tres niveles se desarrollan acciones integradas dirigidas a las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar, agresores, familia, comunidad y sociedad en general. Además en cada uno de los niveles debe incluirse la participación ciudadana

En el sector Salud, enfocado a la salud para todos(as), los espacios geográficos conocen tres niveles de atención, de los cuales el primer nivel es el nivel por excelencia para la localización de servicios de prevención y atención a la violencia intrafamiliar. Esto debido a que se caracteriza por su alto grado de descentralización, facilitando el acceso, el conocimiento de las necesidades en salud de la población, el trabajo interinstitucional y multidisciplinario al nivel local, la participación de la sociedad y los grupos sociales, tener el primer contacto con las mujeres afectadas por la violencia, llegar hasta las casas, estar al alcance de todas las personas.

La prestación de servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar se refiere a la oferta de acciones integrales, locales de prevención de

la violencia, promoción de formas de convivencia no-violentas, detección y atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar.

5.2.1 Prevención de la violencia intrafamiliar

El marco jurídico nacional e internacional señala a la totalidad de las instituciones estatales como responsables de la prevención de la violencia. La prevención debe ser el horizonte de la prestación de servicios en salud a la violencia intrafamiliar. Porque, "si todo lo que se trabaja en el problema, en cualquier ámbito, no repercute en un cambio social y cultural favorable al respeto y a la igualdad entre géneros - *y entre personas con y sin discapacidad* -, se está respondiendo a emergentes, lo que es imprescindible, pero no se ataca el núcleo central del problema ni se logra avanzar sustancialmente en su erradicación." (Estado de la Nación_Carcedo, 2002)

La prevención integral es entendida como toda acción orientada a promover en el ser humano el desarrollo de actitudes y hábitos de vida que le permitan ofrecer respuestas autónomas y creativas ante las diferentes situaciones que la vida le presente. La prevención de la violencia intrafamiliar va dirigida a la defensa y promoción de la vida, que incida en los patrones socio-culturales que determinan y promueven formas de discriminación, desigualdad y conductas violentas contra los miembros de la familia, contra las mujeres y contra las personas con discapacidad. (Basada en CMF, 1997)

Un aspecto importante en la prevención de la violencia, a que los Estados se obligan con los convenios CEDAW y Belem do Pará, tiene que ver con la información, la sensibilización y el cambio cultural. El abordaje de la violencia intrafamiliar en las estrategias y acciones de prevención debe revisarse críticamente. Si no considera la violencia intrafamiliar contra las mujeres con discapacidad como violencia estructural por razones de género, condición diferente y las relaciones desiguales de poder, la prevención no irá encaminada hacia la erradicación de la violencia.

5.2.2 Atención a la violencia intrafamiliar

Los servicios de salud de la CCSS son los más adecuados y estratégicos para brindar la atención de mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Su alto grado de desconcentración refuerza la accesibilidad. Es un espacio que no está restringido a situaciones de violencia ni tampoco está condicionado a ejecutar acciones como proceso judiciales. También es uno de los últimos lugares a que los agresores les impiden ir. (Estado de la Nación_Claramunt, 2002)

Las necesidades de atención de las personas que acudan a las instituciones como consecuencia de la violencia intrafamiliar son múltiples y diversas; de allí que la atención que se brinde deba ser integral e interdisciplinaria.

La Atención a la violencia intrafamiliar empieza con la ***detección***, entendida como primer paso para detener la violencia intrafamiliar. La detección tiene como objetivo detectar y registrar las situaciones de violencia intrafamiliar, así como ofrecer orientación inicial a las personas afectadas. La detección es un paso importante, pues con ella se logrará una captación temprana de las personas afectadas. (Basada en CMF, 1997; Ellsberg, 1998)

La violencia intrafamiliar trasciende a toda la población. No existe un perfil de ninguna víctima típica o agresor típico que permita predecir de manera confiable quién es una probable víctima de violencia. La mejor manera para detectar a las mujeres que sufren violencia intrafamiliar es preguntándoles de manera directa. Se ha demostrado que las mujeres no se ofenden con preguntas directas sobre la violencia, y que la utilización de preguntas de rutina puede aumentar mucho la identificación de esta violencia.

Existen diferentes opiniones acerca de la mejor política institucional para identificar situaciones de violencia. Tres estrategias utilizadas con frecuencia son: a- La detección de manera rutinaria: Se les pregunta de manera directa a todas las mujeres durante todas sus visitas a la unidad de salud si han tenido experiencias de maltrato y agresión; b- Preguntar únicamente cuando hay sospecha de violencia; c- La detección de manera focalizada en “servicios

centinelas": Esta última es una estrategia entre las otras dos que consiste en realizar la detección de manera rutinaria en ciertos programas o servicios, por ejemplo: sala de emergencia, atención prenatal, salud mental. (Ellsberg, 1998)

En este primer paso de detección de las personas afectadas, se brinda información y se registra la situación. El ***registro*** contribuye al reconocimiento del perfil de vulnerabilidad al nivel local que permita diseñar estrategias, dirigir acciones de prevención al igual que la evaluación de los servicios de salud. . (Basada en CMF, 1997; Ellsberg, 1998).

Además, la detección y el registro deben estar acompañados por atención y orientación especializada. Es importante valorar, con la mujer afectada, el ***nivel de riesgo***[32] que está enfrentando en este momento, para así ayudarla a revisar alternativas. Esta valoración debe hacerse de forma integral, de tal manera que permita incidir no solo en las secuelas físicas, sino en *la situación de violencia que vive* la mujer (Ellsberg, 1998: 37)

La ***atención integral*** a la violencia intrafamiliar es un proceso cuya dinámica está determinada por las características y necesidades particulares de cada persona. Debe ser oportuna, adecuada y eficiente a las personas directamente involucradas..., brindada por personal capacitada, sensibilizado y debe representar un conjunto de medidas integradas: sociales, psicológicas, legales y biológicas. Las ejes de la atención integral son: contención; orientación; atención especializada y seguimiento. (CMF, 1997)

> *Contención*: interactivo, privado, empatía, escucha, respeto, seguridad, garantizar la integridad, identificar necesidades y opciones seguras.
>
> *Orientación* y *fortalecimiento de la persona:* información, clarificación de su situación, posibles alternativas y elementos de seguridad.

[32] El Manual "*Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar*" del INAMU, 1997 contiene la lista de 17 factores de riesgo y la forma de clasificar mediante estos factores en Precaución; Alto riesgo y Riesgo severo según la cantidad y tipo de factores presentes.

Atención especializado: Proceso mediante el cual las personas salen de la crisis e inician el *empoderamiento* que les permite construir un nuevo proyecto de vida o crear condiciones para que vivan con mayor seguridad.

Seguimiento: Proceso sistemático y periódico que permite acompañar el empoderamiento y fortalecimiento de las personas afectadas, identificar la evolución de la situación y la efectividad de las estrategias desarrolladas para enfrentar la violencia. (CMF, 1997)

La atención será dirigida a lograr la autonomía y el control sobre sus vidas, por medio de un proceso de fortalecimiento y empoderamiento que por su puesto debe evitar la revictimización y la violencia institucional.

5.2.3 Los y las prestadores(as) de servicios

Los servicios de prevención y atención integral a la violencia en el primer nivel de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social son brindados por funcionarios(as) de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Estos equipos están formados como mínimo por un(a) médico(a) general, un(a) auxiliar de enfermería, un(a) técnico de farmacia y un asistente técnico de atención primaria (ATAP). Para atender la problemática de la violencia estos equipos las áreas de salud cuentan con profesionales: trabajadores(as) sociales y psicólogos(as).

Sobre todo con el trabajo que realizan las especialidades médicas a que asistan más mujeres, es con que se puede detectar la violencia. Conjuntamente con una respuesta oportuna y de calidad a la lesiones físicas, se requiere atención psicológica y el enlace con los recursos jurídicos y económicos.[33]

Primordial para las y los prestadores(as) de servicios en su actitud hacia la persona afectada por la violencia intrafamiliar, es basarse en los principios de

[33] Una descripción de los y las prestadores(as) de servicios relacionados con la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar se encuentra en el apéndice 1

participación, el respeto de los derechos humanos, enfoque de género, la no-discriminación y la no-violencia.

Además, deben “Entender y atender a la Diversidad”, lo que **“**Implica una transformación ideológica en tanto requiere legitimar el valor y el potencial humano de las diferencias que, históricamente, han sido juzgadas como amenazas y han servido de pretexto para que muchos grupos humanos sean colocados en posiciones de desventaja y exclusión social” (CNREE, 2004)

Importante destacar que las mujeres con discapacidad, afectadas por la violencia intrafamiliar, acuden a los centros de salud, no solo por lesiones físicas, sino también por necesidades de cuidado médico referentes a su discapacidad, aparte de otros tipos de enfermedades y problemas emocionales.
Es importante que el personal de salud se muestre abierto a situaciones de violencia ya que rara vez la persona con discapacidad misma empieza a comentar tales experiencias. Las mujeres con discapacidad deben encontrar en el personal de salud la sensibilidad necesaria a su situación y condición y la disposición de buscar las estrategias de atención integral para apoyarles a recobrar su calidad de vida.

DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

Se realiza una investigación aplicada, cualitativa, con carácter exploratorio, descriptivo

El estudio aporta a un tema de relevancia social “la doble vulnerabilidad a la violencia de las mujeres con discapacidad”. Se dirige a la elaboración de recomendaciones para poder adecuar la prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar, específicamente en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí.

Se utiliza el enfoque cualitativo, porque facilita la descripción y profundización en el tema. “Los métodos cualitativos permiten considerar dimensiones de la interacción social que difícilmente pueden ser abordadas por otros métodos. Además, son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos”. (Nigenda y Langer, s.f.)

En este estudio se escuchan a algunas mujeres con discapacidad física, para explorar y conocer las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar. También se escuchan a diferentes prestadores de servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar, para conocer sobre las actitudes y acciones que emplean en la prestación de estos servicios y en la atención a las mujeres con discapacidad física. Además, se analizan las normas y protocolos que rigen la prestación de dichos servicios.

El carácter exploratorio y descriptivo, se centra en el descubrimiento del conocimiento. Se conocen pocos estudios en Costa Rica y en la región, que

enfoquen en la doble vulnerabilidad de mujeres con discapacidad para ser afectadas por la violencia intrafamiliar y ninguno se ha enfocado en la experiencia relatada por ellas mismas. Tampoco existen estudios que relacionan la doble vulnerabilidad, con la prestación de servicios en salud. La CCSS, como ente prestador de servicios descentralizados en salud, recién ha adoptado normas y protocolos para la atención de la violencia intrafamiliar y también para cumplir con la ley 7600[34]. Sin embargo, sobre la realidad de ésta atención y prevención en mujeres con discapacidad, no existe conocimiento.

2. ÁREA DE ESTUDIO

Se realiza el estudio en una zona rural, en el Cantón de Sarapiquí de Heredia. Específicamente en el Área de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), cuya sede se encuentra ubicada en Puerto Viejo de Sarapiquí.

El Área de Salud de Puerto Viejo cubre los sectores de población pertenecientes a los distritos de Cureña, Gaspar, La virgen y Puerto Viejo, contempla ocho Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), atendiendo una población de 25.341 personas. (fuente INEC – módulo discapacidad –Censo 2000)

3. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población que aporta la información en el estudio es formada por mujeres con discapacidad física en edades comprendidos entre 20 y 39 años y funcionarios(as) de la CCSS, encargados(as) con la prestación de servicios de atención a la violencia intrafamiliar en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí.

Mujeres con discapacidad física

Por medio de la información solicitada a funcionarios(as) de los diferentes EBAIS y a algunas organizaciones sociales de Puerto Viejo, se identifican a 5 mujeres con discapacidad física quienes, al visitarlas en sus casas solicitándoles su

[34] Ley de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en Costa Rica y su Reglamento (vigentes desde 1996 y 1998 respectivamente)

colaboración en el estudio, accedieron a brindarla. Sin embargo, a la fecha de la primera entrevista focal, una de ellas se encontraba hospitalizada. Las otras cuatro mujeres se identifican como A, B, C y D. La información que ellas brindan, se presenta reservando su identidad. Lo último es una necesidad por ética investigativa e integridad de las informantes. Las edades de A y B oscilan alrededor de los 35 años y de C y D alrededor de los 25 años. A, B y C adquirieron la discapacidad, A y C por accidente de tránsito y B por causa orgánica desconocida, mientras a D, la discapacidad se manifiesta desde su nacimiento. También A, B y C son madres quienes viven con sus hijos menores de edad, mientras D vive con sus padres y hermanos(as). La discapacidad de A y C es física y la de B y D es múltiple. A y B utilizan respectivamente muletas y silla de ruedas para su movilización. Los datos anteriores se resumen en el siguiente esquema.

	± EDAD	DISCAPACIDAD	CONVIVENCIA
A	35	Física / adquirida	Madre Convive con hijos(as) menores
B	35	Múltiple / adquirida	Madre Convive con compañero e hijos(as) menores
C	25	Física / adquirida	Madre, convive con compañero e hijos(as) menores
D	25	Múltiple / nacimiento	Convive con padres y hermanos(as)

Prestadores(as) de servicios de atención en salud a la violencia intrafamiliar

Los y las informantes que brindan la información sobre actitudes y acciones de prevención y atención a la violencia intrafamiliar son; dos Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAP), un hombre y una mujer; Un médico general hombre; Una médica general con función de directora del Área. Todos(as) tienen una experiencia de más de cinco años en la atención primaria en regiones rurales y más de un año trabajan en el área de salud, únicamente la directora del Área estaba recién contratada (hace 22 días). El Área de Salud no cuenta con los servicios de psicología, los servicios de trabajo social son brindados por una de las investigadoras de este estudio.

4. CATAGORÍAS DE ANÁLISIS

Se analizan la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar para mujeres con discapacidad que oscilan entre 20 y 39 años de edad y la prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar, de la CCSS.

5. FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Las fuentes para obtener la información primaria son:

- Mujeres con discapacidad física habitantes de la región.
- Funcionarios(as), profesionales y técnicos(as), de la CCSS en el área de salud, encargados(as) de la prestación de servicios de atención a la violencia intrafamiliar a mujeres con discapacidad.

Las fuentes secundarias son:

- Las normas y protocolos vigentes en la CCSS, para los servicios de prevención y atención a la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención en salud.

6. DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS CON QUE SE ACERCA AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las dos categorías de análisis se operacionalizan desde el interés formulado en las definiciones conceptuales y objetivos específicos. Para la primera se construyó un objetivo específico y dos para la segunda categoría de análisis. Para cada objetivo específico, consecuentemente, se formularon dimensiones como subcategorías de análisis. Para éstas, a su vez, se especifican diferentes descriptores que forman parte de las mismas y que se toman en cuenta para la elaboración de los instrumentos de recolección de la información y en el ordenamiento de la información obtenida. En el cuadro siguiente se visualiza la descripción de las categorías de análisis.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

CATEGORÍA DE ANÁLISIS I: - Doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar, para las mujeres de 20 a 39 años, con discapacidad física.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DESCRIPTORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	TECNICAS E INSTRUMENTOS
OBJETIVO 1. 1. Explorar con las mujeres con discapacidad física, que oscilan entre los 20 y 39 años de edad, las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar.	Las mujeres con discapacidad física se encuentran, por su condición de género y de discapacidad, en situación de exclusión y desventaja social estructural; afectando su dignidad como persona de derechos, su autonomía y calidad de vida. Situación que para cada mujer se manifiesta de forma particular por el enlace con otras dispositivas sociales de sus vidas. Además éstas mujeres se encuentran ligadas con dos factores generales de riesgo, entrelazados entre sí, al ser afectada por la violencia: - el ser mujer - el tener una deficiencia que por la falta de	***Determinantes sociales para el riesgo a la Violencia Intrafamiliar*** ***Manifestaciones de violencia intrafamiliar***	- ***Relaciones*** de poder y control dentro de la familia /papel perpetrador(a) - ***(In)dependencia – dependencia*** de ayudas técnicas /ayudas personales / de el o la perpetrador(a) - ***Actividades y Participación social*** - potencialidades, sueños - limitación, restricción, aislamiento - ***Justificaciones*** del ambiente hacía la violencia (actitudes y creencias; impunidad del perpetrador, mitos y prejuicios) ***- Victimización*** - Relación con perpetrador(a)(es) ***- Tipos de violencia*** - Activa – pasiva - Física; psicológica; sexual; patrimonial/económica - negligencia; sobreprotección; - explotación; otros	- Mujeres con discapacidad física, viviendo en el Área de Salud de Pto Viejo de Sarapiquí en edad comprendida entre 20 y 39 años, identificadas por funcionario(a)s de los servicios en el primer nivel de atención en salud. Quienes al explicarlas los objetivos y metodología del estudio, manifiestan querer participar en ello. - Bibliografía relacionada con el tema	Grupo Focal y Entrevista cualitativa semi estructurada. Para los cuales se utiliza una guía temática de preguntas. Se realizó una sesión de trabajo de entrevista focal y una semana después tres entrevistas individuales, cualitativas, semi-estructuradas.

	igualdad de oportunidades limita las actividades y restringe la participación social. El derecho a vivir una vida libre de violencia intrafamiliar, se ve afectado por estos factores generales de riesgo, situación de la cual se derivan riesgos particulares a la violencia intrafamiliar que provocan problemas de salud en los diferentes ámbitos de la vida. Esta situación puede traducirse en demandas para la prestación de servicios de atención en salud a la violencia intrafamiliar.	***Consecuencias de la violencia intrafamiliar*** ***Demandas hacia la prestación de servicios en salud a la VIF desde los diferentes ámbitos de vida***	**- Dimensiones de la violencia** -Tiempo - Frecuencia ***-Sentimientos*** - auto imagen, auto estima, auto confianza ***- Lesiones físicas*** ***- Revictimización*** **-Ámbitos** - Personal - Familiar - Comunidad - Ruta crítica		

CATEGORÍA DE ANÁLISIS II: - Prestación de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el primer nivel de la atención en salud a la violencia intrafamiliar.

OBJETIVO ESPECÍFICO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DESCRIPTORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	TECNICAS E INSTRUMENTOS
OBJETIVO 2 2. Identificar en las normas y reglamentos vigentes de atención a la violencia intrafamiliar en el Primer Nivel de Atención en Salud de la CCSS, cuáles contenidos favorecen o limitan la prestación de los servicios en salud a las mujeres con discapacidad física.	**Salud** es un derecho humano que debe ser garantizado por el estado. La salud se conceptualaza en su significado amplio de construcción social. **Los servicios en el primer nivel de atención en salud** constituyen una de las formas de proveer salud. Se los consideran clave para realizar la meta "salud para todos(as)" y que tengan una función especial ante el problema de la violencia intrafamiliar. Se brindan con los principios de: *acceso universal, equidad, participación de la comunidad; coordinación intersectorial; enfoque de género positivo*	***Enfoque de derechos humanos y de género*** **Reconocimiento del papel sin igual de la atención primaria en salud a la violencia intrafamiliar** **Acceso universal / equidad**	- Nula aceptación de la violencia y discriminación - Reconocimiento que la violencia intrafamiliar es un determinante que atenta contra la salud de las personas y que afecta diferencial a la población - Prioridad - Participación de la comunidad - Conocimiento de la afectación en la población del área - Implementación real - Orientación hacia poblaciones vulnerables - Inclusión de mujeres con discapacidad como grupo vulnerable - Atención en el centro de salud que le corresponde - Llevar los servicios a los hogares - Igualdad de oportunidades - equiparación de oportunidades	- Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar - Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar Bibliografía relacionada con el tema	Análisis documental con guía temática de lectura

OBJETIVO 3 3. Precisar cuáles actitudes y acciones de prevención y atención, dirigidas a mujeres con discapacidad, emplean los(as) prestadores(as) de servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar	**Prestación de servicios de atención en salud a la violencia intrafamiliar** se refiere a una oferta de calidad en prevención y atención en salud para personas vulnerables y/o afectadas por la violencia intrafamiliar. **Prevención de la violencia intrafamiliar** va dirigida a la defensa y promoción de la vida; incide en los patrones socio-culturales que determinan y promueven formas de discriminación, desigualdad y conductas violentas contra los miembros de la familia, contra las mujeres y contra las personas con discapacidad. **Atención de la violencia intrafamiliar** proceso determinada por las necesidades y características de cada persona atendida; comprende medidas integradas cuyas ejes son. contención; orientación; atención especializada y seguimiento; brindada por personal capacitada, sensibilizado	***Servicios de calidad en Prevención y atención a la violencia intrafamiliar*** **Enfoque interdisciplinario**	-Trascendencia de los enfoques de derecho, género, equidad - -personal capacitado - -Evitar la violencia institucional - Actividades y procedimientos concretos de prevención y atención dirigidas a mujeres con discapacidad - Promoción de estilos de vida no violentas - Información - Detección - Contención; orientación; atención especializada y seguimiento; - Visualización de necesidades de Mujeres con discapacidad - Empoderamiento - Respeto a la integridad - Accesibilidad - Reconocimiento de la complejidad de la violencia intrafamiliar - Conocimiento de la ruta crítica - Conocimiento de situación legal en que se enmarca la violencia intrafamiliar - Coordinación interinstitucional - Coordinación intrainstitucional y con la comunidad - Trabajo en red		Entrevistas cualitativas, con guía semi estructurada, a funcionarios(as) claves, encargados(as) con la atención en salud a la violencia intrafamiliar.

	Violencia intrafamiliar Es un fenómeno social de gran complejidad, violación de los derechos humanos y problema de salud pública por sus graves y múltiples consecuencias que interfieran con el máximo desarrollo de las personas, miembros de la familia y comunidades. **Las y los prestadores(as) de los servicios** implementan las normas y protocolos con actividades, concretas. Los aspectos de sus actitudes: afectivo, cognitivo y conductual son importantes para la calidad de los servicios.	**Actitudes de los prestadores de servicios**	- ***Normas grupales*** en cuanto a su función en la atención de la violencia intrafamiliar y la atención a mujeres con discapacidad ***- Ideas, creencias e información*** sobre la situación y necesidades de mujeres con discapacidad y sobre la violencia intrafamiliar - ***Sensibilización***: sentimientos ante la diversidad, discapacidad, violencia intrafamiliar		

OBJETIVO PROPOSITIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBCATEGOGÍAS DE ANÁLISIS	DESCRIPTORES	FUENTES DE INFORMACIÓN	TECNICAS e INSTRUMENTOS
OBJETIVO 4. 4. Proponer recomendaciones que permitan articular la prestación de los Servicios de la CCSS en el Primer Nivel de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar, ante la doble vulnerabilidad de mujeres con discapacidad física.				Información obtenida con el estudio Bibliografía relacionada con el tema	

7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

De acuerdo con el enfoque cualitativo del estudio y la accesibilidad a las y los informantes primario(a)s, se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de información:

- Grupo Focal;
- Entrevistas individuales, cualitativas semi-estructuradas
- Análisis de documentos

A continuación, en el párrafo 7.1 se explica la utilidad y aplicación de cada una de las técnicas, y se detallan los instrumentos utilizados para la aplicación de las mismas. Además, en el párrafo 7.2 se refiere al proceso para valorar la utilidad de los instrumentos con que se recolecta la información en el estudio, al igual que se describe en breve el transcurso de su aplicación.

7.1 DESCRIPCIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Grupo Focal

Para la indagación con las mujeres con discapacidad se aplica la técnica de Grupo Focal. Esta técnica consiste en conversaciones abiertas, focalizadas sobre algunos aspectos de un tema en particular, con grupos de informantes pequeños y homogéneos. Se contactó con las mujeres identificadas con discapacidad física de 20 a 39 años. Se considera que el grupo focal con 4 a 5 mujeres participantes puede lograr la obtención de la información. Las participantes colaboran en base voluntaria y se establecen lineamentos en conjunto para garantizar el respeto y la privacidad. Los resultados del estudio serán dados al conocimiento de los(as) colaboradores(as), para lo cual serán presentados de forma comprensible, facilitando la acción y participación informada de las mismas.

La conversación del grupo focal es guiada por una moderadora, utilizando una Guía de discusión. Esta guía se construye previamente, en coordinación con la tutora del estudio, con base en el conocimiento del tema y la descripción de las categorías de análisis. Las conversaciones son anotadas por la observadora con

la ayuda de una hoja de registro, elaborada para tal fin, además, son grabadas en su totalidad en audio.

Las temas de conversación se plantean de forma entendible para estimular la participación de todas las mujeres en la conversación. Además, la moderadora de las conversaciones busca que las mismas faciliten la emisión de información (Nigenda y Langer, s.f.) Se trata de lograr la revelación máxima de diversidad y diferencia en las experiencias y opiniones de las participantes. El grupo focal se centra en las mujeres con discapacidad y su situación de doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar.

La justificación del uso de grupos focales está en que "todas las organizaciones- también los servicios de atención en salud- han de estar interesadas en escuchar al / la cliente (real o potencial) de sus servicios y programas" (Krueger 1988, citado en García y Mateo 2000). En la nueva concepción de salud, de acuerdo con el enfoque de derechos y de género, se parte de que las "intervenciones en salud son efectivas cuando reconozcan como principal agente a la persona usuaria y que generen y sean el germen de autonomía e independencia que permitan desarrollar el empoderamiento de la población" (Bolaños, s.f.). Además, el objetivo del grupo focal es comprender el *qué*, *porqué* y *cómo* las mujeres sienten y enfrentan la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar. Importante mencionar en este sentido, que con esta técnica se toma en cuenta cada una de las opiniones, como si fueron dadas en entrevistas personales a profundidad, sin pretender llegar a acuerdos.

Revisión y Análisis Documental

Para cumplir con el objetivo específico 2 del estudio y para poder lograr mayor profundidad en las entrevistas a las personas, prestadores de servicios de salud, se analizan los documentos vigentes en el primer nivel de Salud de la CCSS: "*Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar*"; "*Protocolo de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual*

extrafamiliar". Ya se tenía conocimiento del contenido de estos documentos porque fueron analizados en la elaboración de los antecedentes del estudio. Sin embargo, se quiso realizar una revisión más sistemática de su contenido por lo que se escogió analizarlos utilizando una guía de análisis. La guía se elaboró de acuerdo con las dimensiones de la categoría de análisis.

Entrevista cualitativa semi-estructurada a funcionario(a)s encargado(a)s de la atención primaria en salud a la violencia intrafamiliar

Se escogió esta técnica para indagar con los y las prestadores de servicios de salud. Se realizan entrevistas individuales porque este grupo es heterogéneo en cuanto a funciones y responsabilidad ante el problema, además, existe acceso limitado a estos informantes por sus diferentes obligaciones del horario laboral. Con cada informante se discuten los aspectos seleccionados del problema según las dimensiones definidas. La discusión es guiada por las investigadoras, con el fin obtener información sobre los temas planteados así como opiniones y perspectivas al respecto.

Para aplicar la técnica de entrevista semi-estructurada se hace uso de una guía, como base sobre la cual las investigadoras formulan sus preguntas, estimulando una platica profunda sobre el tema.

7.2 PROCESO DE VALORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Guía de conversación del Grupo Focal

La eficacia de la guía de grupo focal fue evaluada por medio de una aplicación piloto en dos diferentes entrevistas individuales a mujeres con discapacidad física, ambas residentes de Heredia. Se valoran la comprensión del lenguaje utilizado, la capacidad de los temas y preguntas para generar información sobre el problema, así como la secuencia de las preguntas e inconvenientes que pueda significar la aplicación de la guía. Tal valoración por su realización en entrevistas individuales

no recupera los aspectos de la dinámica del trabajo en grupo. Sin embargo, se considera que la experiencia laboral de las investigadoras con las dinámicas grupales sea suficiente para poder evitar sesgos en la información, provocados por tales procesos.

El primer ensayo brindó ejemplo de la importancia del concepto de discapacidad que se utiliza. La mujer entrevistada tiene una deficiencia física desde su nacimiento, sin embargo, ella no se califica como una mujer con discapacidad, porque la deficiencia no le afecta en su calidad de vida. La mujer, además, informó haber sido empoderada por el apoyo familiar y nunca afectada por violencia intrafamiliar. El segundo ensayo, con una mujer con discapacidad física adquirida, reveló una situación de dependencia de apoyos, los cuales son asumidos por la familia de forma que brinda oportunidades que la mujer requiere para asegurar su calidad de vida. Esta mujer también refiere no estar afectada por violencia intrafamiliar. Los ensayos permitieron definir algunos cambios en el instrumento y se obtuvo información efectiva para describir las dimensiones definidas, por medio de ambas entrevistas. Además, las experiencias y relatos de estas mujeres, junto con su confianza expresada sensibilizaron más a las investigadoras con respecto al tema de la discapacidad y la vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar. Un aspecto importante en lo anterior es la claridad con que las mujeres reflexionan y analizan su situación y necesidades.

El grupo focal fue planificado para ser realizado en dos sesiones de tres horas en las cuales las dos investigadoras intercambian papeles de moderadora y observadora. Sin embargo, en la segunda sesión las participantes tuvieron problemas con la asistencia. Razón por que se decide realizar entrevistas individuales en base de la misma guía preparada, cuyo contenido ya se había complementada con algunas preguntas personales a cada una de las mujeres. Lo anterior para verificar y completar la información obtenida en la primera sesión. El resultado de este cambio en la metodología fue positivo porque las mujeres en la

entrevista individual revelaron situaciones de violencia que no quisieron comentar en el grupo focal,

La guía de análisis documental

La guía se valoró durante el proceso mismo de recolección de la información. Aplicándola primero de forma individual, codificando dimensiones, luego se comparó y discutió la información obtenida para su presentación y análisis. En este proceso se decidió utilizar los descriptores predefinidos desde la teoría.

La guía de entrevista semi- estructurada a funcionario(a)s de atención en salud a la violencia intrafamiliar

La guía de la entrevista semi-estructurada fue validada en primera instancia por una de las investigadoras, aplicándola a ella misma como trabajadora social del área. Luego fue aplicada a una ATAP del área de salud de Goicoechea y a una doctora, del Área de Salud de Horquetas de Sarapiquí. La duración de as entrevistas fue de hora y quince minutos. Dichas entrevistas permitieron con relación al instrumento realizar algunos cambios en la secuencia de las preguntas y eliminar tres preguntas que no generaron información nueva. Antes de la aplicación del instrumento mejorado, se coordinó otra vez con la tutora del estudio.

Es importante destacar que en el proceso de aplicación se cambió la guía de entrevista a los y las funcionario(a)s, primordialmente con agregar una pregunta sobre la forma en que ellos(as) piensan que se debe mejorar los servicios. Dicha pregunta está incluida en la entrevista a las mujeres con discapacidad y se consideró oportuno también conocer opiniones en este sentido de los y las funcionario(a)s.

Para la aplicación de la guía se elaboraron formularios de observación con las mismas preguntas, dejando espacios suficientes.

8. PROCESAMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se escuchan las grabaciones de los grupos focales y entrevistas individuales. Luego se transcribe la información obtenida en su totalidad de forma ordenada según los temas. También se incluyen los comentarios sobre particularidades encontradas en la observación.

Se codifica la información obtenida de acuerdo a las dimensiones y descriptores de cada una de las categorías de análisis. Se discuten los hallazgos, con el fin de dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos.

Lo anterior se realiza desarrollando los siguientes procedimientos;

- Se señalan las dimensiones con colores diferentes para identificación de las mismas.
- Cada una de las expresiones, sentimiento e ideas que detallaban tanto los funcionarios(as), así como las mujeres con discapacidad, se les añade el color correspondiente de acuerdo a la dimensión que se considera esta vinculado.
- Posteriormente se unen todos los hallazgos previamente identificados con su respectiva dimensión.

9. CRONOGRAMA DEL PLAN DE ACTIVIDADES DURANTE EL PROCESO

FASE	TIEMPO	ACTIVIDAD
EXPLORA-TORIO	5 de junio 10 de julio – 7 de agosto	**Elaboración y aprobación del protocolo** **Identificación de tutora** Esta fase contempló tres modalidades del tercer cuatrimestre de la maestría en las que se elaboraron consecutivamente: Antecedentes; Marco teórico y Marco metodológico. Culminando al comenzar el último cuatrimestre con la entrega del protocolo Entrega del protocolo del proyecto de graduación - **Mejorar el protocolo del proyecto.** - **Identificación de las mujeres participantes en el estudio** Primera sesión de retroalimentación con la tutora Sobre protocolo y técnicas propuestas Consultas telefónicas y coordinación con los y las prestadore(a)s de servicios de salud de la CCSS en el área identificada Consulta y coordinación con mujeres líderes, con discapacidad (consultar sobre el área y solicitar participación de ellas en el estudio) Visita individual de invitación a las mujeres con discapacidad

FASE	TIEMPO	ACTIVIDAD
DISENO Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMEN-TOS	7 de agosto-28 de agosto	- **Elaboración de los instrumentos** - **Evaluación por medio de aplicación piloto de los mismos** Sesiones de retroalimentación de los instrumentos con la tutora 4 Aplicaciones pilotas, uno del instrumento grupo focal y tres de la guía de entrevista semi-estructurada con prestatario(a)s de servicios
	28 de agosto	Entrega informe de proceso y los instrumentos a la profesora del curso. Conclusión del periodo de cursos de la maestría
	30 de agosto – 2 de septiembre	2 Aplicaciones pilotas más de la guía del grupo focal Recordatorio a las mujeres participantes Solicitud y organización formal de entrevistas a prestadores de servicio CCSS
	2 de septiembre	Entrega informe de proceso y los instrumentos a la tutora
	2 de septiembre – 7 de septiembre	Aplicación de la guía de análisis de documentos

FASE	TIEMPO	ACTIVIDAD
TRABAJO DE CAMPO		**Recolección de la información**
- ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	7 - 17 de septiembre	Trabajo de campo
- ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL	10 y 16 9,16, 17 10 -17 13 de septiembre	- realización de dos grupos focales - realización de cuatro entrevistas a prestadores de servicios CCSS - Primer paso en la análisis de la información - Primer comentario de la experiencia a la tutora
	20 –25 de septiembre	**Análisis de información**
	25 de septiembre	Sesión de retroalimentación con la tutora
	27 de septiembre – 5 de octubre	**Elaboración del informe final**
	5 de octubre	Entrega borrador informe a tutora
	14 de octubre	Entrega borrador informe a profesora*
	31 de octubre	**Entrega informe final**

* Esta entrega se realizó hasta el 2 de marzo del 2005 debido al tiempo que tomó el proceso de revisión y mejora del primer borrador y en el cual se incluyó una revisión filológica profesional. Los meses diciembre, enero y las primeras dos semanas de febrero no se trabajó en el proyecto.

Este documento final se terminó después de su presentación ante el tribunal el 16 de mayo del 2005

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El ordenamiento y análisis de los resultados se presentan con base en el marco teórico elaborado. Los datos se exponen en tres apartados, de acuerdo con los objetivos propuestos:

1. Las manifestaciones de la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar de las mujeres con discapacidad física.
2. Normas y Protocolo de la Atención a la violencia intrafamiliar: Análisis de sus contenidos.
3. Actitudes y acciones de prevención y atención, dirigidas a mujeres con discapacidad, que emplean los(as) prestadores(as) de servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar

En cada apartado se ordena y se analiza la información con base en las dimensiones definidas de las categorías de análisis, se señalan los descriptores y hallazgos encontrados en los relatos de los(as) informantes y en la revisión de las Normas y el Protocolo de Atención a la Violencia Intrafamiliar.

1. MANIFESTACIONES DE LA DOBLE VULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA.

Las mujeres entrevistadas oscilan entre 20 y 39 años de edad y pertenecen al Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí. Mediante las entrevistas se obtuvo información acerca de la realidad que significa para estas mujeres la doble condición: la de ser mujer y la de tener una discapacidad física, en relación con la afectación por la violencia intrafamiliar. La información se presenta de acuerdo con las cuatro dimensiones definidas.

1.1 Determinantes sociales para el riesgo a la Violencia Intrafamiliar;

1.2 Las manifestaciones de la violencia intrafamiliar;

1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar;

1.4 Demandas hacia la prestación de servicios en salud a la violencia desde los diferentes ámbitos de vida.

1.1 DETERMINANTES SOCIALES PARA EL RIESGO A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Con base en la información brindada por las mujeres con discapacidad física, se pueden identificar diferentes determinantes de la doble discriminación que ellas viven y que influyen en el riesgo a la violencia intrafamiliar.

1.1.1 RESPUESTAS SOCIALES ANTE LA DISCAPACIDAD

¡Nuestro mayor obstáculo son las actitudes de las demás personas!

Al contestar la pregunta: ¿Cómo afecta la discapacidad en su vida diaria? Las respuestas de las mujeres son inmediatas y claras:

"*La discapacidad afecta sobre todo ante las demás personas quienes hacen y piensan que uno no puede, como que uno es menos.*"

"Las demás personas le limitan a uno"

"*La gente en vez de ayudarle se burla de uno*"

Las mujeres manifiestan con unanimidad que la discapacidad afecta por las respuestas sociales. De esta forma logran definir la discapacidad como una construcción social de actitudes y acciones de las demás personas, quienes las excluyen, debido a su deficiencia física.

¡Nuestro mayor reto es superar la discapacidad!

Por otro lado, al preguntarles por sus retos en la vida, las mujeres señalan que su mayor reto es: *superar la discapacidad y lograr desenvolverse en todos los quehaceres. Además, A, C y D*[35]*, proyectan obtener un trabajo remunerado y mejorar su nivel educativo.*

En este sentido, lograr superar la discapacidad, requiere un cambio social que abarque no solo la eliminación de los prejuicios, sino también la valoración positiva de la diversidad. Requiere, además, de oportunidades, acciones positivas, que se le brinden a estas mujeres para lograr desenvolverse en sus quehaceres en igualdad de condiciones con las demás personas.

[35] Con A, B, C y D se refieren a las mujeres entrevistadas. Las características de estas mujeres se encuentran resumidas en el capítulo del Diseño Metodología, apartado 3, paginas 2-3 del presente informe.

1.1.2 El PAPEL DE LA MUJER REDUCIDO A LA MATERNIDAD Y EL SERVICIO A LA FAMILIA

"***El papel de la mujer:.... que los(as) hijos(as) avancen y sigan adelante***".

Las entrevistadas manifiestan que para ellas el papel prioritario de la mujer consiste en ser madre y asumir la responsabilidad de la crianza de los(as) hijos(as). Para cada una este significado adquiere acentos diferentes.

A: "*Al ser mujer, se pasaría a ser madre y padre*";

B: "*Ser mujer es cuidar a los niños, hacer el oficio y atenderle a él*";

C: "*Ser mujer significa mucha responsabilidad con los hijos, a veces con muy poco apoyo... El hombre se va y le deja a una sola con los hijos, sin dinero ni trabajo*";

D: "*Ser mujer es quererles mucho a los hijos, ... tenerles mucho cariño*";

Las mujeres, además, mencionan que la condición de discapacidad, dificulta el desempeño en los quehaceres domésticos, constituyéndose en un obstáculo para desenvolverse en su papel social y por ende para su auto-realización.

A era madre jefa del hogar antes de adquirir la discapacidad y logró continuar esta función familiar:

A: "Lo logré *poniéndole mucho ánimo y con el apoyo y la ayuda de mi familia".*

Ella recibe admiración y respeto de sus familiares por su perseverancia y cumplimiento con ambos papeles: la crianza y la provisión de recursos económicos.

B también era madre antes de adquirir la discapacidad, sin embargo, la falta de ayuda apropiada, de accesibilidad en su hogar y de estímulo positivo que requiere por la gravedad de su deficiencia múltiple, le impiden brindar el cuido necesario a sus hijos(as) y ejecutar las tareas del hogar. Consecuentemente, ella no se siente satisfecha ni realizada en su papel de madre-esposa.

C asumió la función de esposa y madre sin haber tenido la oportunidad de explotar sus habilidades domésticas. Tras adquirir la discapacidad, su padre la sobreprotegía, no la dejaba realizar ninguna de las tareas del hogar, ni siquiera cuando ella ya vivía con su pareja. Por otro lado, la estimuló a casarse (a los 15 años vivía con su primera pareja), con el fin de que tuviera al menos sus necesidades económicas resueltas.

C. sobre su matrimonio: *".... No funcionó, yo no sabía hacer nada, no hacía nunca nada, como si no tuviera marido. Cuando nació mi hija no la sabía cuidar...., además, el uso de la prótesis me lo impidió...."*

D. vive una situación contraria: Sus padres la "protegen" de tener un novio, lo cual, a sus 25 años de edad, le afecta su proyección de vida como mujer. Ella entonces, se dedica al cuido de sus hermanos y hermanas como "*asistente de su madre*", responsabilidad que asume de forma natural sin cuestionarla.

D: "...*Yo tengo que ver por mi hermana, tengo que ayudar a mi mamá con los quehaceres.... servir a mis hermanos.."*

En su relato, sin embargo, se percibe una ambivalencia entre la satisfacción con este papel y sus deseos personales: aunque dice estar contenta, también, expresa querer trabajar, estudiar y tener un novio. Además señala enfrentar irrespeto por parte de sus hermanos, de los cuales ella espera gratitud y apoyo. La falta de oportunidades y el papel familiar conferido por su doble condición, provocan que D vive la mayor parte del tiempo recluida en su casa, expuesta a la violencia intrafamiliar ejercida por sus hermanos y sin tener contactos sociales con personas de su edad.

De lo anterior se deduce que según las mujeres entrevistadas, la condición de discapacidad dificulta el ejercicio autónomo de los quehaceres en el ámbito doméstico. Además afecta, con características especiales, en su auto-realización del papel tradicional de la mujer, en su autoestima y, por consiguiente, en su capacidad de fortalecerse ante las demás discriminaciones.

Sin embargo, las mujeres no cuestionan, su situación de dependencia provocada por la discapacidad, ni el estatus del papel de la mujer reducido a la maternidad, al cuido de la familia y al trabajo doméstico. Se puede deducir que ellas no están conscientes de la doble discriminación estructural que les inhibe el ejercicio de la autonomía y el logro de una mejor calidad de vida.

1.1.3 DEPENDENCIA ECONÓMICA – DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO

"Con la discapacidad es difícil que le contraten en un trabajo remunerado"

Los problemas económicos forman un factor común en las mujeres entrevistadas. Ellas manifiestan querer y necesitar trabajar para asegurar el ingreso económico de la familia; además indican que les ha sido imposible encontrar trabajo remunerado debido a su condición de discapacidad.

A: "*Necesito trabajar nuevamente para ayudarles a mis hijos a salir adelante y llegar a construir mi casa*".

D: Ahora tengo que ver como hago porque mi papá está enfermo. ..... Necesito trabajar para ayudar a mi familia"

A fue incapacitada por la CCSS, hecho que significó una disminución de su ingreso económico y que, consecuentemente, le dificulta lograr sus otras metas. Ella misma está convencida que su deficiencia física no le impide realizar las actividades y cumplir con las funciones de su trabajo.

A: "*Yo considero que puedo hacer todo en mi trabajo.*"

Sin embargo, la empresa no le ha adaptado la accesibilidad de su lugar de trabajo por lo que ella y su familia enfrentan las consecuencias de la falta de igualdad de oportunidades en su calidad de vida.

C y D manifiestan que al buscar trabajo se encuentran con posibles patronos(as) que no confían en sus habilidades, aunque ellas mismas sí creen en éstas.

D: "*Yo digo que sí puedo cuidar niños...., pero no me dan el trabajo porque como yo soy epiléptica....*"

C: "*Me preguntan que si puedo hacer una cosa, la otra. Digo que sí, pero no me creen. ...**No le dejan a uno desenvolverse**.... Aunque yo hago de todo, me gusta hacer manualidades, repostería, coser. Pero siempre se escucha:*

"***Ah, ¿Usted puede?***"

La imagen social de las personas con discapacidad como menos capaces y eficaces aumenta las dificultades de acceso a un empleo remunerado.

De los relatos se desprenden, además, valores propios de la sociedad patriarcal que les limitan a las mujeres trabajar con remuneración. Ellas mencionan la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral. Por ejemplo, C indica que al esposo no le gusta que trabaje. Asimismo, todas consideran que su responsabilidad está, en primera instancia, en el cuido de sus hijos(as).

Las mujeres no visualizan su derecho a la integración laboral en igualdad de condiciones que pueda marcar la diferencia para eliminar los riesgos de la exclusión social.

Cabe destacar que C visualiza la dependencia económica como una limitación que le impide acabar con su situación de violencia intrafamiliar.

C: " *Yo deseo que se vaya pero no puedo con que él se vaya porque qué hago yo"... si fuera yo sola no me importa, pero los chiquillos... ahí tengo que estar... Es lo que es la dependencia económica*"

1.1.4 DEPENDENCIA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

"Para poder seguir adelante, desenvolverse nuevamente con la discapacidad y mantener el ánimo, se requiere mucho apoyo de la familia".

Las mujeres expresan que necesitan y dependen del apoyo familiar para realizar actividades de la vida diaria que les permitan fortalecerse y desenvolverse en la vida social.

A: "*Por dicha no me dicen que no haga nada o que mejor me acueste*"

Sin embargo, la dependencia de apoyo junto con la falta de información y de oportunidades, crea situaciones de vulnerabilidad y de violencia intrafamiliar, a veces no percibidas como tal.

D: "*Mi mamá me da mucho apoyo, me dice que debo seguir adelante que la discapacidad no me afecta en nada*".

Sin embargo de su relato también se desprende que la madre brinda doble mensaje, ya que la sobreprotege y a sus otros(as) hijos(as) les manifiesta que: *".... deben dar gracias a Dios que estén buenos(as) y no enfermos(as)".*

De esta forma, la madre exterioriza que no cree en su hija con discapacidad como en sus otros(as) hijos(as). Con el fin de que la deficiencia no afecte, los padres no la permitan hacer su vida, la limitan Además, la victimizan, al considerarla una persona de cuidado, enferma. Este tipo de contradicciones no permite una verdadera igualdad de oportunidades ya que no colabora al desarrollo de las mujeres con discapacidad, ni les ayuda en su autoestima.

Otro ejemplo de actitudes en la familia que contribuyen a la discriminación, se desprende de la vida de B y su compañero.

B: "*...Dios guarde me ve barriendo. Yo limpio y barro cuando el no está. El no está de acuerdo, no me deja que lavo trastes ni nada. Si usted fuera normal, me dice, yo le dejara hacer las cosas pero así no..... "*

Esta mujer requiere de múltiples apoyos: para realizar los quehaceres de la casa, para trasladarse en su silla de ruedas y para las actividades del cuido personal, tales como abotonarse las prendas de vestir. El compañero, está muy poco en la casa y no la estimula a utilizar sus habilidades. Tampoco la ayuda a buscar soluciones o adaptaciones para mejorar la accesibilidad del hogar y su independencia. Más bien les encarga a las hijas de ocho y nueve años, del cuido de su madre y de todo el trabajo doméstico. Como resultado, B se ve inhibida a asumir su papel de mujer / madre con independencia y autonomía. Al mismo tiempo que se siente impotente ante la situación de descuido que enfrentan sus hijos(as), la agobia el hecho de que no las puede acompañar a ninguna actividad, ni ayudarlas con sus tareas o vigilar sus quehaceres. Tal realidad radica en la doble discriminación por genero y por discapacidad, al igual que refleja la falta de accesibilidad del entorno y de servicios de rehabilitación como se analiza más adelante en el apartado 1.1.8.

De lo anterior se desprende que la familia posee una gran influencia en relación con el efecto de la doble vulnerabilidad hacia estas mujeres. Los(as) familiares, por creencias, prejuicios y falta de información, pueden realizar acciones contradictorias o contraproducentes que provocan obstáculos en vez de oportunidades para la autonomía y la independencia de la mujer con discapacidad.

Estos resultados ponen de manifiesto el hecho de que no solo las mujeres con discapacidad requieren de orientación e información, sino que sus familiares también. Tal orientación debe ir enfocada hacia la autonomía y la equiparación de oportunidades, partiendo de iguales derechos para todas las personas. Como lo dice la ley 7600, los y las familiares incurren en actos discriminatorios cuando, tras haber recibido servicios de apoyo e información, sigan limitando las oportunidades de desarrollo y autonomía a sus familiares con discapacidad.

El apoyo familiar y su efecto positivo o negativo en el disfrute de la autonomía y calidad de vida de las mujeres con discapacidad, está vinculado, también, con otro descriptor de la realidad de las entrevistadas que es la toma de decisiones propias.

1.1.5 LA TOMA DE DECISIONES PROPIAS SOBRE SUS VIDAS

Tomar las propias decisiones brinda independencia, poder y encamina al desenvolvimiento autónomo en la vida social. Fortalecer la capacidad de decisión y acción, es aumentar el sentimiento de auto-realización y elevar la autoestima.

Muestra de ello se encuentra en el relato de A. quien indica que no solo toma sus propias decisiones y no depende de nadie, sino que también casi todos sus hermanos(as) acuden a ella para que los(as) aconseje.
Importante anotar que A es la única de las mujeres que no expresa ser afectada por la violencia ejercida hacia ella por sus familiares.

B y D se refieran al criterio de su familia como factor que influencia en su toma de decisiones.

B: "*...si yo salgo algún lado en la silla él (compañero) no se enoja..*"

D: "*...De por sí yo casi nunca salgo, si salgo es una preocupación para mis padres."*

El criterio para su decisión es el enojo o la preocupación de la familia, no es el tener derecho a la autonomía.

También comentan que por la falta de accesibilidad del entorno y de la ayuda personal que requieren, muchas veces simplemente no tienen opciones de decisión.

1.1.6 LA VIOLENCIA COMO PATRÓN COTIDIANO

Las mujeres manifiestan que la violencia es un patrón cotidiano para la resolución de problemas y para hacerse respetar en sus familias.

D: "*En mi casa todos se pelean mucho... mi papá les pega, les da con la faja... Mis hermanos respetan a mi hermana porque ella les pega cuando la hacen daño... ella me aconseja pegarles también... Cuando tengo hijos, no sé, talvez también les pego... es para que me respeten*"

B: "*Mi mamá siempre me trapeaba... mi primer esposo me trapeaba, me pegaba donde nadie podía ver las marcas... cuando mi hija no hace caso él* (compañero actual) *dice que la pegará y sí hace caso... Yo le digo que ella es mala porque es Nica, su papá es Nica también...* "

Importante mencionar que esta última expresión de violencia psicológica por parte de la madre con discapacidad hacia su hija "rebelde", la utiliza sin que ella considere que es inapropiada o que es una manifestación de violencia. Por el contrario, es algo común de la discriminación social en la comunidad que la rodea. Así mismo, D considera la violencia de los padres hacia los(as) hijos(as), habitual y necesaria para que los primeros se hagan respetar.

1.1.7 OTROS MITOS QUE INVISIBILIZAN LA VIOLENCIA

"Yo tengo un mal carácter... "

Según C. la gente la caracteriza como "de mal carácter" ya que ella no es agradecida: no agradece la ayuda que le brindan para que no haga labores en la casa, ni agradece el tener un marido. Su padre por ejemplo la considera una mujer malagradecida y tonta porque se defiende de los abusos y malos tratos de su compañero.

D, por su parte, manifiesta que a ella la tratan de persona con mal carácter porque se defiende de sus hermanos mediante la violencia verbal. Ellos constantemente se burlan de ella, la empujan para que se caiga, la pegan y le omiten brindar los apoyos que necesita, por lo que ella les insulta verbalmente.

C y D al describir su carácter, puntualizan una defensa contra la dependencia y la discriminación. Sin embargo, el ambiente familiar y social estimula la idea de que el carácter y accionar de estas mujeres provoca su situación de violencia intrafamiliar.

El mito que la mujer provoca la violencia ejercida hacia ella está enraizada en los valores sexistas, que definen que la mujer debe vivir sometida o al menos protegida por el hombre. Asimismo están los ecos de los paradigmas de la discapacidad, que caracterizan a la persona con discapacidad como un ser dependiente, débil y vulnerable que no debe tener autonomía. Así existe la creencia de que la dependencia es una característica de la mujer con discapacidad.

1.1.8 LA FALTA DE ACCESIBILIDAD Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Las mujeres con discapacidad, también, tienen derecho a la orientación y al apoyo institucional para su rehabilitación y para emprender nuevamente su papel en la vida cotidiana. Para eso deben de contar con la información y las adaptaciones necesarias para la accesibilidad en su entorno. Todas las mujeres refieren que ni ellas, ni sus familiares, cuentan con estos apoyos. Por el contrario, ellas están expuestas a situaciones de dependencia, impotencia y peligro dentro de sus hogares.

Además comentan que les falta conocimiento sobre su discapacidad. Por ejemplo B, a pesar de la gravedad, la progresividad y el factor congénito de sus deficiencias, no conoce el diagnóstico médico. Los servicios de rehabilitación no llegan a las casas de estas mujeres, ni tampoco están disponibles en los centros del área de salud. Esta situación constituye otro tipo de violencia: la institucional, ya que se incumple el deber del estado de proveer la mejor calidad de vida, la mejor salud posible a todos(as) los(as) ciudadanos(as). Tal situación limita seriamente la equiparación de oportunidades y el ejercicio de la autonomía de las mujeres y las hace vulnerables a mayores situaciones de violencia intrafamiliar debido a la situación de dependencia que se crea y que bien podría ser evitable.

La facilitación de ayudas técnicas es parte de los servicios de rehabilitación, sin embargo, no por sí sola significa mayor independencia y autonomía para las personas que hacen uso de estas ayudas. Por ejemplo, B utiliza una silla de ruedas con la que no puede entrar a su casa y la cual tampoco es útil para pasear por los alrededores.

B: "*No hay acera, son puras piedras, no puedo salir..... Mi hija a veces me lleva por las gradas pero allí hay un hueco y bueno, caímos las dos*"

Entonces, aunque cuenta con la ayuda técnica, el entorno y la construcción de su casa no permitan su libre movilización.

C tiene una prótesis en el brazo, la cual considera como una ayuda estética únicamente, porque al utilizarla ella pierde independencia.

C: "Mi mamá insiste en que uso la prótesis.....pero y*o aprendí a cuidar a mi bebé sin la prótesis porque con ella no podía. Ahora hago todo sin la prótesis. La prótesis es para no verse discapacitada pero no se puede hacer nada".*

La prótesis facilitada a esta mujer ayuda a darle una imagen de mujer sin discapacidad, así su madre no se siente avergonzada de su hija y ella misma se protege de la burla ejercida por las personas en su entorno. Sin embargo, al mismo tiempo, presenta una mayor limitación física para desenvolverse. La orientación para su uso debería dejar clara esta limitación. Si no lo hace, quedará en el paradigma de la normalización sin trascender la autonomía y los derechos humanos que forman parte de la misma.

1.1.9 AUSENCIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y REDES DE APOYO

Las mujeres resaltan en sus relatos la falta de amigas y personas que las puedan apoyar y a donde puedan acudir en situaciones de violencia.

B: "*No tengo casi apoyo de los vecinos. Dependo de mi hija de 9 años, a veces me ayuda, cuando está de buena... sin ella no puedo hacer nada...*

C: ".. *Me da vergüenza hablarlo con alguien* (se refiere a la violencia ejercida por el compañero)**,** *porque como es así, tan feo, me da vergüenza. .... Mi familia no me ayuda, no cree en la violencia que está detrás de mi puerta... Yo sé que estoy en peligro pero nadie lo ve así, solo yo... "*

D: "No hablo con otra gente, no tengo amigas... "

La falta de desenvolvimiento social fuera de su hogar, el no tener amigas de su edad, no tener contactos sociales, no contar con apoyo para equiparar sus oportunidades, aumenta el riesgo a la violencia intrafamiliar, más aún en circunstancias en que la familia carece de orientación e información para brindar el apoyo correspondiente o en circunstancias en las que la familia es la ejecutora de la violencia.

C mantiene una función social en un grupo religioso, fuera de su ámbito familiar, de la cual reconoce que le hace sentir orgullosa de sí misma, ayuda en su autoestima. Además por medio de los contactos sociales cuenta con dos personas de confianza, quienes la aconsejan y apoyan a protegerse en su situación de violencia intrafamiliar.

La participación en la vida pública y el poder contar con una red social son factores protectores para la afectación de la violencia. Además permiten el desarrollo personal y desenvolvimiento social de las mujeres.

1.2 MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia intrafamiliar se manifiesta como un fenómeno complejo

Las mujeres en primera instancia indican que cuando piensan en violencia intrafamiliar ubican la ***agresión física*** del hombre hacia la mujer y hacia los(as) hijos(as). En segunda instancia, no omiten expresar que la violencia no es exclusivamente física, sino que la violencia física siempre va acompañada por violencia psicológica. Además, en sus relatos se distinguen otras manifestaciones que forman en conjunto el complejo problema social de la violencia intrafamiliar.

D, comenta que la violencia intrafamiliar hacia ella es ejercida por sus hermanos.

D": *Ellos me pegan, me botan y todo. Se rían cuando yo caigo. Lo hacen todo el tiempo, siempre, todos los días. Considero que es muy grave porque me pegan a puños cerrados, con escobazos...* "

D: "*Ellos utilizan mis cosas, aprenden la tele, desacomodan mi ropa... todo para hacerme daño*"

Es importante destacar que esta mujer dudaba que las acciones de sus hermanos fueran manifestaciones de violencia intrafamiliar. Es hasta después de haber reflexionado una semana, y en la confidencialidad de la entrevista personal, que comenta su situación de violencia y la reconoce como tal.

Las múltiples expresiones de la violencia psicológica

Las mujeres por unanimidad acuerdan que:

"La violencia psicológica afecta más, afecta siempre"

Ellas brindaron múltiples ejemplos de expresiones de este tipo de violencia, entre otras:

- *El considerar la discapacidad como enfermedad sin cura*
- *El que la gente las considere "infelices para siempre";*
- *El de la burla que las mujeres indican enfrentar a diario*
- *El que se provoque daño emocional cuando la gente no cree en las mujeres con discapacidad, no las escucha, no las ayuda, y más bien las critica y dice que no pueden asumir responsabilidades o tareas "como si uno fuera menos"*

Los estereotipos, prejuicios y creencias sobre la discapacidad se manifiestan en violencia que contribuye a perpetuar dependencia, discriminación y exclusión de las mujeres con discapacidad.

A: "*La vecina me dice que seguro me voy a quedar sin piernas y que no puedo tener relaciones, ni novio... Yo le contesto que aunque mis piernas están afectadas, todavía las tengo para que ella me las siga viendo, y que nada me impide a tener relaciones porque puedo tener mis piernas afectadas pero el resto lo tengo bueno...".*

Al escuchar esta respuesta de defensa contra la agresión psicológica de la vecina, las otras mujeres se ríen como señal de que están totalmente de acuerdo, ¡*Así es*!, manifiestan.

El disfrute sexual forma parte de sus vidas, igual que en las vidas de otras mujeres. La reacción de la vecina corresponde al mito equivocado que para las mujeres con discapacidad el sexo esté ausente. Además, de la reacción de las mujeres se desprende la necesidad de contar con posibilidades para comentar e informarse sobre el disfrute de la sexualidad con la deficiencia.

Violencia psicológica indirecta

La violencia psicológica indirecta es otra manifestación de la violencia intrafamiliar y es comentada por las mujeres entrevistadas.

C: *".. Si mi hija ahora le pide ayuda, él le pregunta que si acaso está manca para que no lo pueda hacer ella misma..."*

La violencia psicológica indirecta se da también de parte de los familiares del compañero o novio.

D: "La hermana de mi novio le empezó a decir que no se metiera conmigo... Le decía: ¿Cómo se va a casar con una enferma?

B: "*La hermana de él* (compañero actual) *le dice que yo soy una inválida y que él es un tonto para meterse con una inválida que no sirve para nada...***"**

La sobreprotección

Las mujeres están de acuerdo en que la sobreprotección es una forma de violencia, porque hace daño.

"...*Se siente uno mal y no puede ni logra desenvolverse".*

El abandono y la negación de sus necesidades

El abandono por parte de su pareja es otra manifestación de la violencia que ha afectado a las entrevistadas. Las tres mujeres, madres, tienen en común que se quedaron solas con la responsabilidad total de sus hijos(as) sin conocer el paradero de los ex-compañeros. Además, ninguna de ellas menciona haber gestionado la pensión alimenticia por sus hijos(as).

C: "*...se fue cuando mi hija tenía 9 meses y me dejó a mi toda la responsabilidad*"

B: "*.....Se enojó que quedé embarazada aún utilizando las pastillas y se fue. Robó a mi hijo... no he vuelto a verlos desde hace más de nueve años...*"

Otra forma de violencia pasiva es la negación de necesidades.

B: ”*El compañero que tengo ahora casi nunca está, yo paso todo el día sola con los chiquillos, los fines de semana igual los chiquillos afuera y yo sola aquí metida... siempre aquí, todos los días.*

.....Si llega y no quiere nada conmigo, me enojo. ¿Porqué me quedaría yo con un hombre que nunca quiere nada conmigo?”

La falta del compañero en el hogar trae como consecuencia la falta del apoyo que requiere B para sus actividades de autocuidado y vida diaria. Además, ella menciona que está vinculada con la soledad y la negación de sus necesidades de intimidad.

D. comenta que cuando tuvo relaciones sexuales, su padre le ordenó abandonar el hogar. Sin embargo, por su discapacidad al fin le permitió quedarse.

D:*“....mi papá me dijo que le hiciera el favor y que me fuera... me salvé porque mi tía le dijo que cómo me iba a mandar fuera a mí que yo era enferma.*”

Su discapacidad le facilitó el no tener que abandonar el hogar pero ella, tras ser afectada por el engaño y abuso sexual del “*supuesto novio*” fue castigada y nominada culpable. Ella misma está de acuerdo con esta culpabilización y cree que toda está situación de violencia fue por su propia inmadurez.

Los gritos

C y D expresan que los gritos forman parte de la comunicación verbal en sus familias. Las mujeres coinciden en identificar el grito como forma de violencia intrafamiliar que es comúnmente ejecutada en la crianza de los(as) hijos(as).

A: “*Cuando la forma de hablar es a gritos, no se llega a entenderse no se llega a la comprensión*.”

Las mujeres están de acuerdo en que los gritos no ayudan al entendimiento y a la comprensión en la familia. Por el contrario, indican que para fortalecer el entendimiento, se debe hablar con calma, lentamente, poco a poco, al nivel de la otra persona. Las mujeres analizaron esta expresión de la violencia intrafamiliar con conocimiento y convencidas de la necesidad y la existencia de alternativas formas de comunicación. De esta forman se manifiesta su capacidad para ser protagonistas de una vida sin violencia.

El control excesivo que el compañero ejerce sobre ellas es otra manifestación de la violencia intrafamiliar.

C: *"Tengo que estar a la par de él y si mi hija tal vez le corre para sentarse conmigo... eso ya es pleito... "Me llama cada rato a decir tonterías, quiere saber dónde estoy y con quién... le pregunta a mi hija dónde fui y que hablé"*

Este control excesivo en muchas situaciones forma una de las expresiones que se dan en el "***ciclo de la violencia***" Esta mujer, C, se encuentra en un alto nivel de riesgo y las expresiones de violencia psicológica ejercida hacia ella son cíclicas.

La manipulación y el abuso sexual al igual que la **manipulación de los hijos** son expresiones de violencia que pueden afectar a las mujeres con discapacidad así como afectan a las mujeres que no tienen discapacidad.

C: *"El se me tire encima y me abraza pero durísimo, como si me quiera quebrar*"; "*Dice que se va a matar y que va a decir al chiquito que fui yo que querría que el se matara, que fue por culpa mía***"**

C: "Viene y me dice "cochinada mujer que no me quiere, pégame, pero pégame duro" Yo, como siento tanto cólera... le hice caso... ahora, la mala soy yo.. Al fin él dice que lo siente, que me quiere y se pone a llorar ante la gente.. Y, como va con las señas y yo no tengo nada... ¿Entonces a quién se le creen?"

La violencia psicológica y la manipulación pueden asumir tal forma que la mujer afectada es incitada a hacerle daño a su agresor. Una consecuencia es que ella misma puede ser acusada de violencia. La Ley en estas situaciones no apoya porque no hace distinción de género.

Violencia económica

Al preguntar por las manifestaciones de violencia intrafamiliar, las mujeres no mencionan ser afectadas por la violencia económica, lo cual podría tener su origen en la pobreza y en las dificultades económicas que forman un factor determinante, una constante en la vida de las personas en el Área de Salud de Puerto Viejo

Las personas o actores responsables de ejercer violencia hacia las entrevistadas son identificados por ellas como: la sociedad, la gente que no quiere aceptarlas, la familia, el compañero, la familia del compañero y hasta los hijos mayores.

B: "*El grande mío me quiso pegar. ¡Este sí sería violencia, que le peguen los hijos!*"

Aunque las entrevistadas parecen estar de acuerdo en que los(as) hijos)as) deben respetar a su padre y madre, no parece ser tan evidente en ellas el respeto y consideración que debe tenerles el compañero.

1.3 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las consecuencias de la violencia intrafamiliar, a las que se refieren las mujeres, son múltiples, y tan variadas y relacionadas como lo son las expresiones y los factores de riesgo ya descritos.

Ante la primera violencia psicológica que identificaron, la ejercida por la gente de su alrededor, las mujeres se expresan firmes con respecto a las consecuencias y a la manera de enfrentarla. Ejemplo de ello es el siguiente:

A: ". *Yo soy bien a como estoy... no les pongo mucho interés... yo se como me manejo, como me manejo sola*."

Sin embargo, cuando se refirieron a situaciones de violencia ejercida por parte de los y las familiares, se evidencia la gran dificultad de las mujeres a asumir la misma posición de no tomarla en cuenta. Por el contrario, les provoca depresión, tristeza, enojo, impotencia, sentimientos de culpa, de inseguridad, miedo y hasta pavor. Todos estos estados de ánimo se presentan frecuentemente en su diario vivir y obstaculizan sus metas, su autonomía e independencia; no logran, como ellas dicen, "vencer la discapacidad" y mejorar su calidad de vida. Además, son indicadores de la peligrosidad de su situación de violencia:

D: “ *Trato de no hacerles caso, me pongo a llorar..... a veces me provoca la epilepsia también*”.

C: “*Yo le tengo miedo,... mejor trato de quedarme callada, retirada porque se le van a dar estas loqueras... Ya todo el mundo está con un temblor en la casa... Ya no duermo tranquila... estoy desesperada. Tengo que hablar ahora que estoy viva...”*

Los relatos de las mujeres indican que no están conscientes de que su situación forma parte de una situación de negación estructural de sus derechos como mujer y como persona con discapacidad. Ellas consideran su situación de violencia como aislada, no la quieren comentar con muchas personas, se culpabilizan a sí mismas e incluso les dio miedo compartirla en el grupo focal. El no estar informada sobre sus derechos conlleva a no reconocer las situaciones adversas que viven como manifestaciones de violencia.

La consecuencia de múltiples expresiones de violencia intrafamiliar, que señalan las mujeres, está afectando de forma negativa el autoestima y el ánimo, al igual la consideran un limitante para el desenvolvimiento en todos los ámbitos de la vida. Por otra parte, señalar que la violencia no solamente las afecta a ellas, sino también a las demás personas en su entorno, sobre todo a los hijos(as).

El aislamiento es un determinante que forma un riesgo y además es una consecuencia de la violencia intrafamiliar y puede dar como resultado el no acudir a los servicios de salud. Por ejemplo en la situación de B. por no tener a quien la traslada, ni siquiera cuando está enferma.

La revictimización es una consecuencia y una expresión de violencia intrafamiliar, que a su vez puede tener múltiples consecuencias más:

B*:* “....*Mi mamá se aprovechó de mi discapacidad, echándome la culpa a mí de errores cometidos por ella. Dice que yo después del accidente quedé loca. Yo le estaba creyendo, ¿sería así? ¿Sería loca?*

Quedé con tanto miedo que ya no hablaba.”

La misma mujer comentó su experiencia con el apoyo psicológico recibido del INS después del accidente sufrido que le provocó la discapacidad:

C: *"...Fue todo raro, ella (la psicóloga) me dijo que desde ahora yo era una discapacitada y que entonces ya no podía tener hijos, ni tener novio, relaciones, trabajar, ni eso y ni lo otro. A mi no me ayudó, me hizo sentir mal.."*

Esta experiencia refleja claramente como las instituciones reproducen también los mitos y prejuicios, violatorios de los derechos de las mujeres, constituyéndose este acto en una **violencia institucional** que revictimiza a la persona en vez de fortalecerle.

Las mujeres con discapacidad están expuestas a las mismas manifestaciones de violencia con respecto a las mujeres sin discapacidad. Sin embargo, la doble condición diferencia su situación por lo que la violencia a que están insertas también presenta características específicas. Entre ellas la invisibilidad al considerarla inherente a la vulnerabilidad con la que socialmente se caracteriza la discapacidad.

1.4 DEMANDAS HACIA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las demandas[36] para la salud están basadas en problemas o necesidades encontradas en los relatos de las mujeres y se ordenan según los diferentes ámbitos (familiar, personal, social y de la ruta crítica) a que deben dirigirse las respuestas de los servicios en salud.

ÁMBITO DOMÉSTICO

La accesibilidad, la información, orientación y ayuda apropiada para desenvolverse en sus hogares es una primera necesidad, la cual, según expresan las mujeres, está totalmente sin satisfacer.

[36] Se aclara que se sigue a Rovere definiendo que una demanda para mejorar la salud refiere a la brecha entre la realidad o un aspecto de la realidad observada y un valor de cómo ***debe ser*** esa realidad (Rovere,1999)

A: "*Yo logro hacer muchas cosas, cocinar en el fogón, limpio la casa igual..... me acomodo..... A uno le cuesta mucho, se necesita apoyo, saber cómo ayudarse uno para nuevamente desenvolverse*"

B: "*Hago el oficio, me baño sola. (pero)..... tengo miedo caer*"

C: "***Creo que todas las personas podamos hacer muchas cosas, solo que necesitamos acomodarnos a hacerlas con la discapacidad***"

La dependencia para su desenvolvimiento en el ámbito doméstico incrementa el riesgo a la violencia intrafamiliar. Por lo tanto existe la necesidad de servicios de rehabilitación y el uso de ayudas técnicas que permitan una mayor independencia. Además, se reconoce la necesidad de información y orientación en un enfoque de derechos para los familiares, con el fin de que brinden los apoyos oportunos.

A las preguntas sobre el servicio obtenido en los servicios de salud (EBAIS y Clínica) y en el hogar por los(as) Asistentes Técnicos(as) en Atención Primaria (ATAP´s), las mujeres rescataron su agradecimiento con el buen trato, respetuoso y humano que han recibido. También identificaron faltantes como el tiempo y la confidencialidad. Siempre el(la) médico(a) las atiende rápido por lo que no cuentan con la oportunidad de comentar sobre su situación dentro del hogar.

Asimismo indican que los(as) ATAP´s no visitan con regularidad sus hogares y que en las visitas domiciliarias realizadas ellos(as) no enfocan en su situación o necesidades, sino preguntan quiénes forman la familia y se preocupan por los(as) niños(as).

ÁMBITO PERSONAL

Las mujeres con discapacidad necesitan conocer, su derecho a elegir cuando se trata de su vida y de su cuerpo. Además requieren que se les reconozca el derecho al disfrute sexual, a la intimidad, a la maternidad y a la debida información accesible.

En cuanto a la atención en el embarazo, mencionan la necesidad de recibir la misma en el hogar cuando su deficiencia física dificulta el acceso a los servicios en el primer nivel de atención en salud. Sin embargo se considera que los servicios de salud femenina deben integrar la perspectiva de la discapacidad y por lo tanto ser accesibles para todas las mujeres.

ÁMBITO SOCIAL

Representación social e imagen de la mujer con discapacidad

Tanto la violencia de género como la discapacidad son construcciones sociales. Un factor clave para entender la violencia hacia las mujeres con discapacidad es la imagen social que se tiene de ellas y cómo ellas se ven a sí mismas.

Los mitos y prejuicios abundan en el trato discriminatorio de las entrevistadas, entre ellos está la persistente creencia de que la dependencia es una condición inherente de las mujeres con discapacidad. Lo anterior implica la necesidad urgente para construir una imagen positiva, de la mujer con discapacidad como persona independiente y capaz.

Situación laboral y formativo

Nuevas oportunidades para la educación es una necesidad que, según indicaron las mujeres *(vea párrafo 1.1.3)*, las ayudará a lograr su reto de mejorar su nivel educativo. Un trabajo remunerado sería la otra necesidad en esta misma línea de oportunidades para cumplir con sus metas y eliminar los riesgos de la exclusión social.

Participación social

Las entrevistadas indican la necesidad de poder expresar sus opiniones, hablar de sus vidas y recibir información acerca de oportunidades para su desenvolvimiento en los diferentes entornos. Por lo tanto, requieren de servicios de salud y asesoramiento, que estén orientados a cubrir las necesidades de mujeres con discapacidad física, así como formar grupos en los cuales puedan identificar las situaciones que deben enfrentar como mujeres

con discapacidad y lograr fortalecerse unas a otras con la ayuda de las instituciones.

RUTA CRÍTICA

Las mujeres con discapacidad afectadas por la violencia necesitan servicios de atención integral en salud. Sin embargo, las mujeres entrevistadas indican que no acuden a estos servicios por vergüenza de comentar su situación a los(as) médicos y porque temen la falta de confidencialidad por parte del personal.

Ellas necesitan encontrar en los servicios de salud acciones y actitudes de apoyo que reconocen sus necesidades diferenciales y que las potencian en su derecho a la vida independiente y la vida sin violencia.

Las mujeres necesitan que se les hagan las preguntas precisas sobre su situación de violencia para que se sientan invitadas a comentarla.

Por lo tanto se requiere concienciación y capacitación del personal en los enfoques de derechos humanos y género, trascendiendo la perspectiva y las necesidades de las mujeres con discapacidad. Asimismo la atención integral requiere un enfoque interdisciplinario con la participación de las mujeres con discapacidad y sus organizaciones.

Por otro lado, las mujeres con discapacidad necesitan oportunidades para reflexionar y revelar sus situaciones de violencia en conjunto con mujeres sin discapacidad. Ellas necesitan espacios para conocer sus derechos, construir salidas y alternativas de protegerse, encaminadas hacia su empoderamiento, su seguridad y bienestar.

Las mujeres con discapacidad y sus familias también necesitan orientación para combatir la sobreprotección, la omisión de apoyos y las demás expresiones de la violencia intrafamiliar. Así como para construir formas de convivencia no violentas, respetuosas a la dignidad y a la diferencia.

Las entrevistadas no destacaron la necesidad de apoyo psicológico, sin embargo, de los relatos se sustraen necesidades en salud mental, dirigidas al autoestima, el ánimo y el respeto a si mismas.

2. NORMAS Y PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA CCSS: Análisis de sus contenidos

Las "***Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar (2000)***", al igual que el "***Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el Abuso Sexual Extrafamiliar (2002)***" del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), son los instrumentos que guían la atención de esta problemática en los Servicios de Atención en Salud de la CCSS. El análisis de ambos documentos se realiza específicamente, con el fin de determinar cuáles elementos facilitan o limitan la articulación de los servicios en el Primer Nivel de Atención en Salud, con las necesidades de mujeres con discapacidad.

La información obtenida se presenta en apartados de acuerdo con tres dimensiones definidas: 2.1 El enfoque de Derechos Humanos y de Género; 2.2 el reconocimiento del papel clave que tiene el Primer Nivel de Atención en Salud; y 2.3 El Acceso Universal Equitativo. En cada dimensión se analiza la información según los descriptores identificados desde la teoría:

2.1 ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS Y DE GÉNERO

En cuanto al concepto de la violencia intrafamiliar las *Normas de Atención* y el *Protocolo de Vigilancia* visualizan que:

> ***"La violencia debe ser considerada como una construcción histórica que se modela y aprende, por lo tanto deben revisarse los mensajes que emiten los diferentes agentes socializados que la refuerzan: la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema de salud, el sistema judicial y otros"***

Por otro lado, el *Protocolo* reconoce; "*la violencia intra y extrafamiliar como un problema de salud pública y de grandes dimensiones*" y se concibe la misma:

"*como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva*". Además, hace referencia a como esta problemática "*puede transformarse en una barrera para el desarrollo económico, logros educativos y sobre la salud*"

En relación con las acciones de discriminación y violatorias de los derechos humanos, que pueden afectar a las mujeres con discapacidad, tanto las *Normas de Atención* como el *Protocolo de Vigilancia* definen lo siguiente:

***" La atención en salud debe dar respuesta a las obligaciones dictadas por el marco jurídico nacional en materia de derechos humanos**"*

*" Existe una serie de leyes nacionales que deben regular la atención y el abordaje a la violencia intrafamiliar; entre las mismas se destacan la ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y la Ley Contra a Violencia Domestica aprobada en 1996**"***

También *ambos instrumentos* establecen que

"Los principios que fundamentan la atención a la violencia intrafamiliar son la no-discriminación, la inclusión de las minorías, la igualdad de oportunidades, el empoderamiento de las personas afectadas por la violencia, el respeto a la diversidad y el enfoque de género"

Por otro lado el *Protocolo* reconoce en el género femenino uno de los grupos más vulnerables frente a la violencia, así como la existencia de relaciones de poder, dominio y control en la sociedad que legitiman relaciones de discriminación y desigualdad. Además, hace mención de las mujeres con discapacidad como grupo de mayor riesgo a ser afectado por la violencia intra y extrafamiliar e indica:

"***La discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física o intelectual de las personas, es un acto violento en sí mismo***"

Según los aspectos descritos, tanto las *Normas de Atención* como el Protocolo de Vigilancia, indican cuales son los principios de atención en salud en situaciones de violencia; principios fundamentados en los derechos humanos y

el enfoque género sensitivo. Reconocen los valores éticos jurídicos de dignidad, igualdad, solidaridad, libertad y seguridad, y ratifican que los actos de discriminación y desigualdad son considerados como actos que violentan los derechos humanos.

En este sentido pareciera que *ambos instrumentos* exhortan acciones hacia el respeto pleno de los derechos humanos de las mujeres con discapacidad afectadas por la violencia intrafamiliar.

Sin embargo, es importante señalar que ni en las *Normas* ni en el *Protocolo* se reconoce que la violencia contra la mujer y contra las personas con discapacidad pertenece a la estructura de un sistema patriarcal, cuyas prácticas sociales han violentado durante siglos los derechos humanos. Por otra parte, en ninguno de los documentos se manifiesta claramente la existencia de una cultura androcéntrica que debe ser erradicada.

Además, los instrumentos básicos como son las boletas de reporte de las personas afectadas por la violencia, no incluyen la variable discapacidad; aspecto que no permite conocer la forma en que dicha problemática afecta a las mujeres con discapacidad física y consecuentemente la toma de decisiones con respecto a este grupo de población, y el trabajo y abordaje en salud que debe darse al mismo.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, se considera que tanto las *Normas* como el *Protocolo* no establecen una atención diferencial desde el sistema de vigilancia epidemiológica, de acuerdo con las secuelas de la violencia intrafamiliar, hacia las mujeres con discapacidad. La perspectiva de la doble vulnerabilidad que las afecta no se extiende hacia el accionar en salud.

El conocer las consecuencias de la violencia intrafamiliar en las mujeres con discapacidad contribuye a determinar sus necesidades y, por consiguiente, se considera que el no reconocerlas, limita sustancialmente el logro de la

equiparación de las oportunidades de acceso a los servicios de salud que tenga esta población.

Se debe trascender el enfoque de derechos humanos y de género. Esto solo se logra al reconocer en la teoría y en la práctica, que las mujeres con discapacidad son doblemente afectadas, y es esta información, precisamente, la que se omite integrar tanto en las *Normas* como el *Protocolo*.

2.2 PAPEL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

2.2.1 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO PRIORIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Las *Normas de Atención a la Violencia*, tiene definido, para cada uno de los niveles de atención en salud (Áreas de Salud y Clínicas, Hospitales Regionales y Hospitales Nacionales), las responsabilidades y funciones relacionadas con la atención a la violencia intrafamiliar. Ambos instrumentos fueron elaborados con el fin de desarrollar un trabajo complementario; por un lado la atención y por otro el monitoreo sistemático para la toma de decisiones.

El Primer Nivel de Atención en Salud, según las *Normas*, debe:

"*Desarrollar sus acciones en los escenarios; Comunal, laboral, educativo y familiar, a través de actividades de promoción, prevención, detección y registro y atención a las personas afectadas".*

También dichas *Normas* hacen referencia a que, para enfrentar la violencia, se requieren acciones concertadas entre la sociedad civil, la comunidad y el estado. De ahí la importancia de incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de las personas afectadas, desarrollando acciones locales y promoviendo el compromiso de la ciudadanía con la erradicación de la violencia.

El *Protocolo* establece al Primer Nivel (nivel local) como el responsable del registro de la información, análisis de los datos y planteamiento de estrategias de intervención donde se involucren a los distintos actores sociales.

Aunque se puede evidenciar, de acuerdo con la descripción que realizan las *Normas*, que las acciones del Primer Nivel son dirigidas a todos los escenarios en que se desenvuelven las personas; tanto las *Normas* como el *Protocolo* omiten rescatar y fundamentar que las actividades que se lleven a cabo en este nivel son claves para garantizar una atención en salud para todos(as) y principalmente para los(as) más necesitados(as).

Tampoco se destaca en las *Normas de Atención* y *Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar*, que, tomando en cuenta la función para lo cual fue creado el Primer Nivel de Atención en Salud, la participación social e intersectorial es una de las acciones fundamentales para contribuir en la erradicación de la violencia intrafamiliar, a través de los programas de prevención de la violencia intrafamiliar y la promoción de la no-violencia. Y es principalmente desde este nivel donde se pueden desarrollar alcances de impacto, debido a que existen Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) con acceso a las personas, a sus hogares, conocimiento de la población y de sus necesidades.

Tanto las personas con discapacidad como sus organizaciones son actores sociales que deben ser incorporados(as) en la definición de estrategias e implementación de acciones dirigidos hacia el problema de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, *las normas y el protocolo* omiten mencionar a este grupo de población como participante activo en los procesos organizativos y como voces de una problemática que les afecta doblemente.

2.2.2 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PARA LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Las acciones que se establecen y definen tanto en el *Protocolo* como en las *Normas de Atención*, orientan hacia los aspectos que se deben tomar en cuenta para desarrollar, desde el Primer Nivel, una atención efectiva a la violencia intrafamiliar. Al respecto señalan:

- ✓ Debe ser *una atención accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, segura y de calidad, que contemple la atención de los diferentes tipos de violencia, dirigida a romper el ciclo, con espacio para retroalimentación y con mecanismos sistemáticos de registros*.

- ✓ Los ejes de atención para dicha problemática deben ser orientados hacia; ***La Promoción*** de acciones que permitan *promover y proteger la vida.* ***La Prevención*** de salud *encaminada a reducir la probabilidad de ocurrencia de situaciones de violencia intrafamiliar.* ***La Detección del riesgo*** *como el primer paso para detener la violencia. Por último la* ***Atención y Seguimiento*** *a las personas afectadas.*

- ✓ Se incluye en las normas un ***Plan de emergencias***, orientado a ser pensado en conjunto con la mujer, ensayado con ésta, y dirigido a hacer un croquis de hogar y ubicar los lugares de riesgo, preparación de maletín con documentos y ropa necesaria, entre otros aspectos que deben contemplarse.

- ✓ Se reconoce la necesidad de que los(as) funcionarios(as) desarrollen actitudes básicas que deberán tomar en cuenta para la atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar como; *"*Validar sentimientos, no juzgar, desculpabilizar, informar, respetar las decisiones que la persona afectada tome y los ritmos para tomarlas, orientar, animar. También la importancia de escuchar a la persona, respaldar a la mujer, no significa hacerlo por ella*".*

De acuerdo a lo descrito anteriormente se reconoce que tanto *las normas* como *el protocolo* identifican aspectos que son fundamentales para la atención a esta problemática, sin embargo:

Se omite incorporar en *las normas* y *el protocolo* indicadores de violencia intrafamiliar que afectan a las mujeres con discapacidad física, lo cual imposibilita la detección temprana hacia uno de los grupos doblemente vulnerables a ser afectadas por la violencia.

Tampoco se incorpora a las mujeres con discapacidad dentro de los ejes de atención. Así mismo se considera que el plan de emergencias que se incorpora dentro de la atención especializada a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar no incluye medidas especificas para las mujeres con discapacidad física.

2.3 EQUIDAD Y ACCESO UNIVERSAL

Importante para lograr la equidad y el acceso universal en los servicios de salud es la orientación de la atención hacia los grupos vulnerables.

En las *Normas de Atención* se establece que las mismas deben fundamentarse en un enfoque de riesgo, el cual permita identificar tanto los factores desprotectores como los protectores ante la violencia. Para ello, la detección del riesgo permite la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades de las personas o grupos vulnerables; Según este enfoque los grupos vulnerables son: las niñas, niños, las mujeres, las personas mayores y las personas con necesidades especiales o con discapacidad.

Por otro lado, el *Protocolo de Vigilancia* hace referencia a la importancia de tomar en cuenta las características de cada uno de los grupos etareos, la heterogeneidad de realidades y las condiciones de vida.

De acuerdo con los elementos descritos anteriormente, tanto en las *Normas* como en el Protocolo se menciona dentro de los grupos vulnerables a las mujeres con discapacidad. Sin embargo, como es evidente con base en los elementos ya analizados, la perspectiva de la discapacidad está ausente debido a la falta de trascendencia del enfoque.

Para reconocer los grupos vulnerables y el contexto en que se desenvuelven, no basta con mencionarlos. Es necesario incorporar la perspectiva de la población con discapacidad afectada al igual que precisar acciones y actitudes de discriminación positiva para eliminar la brecha de oportunidades y acceso que vulnerabiliza a esta población. Lo anterior como elemento clave para la inclusión de las mujeres pertenecientes a este grupo de población.

3. ACTITUDES Y ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DIRIGIDAS A MUJERES CON DISCAPACIDAD, QUE EMPLEAN LOS(AS) PRESTADORES(AS) DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

A partir de las entrevistas realizadas a prestadores(as) de servicios de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar, en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí de la CCSS, se conocen las actitudes y acciones que utilizan dichos(as) funcionarios(as) con las mujeres con discapacidad..

La descripción de los hallazgos y el análisis de los mismos se realiza de acuerdo con las dimensiones que se vinculan con este objetivo, las cuales son: 3.1 Calidad en el Servicio; 3.2 Acciones concretas de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar, 3.3 Enfoque interdisciplinario y 3.4 Actitudes de los(as) prestadores(as) de servicios.

3.1 PRESTACIÓN DE SERVICIO DE CALIDAD EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La calidad de la Atención de los Servicios de Salud se mide con el alcance de estrategias y prácticas que trasciendan el enfoque de los derechos humanos y de género, y de esta manera se desarrollan acciones dirigidas a evitar la violencia institucional.

Se considera que implementar una atención oportuna y de calidad, dirigida a dar respuestas a las mujeres con discapacidad afectadas por la violencia intrafamiliar, requiere el conocimiento de las necesidades de las mismas, y para esto el reconocimiento de la doble vulnerabilidad que les afecta.

3.1.1 TRASCENCIA DEL ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Los(as) entrevistados(as) mencionan la salud como un derecho de todas las personas, y en este sentido destacan que la misma no solamente debe ser vista desde el nivel físico, sino también considerar el nivel mental o psicológico. Importante mencionar, sobre este aspecto, que la directora del Área define el concepto de salud como un producto social, y el médico lo vincula con un concepto amplio relacionado con la calidad de vida.

También los(as) funcionarios(as), retoman la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública al cual ellos(as) deben dirigir su accionar.

EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA

Los(as) funcionarios(as) identifican a los(as) niños(as) como el grupo de población más vulnerable, en segundo lugar las mujeres y también hacen referencia a que todas "*las personas sin educación*" como otro grupo vulnerable.

Su concepción de las mujeres afectadas es la siguiente:

" Las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar se les concibe como personas con derechos: a tener una vida tranquila, sintiéndose seres útiles para la sociedad"

Es importante mencionar que durante las entrevistas realizadas en relación con la pregunta referida concretamente a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, ninguno(a) de los(as) funcionarios(as) menciona a las mujeres con discapacidad. Sin embargo, al consultarles sobre si consideran a las mujeres con discapacidad como vulnerables a ser afectadas este tipo de violencia, indican:

"*Las personas con discapacidad por su discapacidad física, si generan diferentes necesidades, pero no por la violencia, ésta va a generar las mismas necesidades en salud de todas las personas afectadas. Siento que el común*

denominador de las necesidades de las personas con discapacidad es la falta de educación"

"*Las personas con discapacidad son capaces y normales, asumen responsabilidades, hacen mas y mejores labores que las personas sin discapacidad, las personas con discapacidad tienen mucha capacidad y ésta se puede fortalecer*"

"*Dependiendo como se enfoca la discapacidad se podría dar la violencia. Porque si la discapacidad de la persona es utilizada para marginarle a esta persona, para que se le haga sentir inútil, ahí se estaría dando la violencia. Ahora si tenemos una visión amplia y de pequeñitos le damos su lugar y les enseñamos que a pesar de su discapacidad puede desarrollar otras potencialidades. No se estaría dando la violencia****"***

"Sí a las mujeres con discapacidad no les ayudamos a rehabilitar tanto física como emocionalmente las estaríamos encasillando violentamente hacia la discapacidad"

EN CUANTO A LA CAPACITACIÓN RECIBIDA

En el tema de discapacidad, la capacitación fue facilitada por el Consejo Nacional de Rehabilitación y se orientaba a la Accesibilidad de los Servicios de Salud. Mientras que en el tema de Violencia, la capacitación recibida fue el curso básico de violencia intrafamiliar impartido por el INAMU[37].

En relación con las mujeres con discapacidad dichos funcionarios(as) visualizan la capacitación y sensibilización como importante para:

"*...no marginar, humillar o maltratar a las personas con discapacidad*"

Se considera que la capacitación recibida por el personal ha sido poca, por lo que la sensibilización hacia la violencia intrafamiliar a las mujeres con

[37] De la totalidad de funcionarios (as) en el Área de Salud, aproximadamente 95 personas, tres han recibido la capacitación en violencia y tres en discapacidad.

discapacidad está ausente, esto genera que la atención oportuna a este grupo de población no se realice.

En relación con los elementos mencionados anteriormente, se reconoce que los(as) entrevistados(as) incorporan en su discurso, un concepto adecuado de salud. Por ejemplo ese concepto consideran a las dimensiones física, social y psicológica y a la salud como producto social vinculada con la calidad de vida de las personas. Además consideran la violencia intrafamiliar como un problema de Salud Pública.

Sin embargo es evidente que la cultura de exclusión de la población con discapacidad, y la no-visualización de este grupo de población como doblemente afectada por la violencia intrafamiliar, sigue manifestándose y persistiendo. Máxime aún cuando existe una débil capacitación, convirtiéndose este aspecto en un factor de riesgo para la violencia institucional hacia las mujeres con discapacidad. Además, lo mismo inhibe la definición de acciones positivas y no ayuda al trabajo de erradicar de la violencia intrafamiliar y las prácticas culturales discriminatorias hacia este grupo de población.

3.1.2 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS CONCRETOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

De acuerdo con las entrevistas realizadas al grupo de funcionarios(as) del Área de Salud de Puerto Viejo, se concluye que estos(as) vinculan sus labores con la atención a la violencia intrafamiliar desde diferentes perspectivas;

Hacen referencia a que él desde sus labores, garantizan la salud de sus pacientes, intentando así satisfacer las necesidades de salud que se generan. Además, distinguen entre necesidades psicológicas, emocionales y biológicas, al igual que toman en cuenta el trabajo interdisciplinario para satisfacerlas.

También señalan que constantemente se enfrentan con situaciones de violencia intrafamiliar como inherente a su trabajo directo en la comunidad. y sobre este aspecto manifiestan:

"A las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar les indico que existe ayuda y no están solas"

"*La violencia en este momento es la amenaza mayor que tenemos aquí y en toda la sociedad. Yo entiendo las normas todo lo que nos dicen que hay que hacer en un caso de violencia. Lo que pasa es que no nos refuerzan la parte de los recursos humanos. ¿Qué hacemos aquí con solo una trabajadora social? Ella orienta, aconseja, lo pasamos al juzgado y…"*

La escasez de recurso humano, así como la falta de capacitación del mismo, es una limitante fundamental en el Área de Salud para que las acciones dirigidas hacia la atención a la violencia intrafamiliar sean de calidad para las mujeres afectadas. Unido a lo anterior se evidencia que la práctica de los(as) funcionarios(as) es dirigida a emergentes y no a la prevención integral de la problemática. Esto último a pesar de que la prevención es clave en la erradicación de la violencia intrafamiliar y que cada acción de atención efectiva también contribuye a la prevención.

Se determina que las acciones concretas que se llevan a cabo en el Área de Salud, no son dirigidas a este grupo de población.

3.1.3 VISUALIZACIÓN DE DOBLE VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

Según las entrevistas realizadas a los(as) funcionarios(as) acerca de la accesibilidad de los servicios de salud para personas con discapacidad y las brechas en salud que pueden tener las mujeres con discapacidad física, las respuestas se orientan hacia lo siguiente:

"*La ausencia de servicios sanitarios adaptados para personas con discapacidad y un terrible estado de accesibilidad. Las rampas están con candado, los consultorios por sus puertas apenas cabe una silla*"

"*No existe atención especial a este grupo de población* (mujeres con discapacidad)*, no se hace ninguna discriminación"*

También mencionan los (as) funcionarios (as) entrevistadas que:

"*La violencia emocional es la que más afecta a las mujeres con discapacidad. Estas mujeres se ven mas afectadas que las demás, posiblemente por que se les puede lesionar con actitudes y con la imposición de poder*"

Según lo anteriormente resumido, se observa que las limitaciones de accesibilidad física, son tomadas en cuenta, aunque de forma parcial, como una de las problemáticas que deben solucionarse para responder a las necesidades de las mujeres con discapacidad física afectadas por la violencia. No visualizan medidas positivas, para compensar la falta de oportunidades y marcar una diferencia en la situación estructural de la doble discriminación de las mujeres con discapacidad física.

Así también se define por parte de los(as) entrevistados(as), que la violencia psicológica es la que principalmente afecta a este grupo de población. Es importante destacar que esta última apreciación es mencionada, sin conocimiento efectivo, debido a que los(as) prestatarios(as) de servicios manifiestan no conocer y menos aun haber brindado atención a mujeres con discapacidad afectadas por la violencia.

De esta forma se considera la visión parcial que tienen los(as) funcionarios(as) entrevistados(as) de la situación y necesidades que puede tener esta población doblemente vulnerabilizada.

3.2 EL ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Reconocer la complejidad del problema de la violencia intrafamiliar, significa visualizar y desarrollar acciones encaminadas a la atención integral del mismo. En este sentido, los(as) funcionarios(as) entrevistados (as) manifiestan que su trabajo se ha orientado a:

"Escuchar a las mujeres"

"Referencias a Psicología (Hospital México) y a Trabajo Social (nivel local)"

"Orientación sobre instituciones donde pueden recibir subsidio económico, entre éstas el Instituto Mixto de Ayuda Social y la pastoral social"

También algunos de los funcionarios entrevistados en su visión sobre los roles y funciones que deben desarrollar en la atención de las mujeres afectadas por esta problemática expresan:

"*Se habla de las redes contra la violencia que existen en algunos cantones, donde participa la Municipalidad, el Ministerio de salud y la CCSS. Pero habría que ver si estas funcionan, por que no es llegar y atender a la mujer que llega golpeada o que llega con amenaza de muerte. Es poder darle cierta seguridad a esta persona. Pero no tenemos eso*".

De acuerdo a lo anteriormente descrito, los(as) prestatarios(as) de Servicios en Salud para la Atención a la Violencia en Puerto Viejo de Sarapiquí rescatan en sus manifestaciones que, para la atención de la problemática, debe haber la intervención de diferentes disciplinas y de otras instituciones. Sin embargo, los(as) funcionarios(as) no mencionan la importancia de la participación de las mismas mujeres afectadas y sus organizaciones en la definición de acciones y actividades para la atención de dichas problemáticas. Fundamentalmente, dichos(as) funcionarios(as) destacan la poca respuesta que se brinda a las mujeres afectadas por dicha problemática desde las instituciones, la red intersectorial y la misma Área de Salud.

Tomando en cuenta estos aspectos, se considera que el cumplimiento de los objetivos del Primer Nivel de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar es débil en la práctica en el Área de Salud en estudio. Por otro lado no se identifican actividades de prevención y acciones de atención claves que deben realizar los EBAIS en conjunto con otros actores sociales (como las ONG´s y la red intersectorial entre otros), con el fin de construir la atención a las mujeres con discapacidad.

3.3 ACTITUDES DE LOS(AS) PRESTADORES(AS) DE SERVICIOS

Con respecto a las actitudes que tienen los(as) funcionarios(as) hacia las personas con discapacidad se resaltan las siguientes expresiones:

" *A las personas con discapacidad deben dárseles oportunidades* "

"*Todos necesitamos tomar conciencia, hay muchas discriminaciones seria bueno pensar en los derechos de las personas*"

"*Se deben reconocer las personas con discapacidad como personas capaces y normales, no marginarlas, darles el espacio para las oportunidades*"

"*Cuando veo a una persona con discapacidad, está realizando esfuerzos que para mí son importantes por su condición de discapacidad no les pregunto cómo lo hicieron, solamente les felicito y les digo que sigan adelante*"

".... es ejemplar, es manquita no tiene un brazo, sin embargo ha hecho su vida, es mamá, hace sus compras, creo que no le afecta emocionalmente su discapacidad. Yo en lo personal la admiro mucho"

Con respecto a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar:

"*Me impresiona el silencio que estas personas tienen ante el sufrimiento interno, la violencia es un problema de nunca acabar y la prevención que se dirige a la población infantil no es suficiente*".

"Las personas con discapacidad son igual que todas las personas, pueden ser víctimas, inclusive por falta de educación de las personas en su entorno, falta de educación de sus familiares, falta de educación de ellas mismas también. Se les menosprecie, se les desvalorice y no se les adecue su entorno para que puedan asumir funciones"

De acuerdo con las manifestaciones descritas anteriormente se evidencia que los(as) funcionarios(as) entrevistados(as) realizan un discurso, incorporando elementos con la perspectiva de derechos humanos, hacia las personas afectadas por la violencia intrafamiliar.

Sin embargo, se debe reconocer la existencia de algunos mitos y estereotipos presentes en la expresión que realizan los(as) funcionarios(as) acerca de las mujeres con discapacidad. Lo cual requiere revisar actitudes y creencias con el fin de que sean desechadas aquellas orientadas a la discriminación y vulnerabilización, e incluir las actitudes orientadas a fortalecer la autonomía e igualdad de oportunidades.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

1.1 MANIFESTACIONES DE LA DOBLE VIULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA, DE 20 A 39 AÑOS DE EDAD

En cuanto a la discapacidad y las respuestas sociales discriminatorias

- Las mujeres con discapacidad física entrevistadas determinan que la discapacidad les afecta, más que todo, por determinantes de carácter social y cultural y no tanto por su limitación física. Ellas logran definir la discapacidad como una construcción social y puntualizan hacia la discriminación y la exclusión social como los principales factores que provocan la discapacidad, es decir, que más afectan en su bienestar.

    - La discriminación, ejercida por medio de los prejuicios y por la falta de accesibilidad y de oportunidades efectivas, obstaculiza el pleno desarrollo y la autonomía a las mujeres con discapacidad en las funciones sociales de su escogencia, limitando su calidad de vida.
    - Los estereotipos, prejuicios y creencias sobre la discapacidad se manifiestan en violencia que contribuye a perpetuar dependencia, discriminación y exclusión de las mujeres con discapacidad.
    - La sociedad promueve una imagen victimizada y débil de las mujeres con discapacidad.
    - La discriminación se sufre en todos los ámbitos: educación, salud (dentro de ella la salud femenina, salud mental), doméstico, trabajo, participación ciudadana, seguridad social.

- Las mujeres entrevistadas no definen la discapacidad con un enfoque de Derechos Humanos. No enfatizan en su derecho a respuestas sociales que respeten su dignidad humana, su autonomía y los principios de la

igualdad de oportunidades. Ellas visualizan los obstáculos para su pleno desarrollo y su participación social a un nivel individual, aislado, no como expresiones de una discriminación social, estructural.

Esta falta de conocimiento sobre sus derechos significa un riesgo y dificulta la prevención de la violencia intrafamiliar.

En cuanto a la doble vulnerabilidad a la violencia y los determinantes sociales para el riesgo a la Violencia Intrafamiliar

Las mujeres entrevistadas visualizan y cuestionan situaciones de discriminación por la discapacidad no así por condición de género. Tampoco visualizan la influencia de las desigualdades de género sobre el índole y la magnitud de las inequidades que enfrentan a raíz de su deficiencia física. No están conscientes de la "*doble discriminación*". La discriminación de las mujeres es persistente porque es invisibilizada y naturalizada en todos los ámbitos, también por las mujeres mismas. Además dentro del Área de Salud de Sarapiquí no existen grupos de mujeres organizadas y no se promocionan los derechos específicos de las mujeres.

- Sujetado a lo anterior; el concepto que tienen las mujeres entrevistadas del papel que debe desarrollar la mujer, está estrechamente vinculado con la maternidad y el bienestar de la familia.

  La centralidad social del rol reproductivo de las mujeres tiene impacto sobre la reducción de sus oportunidades de participación en el ámbito público, vinculada, entre otras consecuencias, con la vulnerabilidad a la pobreza. Además, el estar relegada al ámbito doméstico aumenta el riesgo a la violencia intrafamiliar y provoca la invisibilidad de sus necesidades.

  Para las mujeres con discapacidad este determinante toma dimensiones diferenciales por la falta de accesibilidad y apoyos oportunos en el entorno doméstico, que les impide desarrollarse en tal papel por lo que se ven afectadas en su auto-realización y autoestima y, por consiguiente, en su capacidad de fortalecerse ante las demás discriminaciones. De igual manera afectan la imagen social y el mito de la a-sexualidad; se les

niegan a las mujeres con discapacidad asumir el papel de novia, madre o esposa, tampoco se les facilita conocer y disfrutar su cuerpo y su sexualidad.

- La familia posee una gran influencia en relación con el efecto de la doble vulnerabilidad hacia la violencia. Las mujeres con discapacidad señalan que dependen del apoyo de la familia para mejorar sus limitaciones en actividades y funcionamiento social. Esta dependencia de apoyos aumenta la vulnerabilidad a la violencia. Los(as) familiares, por creencias, prejuicios y falta de información, pueden realizar acciones contradictorias o contraproducentes que provocan obstáculos en vez de oportunidades para la autonomía y la independencia de la mujer con discapacidad.

- La dependencia económica y la dificultad para encontrar empleo son determinantes sociales a que están expuestas las mujeres con discapacidad. Ante la carencia de formación y calificación, sus posibilidades de percibir ingresos y mejorar su situación son escasas. Esta situación existe para las mujeres sin discapacidad en el área y se diferencia para las mujeres con discapacidad física debido a condiciones como la inaccesibilidad infraestructural, la baja expectativa de sus posibilidades profesionales. Además el régimen de incapacidad parece limitarse a brindar una ayuda económica insuficiente sin esforzarse para la reintegración laboral. Lo anterior mantiene a las mujeres con discapacidad al margen de la sociedad y de la población económicamente activa.

- El aislamiento por la falta de oportunidades, apoyos y accesibilidad del entorno, es un determinante para la violencia intrafamiliar de las mujeres con discapacidad física entrevistadas. También es consecuencia de la misma violencia y se vincula con la sobreprotección, la dependencia forzada, la negación de sus necesidades, la no-asistencia a los servicios de salud, la revictimización y la manipulación psicológica, entre otros Se constituye en una situación cíclica de violencia que afecta doblemente a las mujeres con discapacidad.

- La participación en la vida pública y el poder contar con una red social son factores protectores para la afectación de la violencia. Las mujeres con discapacidad enfrenten múltiples obstáculos para el acceso a esta protección.

  Tal situación adversa se agrava para las mujeres con discapacidad que dependen de apoyos para la realización de actividades de la vida diaria.

- La violencia forma parte del patrón cotidiano en la convivencia de las familias para resolver problemas y para obtener respeto. Es una situación más de la discriminación estructural de las mujeres; la familia como institución clave del patriarcado autoriza y legitima el ejercicio desigual del poder, aún con la agresión. Se concluye que existe sensibilidad y protagonismo en las mujeres con discapacidad entrevistadas para criticar y cambiar esta situación.

- Las mujeres con discapacidad física tienen derecho a la rehabilitación y la adaptación (tecnología) para el desenvolvimiento en su hogar. Es la falta de accesibilidad, información, orientación y rehabilitación para la vida cotidiana y el cuido personal, lo que limita sus oportunidades en el Área de Salud y lo que debe considerarse una violación de sus derechos. Es una violencia institucional que afecta en el ámbito doméstico, creando una situación de dependencia que es evitable. Además, como tal, aumenta la vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad a mayores situaciones de violencia intrafamiliar.

En cuanto a la demanda hacia la prestación de servicios

- El estudio revela entre las necesidades urgentes de las mujeres con discapacidad física: Acceso a servicios de rehabilitación en la comunidad, orientación y el uso de ayudas técnicas que permitan una mayor independencia. Tales servicios deben enfocar en la autonomía y la equiparación de oportunidades, partiendo de iguales derechos para todas las personas.

- Información y espacios para la reflexión sobre su derechos; a la salud integral, a una vida sin violencia, a la autonomía y la igualdad de oportunidades, etc. es otra necesidad urgente que es requisito para que ellas mismas puedan protagonizar el cambio en su situación de doble discriminación

- Se revela la necesidad de servicios de salud femenina y asesoramiento, que estén orientados a cubrir las necesidades de mujeres con discapacidad física, así como formar grupos en los cuales puedan identificar las situaciones que deben enfrentar como mujeres con discapacidad y lograr fortalecerse unas a otras con la ayuda de las instituciones.

- Con la experiencia en el proceso investigativo y los resultados del mismo, se estima que más mujeres con discapacidad se atreverán a comentar su situación de violencia intrafamiliar, si se les facilitara los espacios y la información pertinente.

- Las mujeres con discapacidad física están expuestas a las mismas manifestaciones de violencia con las mismas consecuencias que las mujeres sin discapacidad. Sin embargo, su doble condición diferencia su situación lo que implica que tienen necesidades específicas que se deben reconocer y atender como tal para lograr la equidad y calidad en el Servicio de Atención en Salud.

- Se concluye que el estudio revela la urgencia de un Servicio de Atención a la Violencia Intrafamiliar, que integre su abordaje con la perspectiva de la discapacidad, en la planificación de acciones y estrategias de prevención y atención que se realiza con las personas afectadas, las familias y la comunidad.

1.2 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE LA CCSS Y SU ABORDAJE DE LA DOBLE VULNERABILIDAD EN LA ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD.

1.2.1 NORMAS Y PROTOCOLO

- Las *Normas de Atención* y el *Protocolo de Vigilancia* no transcienden el reconocimiento de la doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad. Lo que se constituye en una violación de los derechos humanos y violencia institucional.

- Las acciones descritas en las *Normas de Atención*, y que se vinculan con la atención integral a la violencia intrafamiliar, tienen como fin una atención dirigida a aumentar la autonomía y control de las mujeres afectadas sobre sus propias vidas. Tal fin responde a las necesidades de todas las mujeres, inclusive las mujeres con discapacidad afectadas.

- El *Protocolo* y las *Normas de Atención a la Violencia Intrafamiliar* de la CCSS reconocen y describen teóricamente todos los aspectos vinculados con la protección de los Derechos Humanos de las personas y el enfoque género sensitivo. Asimismo mencionan a las personas con discapacidad como grupo vulnerable y a las mujeres con discapacidad como más vulnerables que otras mujeres a ser afectadas por la violencia.

- Las mujeres con discapacidad afectadas por la violencia intrafamiliar, sin embargo, están ausentes en los indicadores de riesgo a sufrir violencia y, por consiguiente, ausentes en los planes de atención integral diferenciada. Tal situación las invisibiliza como grupo a que deben proyectarse acciones concretas para conocer y atender sus necesidades. Además, debido a la misma, difícilmente serán tomadas en cuenta, desde la perspectiva de la doble vulnerabilidad, por los(as) funcionarios(as), quienes realizan sus acciones de acuerdo a dichos instrumentos. Esta ausencia de la perspectiva de la discapacidad se muestra en todos

niveles y acciones descritas; la distribución equitativa de los recursos, la capacitación e orientación, las estadísticas, los compromisos de gestión, las estrategias de accesibilidad, las actividades de prevención y atención integral y las actitudes.

- Tanto las personas con discapacidad como sus grupos organizados, no se incluyen como actores sociales que deben ser incorporados dentro de las actividades de participación social en los procesos de prevención integral y promoción de la no-violencia.

- Se concluye que las *Normas de Atención* y el *Protocolo de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar* no cumplen con el eje transversal de los Derechos Humanos y el enfoque de género porque no abordan la articulación de las desigualdades de genero con la doble discriminación hacia las mujeres con discapacidad. Es decir, no incorporan la perspectiva de la discapacidad en sus lineamientos para la atención a esta problemática.

1.2.2 ÁREA DE SALUD DE PUERTO VIEJO DE SARAPIQUÍ

Tomando en cuenta las omisiones en materia de discapacidad que se identifican en las *Normas* y el *Protocolo*, es evidente manifestar que en la práctica la perspectiva de discapacidad presenta la misma exclusión. Las acciones de atención a la violencia intrafamiliar realizadas por los(as) prestadores(as) de Servicios en el Área de Salud en estudio, no incorporan la visualización ni las necesidades de las mujeres con discapacidad como población doblemente vulnerable a la violencia intrafamiliar.

- El cumplimiento de las *Normas* y *Protocolo* requiere de un recurso humano suficiente, capacitado y sensibilizado, así como de una red de apoyo intersectorial que permita conocer y atender las necesidades diversas que estas mujeres presentan. Además, en situaciones de peligro inmediato, se debe tener la capacidad de responder con rapidez lo que incluye acceso a albergues, protección legal y la construcción de un plan de emergencia

para las mujeres con discapacidad, siempre desde la perspectiva de su doble condición.

- Se concluye que al momento del estudio, en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí, los Servicios de Atención en Salud a la Violencia Intrafamiliar de la CCSS, no pueden brindar protección y seguridad a las personas afectadas. No hay capacidad de respuesta, los alcances del trabajo del Área de Salud hacia la atención de la violencia intrafamiliar están en la atención de emergentes y no sobre las causas de la misma.
- Las actividades concretas para la atención de la violencia intrafamiliar y que se han dirigido a la erradicación de esta problemática con los grupos afectados, son insuficientes con respecto a cobertura y seguimiento.
- No se ha construido la capacidad técnica ni administrativa para emprender acciones orientadas hacia la atención y prevención de los delitos de violencia intrafamiliar que corresponden a identificar y cubrir las necesidades diferenciales de las mujeres con discapacidad.

- Los Servicios de Atención a la Violencia Intrafamiliar en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí, no utilizan folletos ni carteles informativos para hacer conocer la disponibilidad de apoyo en situaciones de violencia intrafamiliar. Tampoco tienen disponible este tipo de información en formatos accesibles a la diversidad de las personas. (braille, letra grande, audio, interpretes, etc.)

- Los servicios brindados en el Área de Salud están parcialmente adaptados para brindar acceso a mujeres con discapacidad física. No trascienden la accesibilidad de la información y servicios a las necesidades de mujeres con otras discapacidades, por ejemplo sensoriales.

- En el momento del estudio no se está realizando un máximo esfuerzo por detectar las situaciones de la Violencia Intrafamiliar en el Área. Los(as) ATAP´s y los(as) médicos(as) no están capacitados(as). Con respecto a las mujeres con discapacidad, no son un grupo prioritario para dirigir acciones de prevención en salud que realizan los ATAP´s mediante sus visitas domiciliarias.

- Se evidencia la ausencia de un proceso de capacitación continua y de impacto, basado en los enfoques de derecho y de género, tanto en materia de discapacidad como en la de violencia intrafamiliar.

- Las actitudes de los(as) funcionarios(as) hacia la atención del problema de violencia intrafamiliar, son fundamentales para que las acciones sean dirigidas hacia la erradicación del mismo y se realice empoderamiento en las mujeres para la toma de decisiones sobre sus propias vidas.
    - En los(as) prestadores(as) de Servicios en el Área de Salud de Puerto Viejo no se identifican actitudes orientadas desde la perspectiva de la doble discriminación que enfrentan las mujeres con discapacidad. Además se identifican pocas actitudes basadas en la perspectiva de género. Por lo anterior es imprescindible un proceso de sensibilización para eliminar mitos, estereotipos y prácticas discriminatorias hacia las mujeres y en especial hacia las mujeres con discapacidad.

- En tanto los recursos que el Primer Nivel de Atención necesite no sean destinados de acuerdo con los principios de solidaridad y equidad que la misma institución proclama, el abordaje integral para contribuir a erradicar la violencia intrafamiliar por parte de los Servicios de Salud, será una utopía.

2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se dirigen hacia los(as) diferentes actores(as) en los Servicios a la Violencia Intrafamiliar en el Área de Salud de Puerto Viejo de Sarapiquí. Tales actores participan en el conocimiento y la atención de las necesidades en salud de mujeres con discapacidad física, ante la doble vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar.

Las recomendaciones que se exponen aspiran articular la prestación de los servicios de la CCSS en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar, con la doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad física en el área en estudio.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

- Se considera que precisa mayor divulgación social, en todos los ámbitos, acerca del concepto de la discapacidad, como es el definido por la Organización Mundial de la Salud en la nueva Clasificación de la Discapacidad y Enfermedad (CIF) y en Costa Rica por el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. El mejoramiento de la imagen de la mujer y de la persona con discapacidad debe ser una labor continua, debido a la persistencia de los mitos y creencias y el reforzamiento de los mismos por la cultura sexista. Se recomienda que tanto el CNREE como el INAMU cuenten con una política pública integrada en esta línea.

- En cuanto a la política pública en salud y Violencia Intrafamiliar, se recomienda que la misma trascienda la importancia de servicios, en el primer nivel de salud, que integren las necesidades y la perspectiva de las mujeres (y de toda la población) con discapacidad. Además se recomienda unir estrategias en Violencia Intrafamiliar, Salud Mental, Rehabilitación y Discapacidad.

- *Los resultados del estudio reflejan que las mujeres con discapacidad en el carecen de información y divulgación sobre la dimensión de género y sus derechos a la vida independiente y sin violencia.*

  Se recomienda que el CNREE elabora en la política pública en discapacidad estrategias específicas y participativas para satisfacer tal necesidad, dirigida al empoderamiento de este grupo de población.

  Por otro lado se recomienda que la política pública en discapacidad promocione la inclusión de la perspectiva de la discapacidad en las estrategias del INAMU.

- De manera generalizada; para poder reducir las inequidades sociales; se recomienda hacer visible a la población con discapacidad e incorporarla a cada política pública de manera transversal, para que la perspectiva de la discapacidad con un enfoque de derechos humanos e inclusión esté presente en todos los ámbitos de la vida social.

2.2 NORMAS Y PROTOCOLO DE LA CCSS EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Por ser caracterizados como documentos no terminados y porque la problemática de la violencia intrafamiliar es compleja, se considera pertinente extender las siguientes recomendaciones a incorporar:

Las Normas y Protocolo mencionan a las mujeres con diferentes discapacidades como grupo doblemente vulnerable a la violencia intrafamiliar. Sin embargo, esta mención no trasciende al accionar propuesto en los mismos documentos, en el cual las mujeres con discapacidad son "invisibiles".

- Se recomienda que el abordaje de la doble vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad en las *Normas* y el *Protocolo* sea vinculado con los principios y fundamentos que forman la base de estos documentos. Al contrario se continua la violación del principio de igualdad de derecho y se sigue invisibilizando a este grupo de la población.

- Se deben integrar los temas de discapacidad en las normas y protocolos existentes al igual que desarrollar nuevas estrategias que sean inclusivos desde su inicio. Imprescindible en este sentido es hacer visible la condición de discapacidad en las boletas de Vigilancia

Desde la perspectiva de los derechos y los principios del PLANOVI, se enfatiza conocer y atender las necesidades diferenciales de la población en cada región. Por lo anterior precisan servicios descentralizados orientadas a la identificación de poblaciones en riesgo con un sentido preventivo, incorporando a las personas como actores sociales en la gestión de salud.

- Por lo tanto se recomienda que las *Normas* y el *Protocolo* destaquen al Primer Nivel de Atención como un área clave para la erradicación de la violencia intrafamiliar. Además que enfaticen en la distribución equitativa de los servicios, basada en las necesidades específicas de cada región.
- La articulación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar con los de rehabilitación y de atención en salud mental será otra recomendación para considerar en la evaluación de las normas y el protocolo y aún más en las políticas integrales en salud.

2.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA

2.3.1 GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DEL ÁREA DE SALUD

Se recomienda que:

- El Área de Salud, a través del equipo de apoyo y la dirección del área, promueva la capacitación y sensibilización de los(as) prestatarios de los servicios en los temas de la discapacidad y de la violencia intrafamiliar, desde el enfoque de derecho e igualdad de oportunidades.
    - Además, se recomienda que tal capacitación y sensibilización se incluya como un proceso y que cuente con la participación de las mismas personas con discapacidad. No se puede romper con mitos, prejuicios y prácticas discriminatorias que corresponden a

una situación de discriminación y exclusión social estructural, con una sola sesión de capacitación.

- Especialmente necesario es que los Servicios de Salud cubran las necesidades específicas de las mujeres con diferentes discapacidades y que faciliten el que estas mujeres puedan llevar una vida independiente. Deben basarse, por lo tanto, en un enfoque integral del tema de la discapacidad que incluye la igualdad de oportunidades, participación, autonomía y vida independiente.
    - Se recomienda que los cuatro instrumentos que forman la Guía para el funcionamiento del Área de Salud (ASIS, Plan Estratégico Bianual, Plan Anual Operativo y Presupuesto) incorporen de manera transversal la perspectiva de la discapacidad; Específicamente que las mujeres con discapacidad estén presentes en todos los servicios y acciones dirigidos a mujeres en general y que el tema e la discapacidad esté presente en todos los ejes temáticas de los instrumentos.
    - Además se recomienda definir un eje específico de discapacidad como un esfuerzo positivo para la equiparación de sus oportunidades.

- Que los servicios en el Área asuman su parte en el proceso de la rehabilitación[38] y la vida independiente de las mujeres con discapacidad. Esto se logra al gestionar los recursos para brindar servicios de rehabilitación, orientados hacia el empoderamiento y la participación de las mujeres con discapacidad, la autonomía, vida independiente y la igualdad de oportunidades.
    - Estos servicios deben partir de las necesidades y determinantes de la calidad de vida de las mujeres con discapacidad en el área. Podrían consistir en mayor cantidad de ATAP´s capacitados(as) para tal fin, servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social y psicología. Además, debe complementarse con servicios

[38] Se refiere a la rehabilitación en el sentido amplio e integral como definida en el marco teórico y en el apéndice 1

de orientación dirigidos a las familias que integran a mujeres con discapacidad.

- Se recomienda Iniciar gestiones para garantizar la accesibilidad física a los servicios de salud, y realizar las adaptaciones requeridas, no solo para mujeres con discapacidad física sino para toda la población.

- Con el conocimiento de la magnitud del problema de violencia y las acciones que deben desarrollarse para la atención del mismo, es fundamental la gestión para la obtención de mayor recurso humano en la disciplina psicosocial, ante la carencia del mismo en el Área de Salud.

2.3.2 LOS EBAIS (Equipo Básico de Atención Integral en Salud)

- Se recomienda utilizar una estrategia de detección activa de situaciones de violencia para la población de mujeres con discapacidad; Incluyendo por ejemplo tomar más tiempo en las visitas y dirigir las preguntas oportunas de forma directa, tomando en cuenta siempre las discriminaciones que ellas enfrentan y que puedan ser obstáculos para la revelación de su situación.

- Es fundamental el reconocimiento de que las mujeres con discapacidad brinden aportes importantes para el desarrollo del sector salud. Por consiguiente, es necesario incluir dentro del listado de actores sociales a las mujeres con discapacidad de los diferentes sectores. De esta forma se estimula que las propias mujeres con discapacidad hagan uso de la palabra y sean impulsadores de los cambios necesarios para superar la doble discriminación.
  - En este mismo sentido se recomienda incluir a las mujeres con discapacidad de una forma activa en las acciones que se desarrollan en los EBAIS dirigidas a la prevención y promoción de la salud vinculadas con el tema de violencia intrafamiliar.

- La información y los servicios de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles para las mujeres con discapacidad. Además se recomienda incluir

las perspectivas de género, derechos y discapacidad en las charlas que se realizan alrededor de este tema en salud.

2.3.3 TRABAJO SOCIAL

La recomendación fundamental es: Hacer visible el problema de la violencia intrafamiliar hacia las mujeres con discapacidad mediante acciones de información y sensibilización.

- En vista de la falta de respuesta a la violencia intrafamiliar, se recomienda que el Área de Salud asuma un papel de liderato en la Red Interinstitucional de Violencia. Lo anterior tanto, para incidir positivamente en la capacidad de respuesta, como para exigir, de forma interdisciplinaria, la equidad regional en el servicio a la violencia intrafamiliar. Se recomienda también vincular la participación del CNREE en la comisión para asegurar la inclusión de la necesidades de las mujeres con discapacidad y la capacitación en este tema.

- Estimular en coordinación con el ente rector (CNREE), la acción y participación social de las mujeres con diferentes discapacidades. (Incluye el fomento de grupos o organizaciones de mujeres con discapacidad como impulsadores de cambio. Incluye también la elaboración participativa de un Modelo de (auto)formación enfocada en el conocimiento y la exigencia de sus derechos. Y la realización de talleres de diagnóstico de necesidades de mujeres con discapacidad).

- Propiciar la información en los servicios, mediante folletos y carteles, sobre la atención que se brinda a la problemática de la violencia intrafamiliar, el enfoque de derechos, el enfoque de género y el servicio accesible a las personas con discapacidad.

- Asumir un papel de liderato en el fomento de la capacitación y sensibilización en los temas de discapacidad, derechos humanos, calidad

del servicio y violencia intrafamiliar de lo(a)s compañero(a)s en el Área de Salud.

- Se recomienda que los diferentes EBAIS en el Área de Salud cuenten con los servicios psicosociales en las mismas instalaciones; por lo menos de forma regular y en días definidos.

2.3.4 SERVICIO DE LOS(AS) ATAP´S (Asistentes Técnicos de Atención Primaria)

El área de salud debe incorporar a las mujeres con discapacidad y construir en conjunto con éstas, las soluciones y alternativas sobre las adaptaciones y ayudas técnicas que se requieren para mejorar la seguridad en el hogar y la calidad de vida.

- Lo(a)s ATAP´s con previa capacitación y contando con los instrumentos necesarios, pueden asumir un papel primordial en esta función, porque son las personas que llegan a las casas para conocer y atender las necesidades de las afectadas y potenciar sus capacidades, autonomía y liderazgo. Además, tienen su papel en sensibilizar a la sociedad en general para deconstruir estereotipos sociales de carácter excluyente.
- Se recomienda la inclusión de las visitas prioritarias a las viviendas de mujeres con discapacidad.
- Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la violencia intrafamiliar en las que se incorporen las personas con discapacidad del sector.
- Incluir a las personas con discapacidad en los balances sectoriales.

2.3.5 PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

Aunque las mujeres no la definen directamente como tal, su situación descrita y su motivación dada para la participación al grupo focal, reflejan la necesidad de información sobre sus derechos a la igualdad como mujeres y como personas con discapacidad. Es indispensable conocer los derechos específicos para poder

aprender el fenómeno complejo de la discriminación contra la cual se tiene que defender y empoderar para protagonizar un cambio social.

- Se recomienda la inclusión de mujeres con discapacidad en grupos organizados de mujeres en temas de derechos y violencia.
- Además se recomienda reunir a mujeres con discapacidad y capacidad de líderes, para empezar un proceso de reflexión acerca de las discriminaciones y barreras por condición de género y su influencia sobre las mismas por condición de discapacidad.
- La organización, así como el trabajo en redes, pueden contribuir a este empoderamiento contra las discriminaciones y a la participación social en iguales condiciones.
- Es esencial la participación de mujeres lideres con discapacidad en los Comités de Salud de la consejería para coadyuvar en lograr unos servicios de atención en salud con equidad para todos(as).

MAESTRÍA EN ESTUDIO DE LA VIOLENCIA SOCIAL Y FAMILIAR

- Se recomienda la inclusión de la perspectiva de la discapacidad y de otros grupos discriminados en el plan de estudios.

  Lo anterior encaminado a lograr un accionar de las instituciones y organizaciones sociales con una más fuerte y vivencial adhesión a la perspectiva de los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Agenda Política de Mujeres. *Informe Sombra. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*, Costa Rica, 2003)

- Alvares-Gayou Jurgenson, Juan Luis. *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología.* Paidós Educador, Mexico, 2004

- Arroyo Vargas, Roxana. *La violencia contra la mujer como producto de una violencia estructural de género*. SEP, UNED, 2003

- Arroyo Vargas, Roxana. *Conceptos básicos de derechos Humanos y aportes feministas*. En: Módulo de derechos de las jóvenes, ILANUD, San José, Costa Rica, s.f.

- Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (I.E.S.) *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad.* Proyecto METIS, Iniciativa Daphne de la Unión Europea, Versión en procesador de textos, España, 1997 -1998 http://www.Arrakis.es/asoc.ies/

- Banco Mundial. Empoderamiento. Poverty Net, s.f. www.worldbank.org/poverty/spanish/empowerment/index.htm

- Barbieri, Teresita de. Sobre la Categoría Género. Una Introducción teórico-metodológica. En: Isis Internacional, Santiago, Chile. 1992

- Barrantes, Rodrigo. Investigación. Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo. EUNED, San José, Costa Rica, 2002

- Batres Mendez, Gioconda. *Las mujeres centroamericanas y la psiquiatría*. En: Medicina legal de Costa Rica, Marzo 2001, vol.17, no.2, p.21-26. ISSN 1409-0015. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100006&lng=en&nrm=iso>

- Baura Ortega, José Carlos. *Dossier mujeres con discapacidad, una doble discriminación; Líneas de actuación del IMSERSO, expectativas de futuro*. En: Minusval, Marzo-Abril 2004 / Año XXX, p. 17-19

- Blanco, S.; Holst, B. *Compendio de normas internacionales y nacionales vigentes en materia de discapacidad*; Compendio, CNREE, San José, Costa Rica, 2002

- Breilh, Jaime. Methodological Innovation, Intercultural Knowledge Building and Empowerment: The Case of Participatory Research In an Agro

Industrial Region. Presentation in the Global Forum for Health Research, [1] Forum 8, Session Environment: II, Mexico City, November 2004

- Brenes, Gloriela; Cxampos, Norman; Pérez, Nielsen; Valenciano, Ilsie. *Violencia doméstica y discapacidad en la mujer. Memoria del seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en trabajo social*. Universidad de Costa Rica, 1996

- Brioso, Larisa y Rodríguez B, Mercedes. *Todos y todas tenemos derecho a florecer: El abuso sexual en la niñez con discapacidad.* Save the Children Suecia, El Salvador, setiembre del 2002

- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *#10801. Atención a las personas con discapacidad física, mental y sensorial.* CCSS, Costa Rica, s.f.

- Caja Costarricense de Seguro Social (CSSS – SUGESS) *Clasificación de indicadores de calidad utilizados en SUGESS.* CCSS- SUGESS, Costa Rica, s.f.
  http://www.ccss.sa.cr/sugess/siindic.htm

- Carcedo, Ana. Femicidio en Costa Rica 1990-1999. INAMU, Colección Teórica #1. San José, Costa Rica, 2002

- Carrión Torres, Rebeca y Falconi Rosadio, Eduardo (director) *Gestión participativa – Manual para profesionales de salud*. Ministerio de salud – Dirección Regional de Salud Loreto; Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt" Universidad Peruana Cayetano Heredia, Iquitos, Perú, 1997
  http://www.media.payson.tulane.edu:8086/spanish/aps/aps03s/begin.htm

- CEPAR, OPS, *Salud, educación y reforma (Memorias del Seminario Taller Funciones Esenciales de la Salud Pública: Retos para el Desarrollo de los Recursos Humanos Frente a la Reforma Sectorial*) / Rubén Páez, ed., Edmundo Granda, ed., Quito, 1999

- CERMI. Comité Español de Representantes de Minusválidos.
  - *La invisibilidad de la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad.* Murcia, junio 2001
  - *Necesidades y demandas de las mujeres con discapacidad en España.*
  - *Conclusiones del Seminario: "Mujer con discapacidad: múltiples dimensiones.* Madrid, 11 de noviembre de 2002
  - Cermi.es. Revista electrónica. marzo 2004

  http//www.cermi.es (página consultada: 16 de abril del 2004)

- CG-Raad. *Regie in eigen handen*, CG-Raad, Holanda, s.f.
  http//www.cg-raad.nl/relaties/regieineigenhand.html

- Chaverri, Mayra; González, Sonia; Monge, Marielos y Soto, Tatiana. "*Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar*". Instituto Nacional de las Mujeres y Despacho de la Primera Dama de la República. Costa Rica. 1997.

- Claramunt, María Cecilia. *Casitas Quebradas: El problema de la violencia intrafamiliar en Costa Rica.* UNED, San José, Costa Rica, 1997 (Octava reimpresión, 2003)

- Claramunt, María Cecilia; Vega, Mariela. *Situación de los Servicios Médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Informe subregional: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.* Serie Género y Salud Pública 14, OMS/OPS, Unidad Género y Salud © 2001, San José, Costa Rica, diciembre 2003

- CMF, Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. (Actualmente: INAMU) *Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI): Plan Operativo 1996 – 1998*. CMF, San José, Costa Rica, 1997

- CNREE, Consejo Nacional de rehabilitación y Educación Especial. *Manual del programa de capacitación a facilitadores(as) para la promoción de servicios accesibles*. CNREE, Costa Rica, 2004

- Colomer R, Concha. "*Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública.* En: mujereshoy.com, 2003
  http//www.mujereshoy.com/secciones/1253.shtml

- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). *Políticas Nacionales en Discapacidad*. CNREE, San José, 2000

- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) - Departamento de Información y Registro. *Estadísticos Nacionales sobre discapacidad, basado en la información del Censo Año 2000, fuente: INEC.*
  Información electrónica, recibido del CNREE, abril, 2004

- Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) - Comisión Interna de Violencia Inrafamiliar. *Funciones de la Comisión Interna de Violencia Intrafamiliar y de lo(a)s funcionario(a)s del CNREE en las redes nacionales de la violencia intrafamiliar.*
  Información interna CNREE, recibida del CNREE, abril, 2004.

- Comisión de Equidad y Género. *Conclusiones del VIII Foro de Mujeres con Discapacidad.* Comisión Equidad de Género, México, 2003
  http//www.senado.gob.mx/comisiones/directorio/equidad/cuerpo/reuniones/conclusiones_foro_discapacidad.html

- CROWN. *Fact Sheet 8 – Abuse of Persons with Disabilities.* CROWN, Nova Scotia, Canada, 2002
  http//www.gov.ns.ca/coms/files/fact8.asp

- DAFHNE Programme. *Violence means death of the soul - Situaciones de Violencia*. Informative kit spanish, Dafhne Progamme, DPI - UEC 2000 – 2003
  http//www.dpi.it/donne/kit2sp.htm y http//www.asoc-ies.org/docs/infokit_spanish.pdf

- Devine, Holly and Briggs, Carol. *Domestic Violence and Disabled Women.* NewYork City Voices,New York, 2001
  www.newyorkcityvoices.org/jun01g.html

- *www.disabilityworld.org* vol. 5 OCT-DEC 2000; vol. 11 NOV/DIC 2001

- Discapnet. *La invisibilidad de la violencia ejercida contra las mujeres con discapacidad* – discapnet 2002 Murcia, España
  www.

- Eberwine, Donna. *Pandemia de la Violencia.* En: Perspectivas de Salud, volumen 8, número 3, artículo 1, OPS, 2003

- Ellsberg, Mary, coordinadora. *Confites en el infierno: Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua.* Red de Mujeres Contra la Violencia / UNAN-León, 2da edición, 1998

- Ellsberg, Mary, PhD y Clavel, Carmen, MPH.– *Final Report, Review of PAHO¨s proyect: Towards an integrated model of care for family violence in Central America.* Pan-American Health Organization, December, 2001

- Estado de Nación_Carcedo, Ana. *Violencia contra las mujeres en Costa Rica. Aportes para la discusión sobre un Sistema de Vigilancia y Protección de Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia*. Ponencia del Noveno Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación, Costa Rica, 2002

- Facio, Alda. "*Globalización y feminismo*". Febrero 2003
  www.whrnet.org/docs/perspectiva-facio-0302.html revisada: 18-5-2004

- Facio, Alda. "*Con los lentes de género se ve otro derecho*" Ponencia # 34 en la Conferencia Centroamérica y del Caribe: Reducción de la pobreza, gobernabilidad democrática y equidad de género. Managua, Nicaragua, 2002

- Facio, Alda. *Hacia otra teoría crítica del derecho. En*: Módulo de la CEDAW, ILANUD, Costa Rica, 1998

- Facio, Alda. *La Carta Magna de todas las Mujeres. En*: Módulo de la CEDAW, ILANUD, Costa Rica, 1998-2

- Facio, Alda. ¿Equidad o Igualdad?. En: Manual de Derechos Humanos de las Mujeres, Jóvenes y la CEDAW, ILANUD, Costa Rica, s.f.

- Facio, Alda. *Cuando el género suena cambios trae - Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal.* ILANUD 1a. ed. San José, Costa Rica. 1992

- Ferreira, Nancy. *Viviendo en Voz Alta: Construyendo el poder en niñas adolescentes con discapacidades*. En: Disability World, revista electrónica, Volumen No 8 Mayo – Junio 2001
  http:://www.disabilityworld.org/03-04_01/spanish/mujeres/viviendo.shtml

- FIPM (Federación Internacional de Planificación de la Familia) "Creando un protocolo de servicio de Detección y Atención en Violencia Basada en Género. En: ¡Basta! 2001
  http//www.ippfwhr.org/publications/serial_article_s.asp?SerialIssuesID=3&ArticleID=18

- García, Ana Isabel; Gomáriz, Enrique; Hidalgo; Ana Lorena; Ramellini Teresita; Barahona, Manuel. *Sistemas públicos contra la violencia intrafamiliar en América Latina: un estudio regional comparado*. Fundación Género y Sociedad (GESO), San José, Costa Rica, 2000

- Garcia, José M y Cristóbal, Virginia. *Dossier mujeres con discapacidad, una doble discriminación: La perspectiva de género en el II plan de acción de personas con discapacidad 2003-2007.* En: Minusval, Marzo-Abril 2004 / Año XXX, p. 20-22

- Gómez, Elsa. *Equidad, género, y reforma de las políticas de salud en* América Latina y el Caribe, PAHO, Washington, 2000

- Grosman, Mesterman y Adamo. *Violencia en familia*. Editorial Universidad. Buenos Aires, 1989

- Hernández Ramírez, José Luis. *Filosofía y Derecho #1* México 2003.

- Iglesias, Rita. *Ponencia General, Foro Mujer y Discapacidad*. Segundo Congreso Ibero-Latinoamericano sobre educación especial, Córdoba, España, febrero 2000

- Iglesias, Rita; Gil, Gema; Joneken, Anneli.; Mickler, Bärbel; Knudsen, Jaén. *Violencia y la mujer con discapacidad. Proyecto METIS*, iniciativa DAPHNE de la Unión Europea, 1998

- IMSERSO. Dossier: *Mujeres con discapacidad, una doble discriminación*. Revista Minusval marzo-abril 2004 /año XXX; paginas: 17-36. España, 2004

- INAMU. *Indicadores en violencia*. San José, Costa Rica, 2004 http://www.inamu.go.cr/Indicadores/Violencia.html#femi

- Independent Living Institute. *Global Perspectives on independent living for de next millennium* An International Summit Conference on Independent Living. ILI Washington 1999

- INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística, Marco Teórico-Metodológico.* Inegi, Mexico, 2001 www.inegi.gob.mx

- Jans, Lita y Stoddard, Susan. *Chartbook on Women and Disability in the United States*. *Section /: Research Gaps and Topics for Further Investigation.* An InfoUse Report. Washington, DC: U.S. National Institute on Disability and Rehabilitation Research, 1999 http://www.infouse.com/disabilitydata/

- Jiménez, Rodrigo*: Las víctimas invisibles de la violencia intrafamiliar – la población con discapacidad.* Documento interno, CNREE, San José, Costa Rica, 2002

- Jiménez, Rodrigo, Manual: "*Conocer y prevenir la violencia intrafamiliar contra las personas con discapacidad*, CNREE, San José, Costa Rica, 2003

- Harding, Sandra. *Del problema de la mujer en la ciencia al problema de la ciencia en el feminismo.* Tomado del libro: Ciencia y Feminismo, Ediciones Morata, s.f.

- La Rosa Huertas, Liliana. Descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer. Equidad de género y reforma del sector salud. OPS, Washington, s.f.

- LEY 6968, *Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer. (CEDAW).* Publicada en "La Gaceta", San José Costa Rica, 11 de enero 1985

- LEY 7499, *Aprobación de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "Convención BELEM DO PARA"*. Publicada en "La Gaceta", San José Costa Rica, 28 de junio 1995

- LEY 7486, Ley Contra la Violencia Doméstica. Asamblea Legislativa, San José, Costa Rica, 1996

- LEY 7600, *Ley de Igualdad de Oportunidades y su reglamento*. Asamblea Legislativa de Costa Rica, julio 1998

- LEY 7948, Aprobación de la Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad, Asamblea Legislativa de Costa Rica, 1999

- Lagarde, Marcela. Identidad de Género y Derechos Humanos. La construcción de las humanas. En: Modulo Caminando hacia la igualdad real. ILANUD, Costa Rica, s.f.

- Lagarde, Marcela. *Género y feminismo: Desarrollo Humano y Democracia.* EN: Cuadernos inacabados. Editorial Horas, Número 25, 2. edición. Madrid, 1997

- Lagarde, Marcela, Identidad de Género. Curso ofrecido en el Centro Juvenil "Olof Palme". Managua, Nicaragua, 1992

- Lagarde, Marcela. *Democracia Genérica*. REPEM, México, 1991

- Lamas, Marta. *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género*. en: La Ventana, revista de estudios de género, Nº 1, Universidad de Guadalajara, Mexico,1995.

- Lodoño V. Argelia. *Hacia la recuperación del asombro: La violencia contra la mujer asunto de salud pública.* En: Memoria del Primer Seminario Violencia contra la Mujer, un problema de Salud Pública. OPS, Mujer Salud y Desarrollo, Managua, Nicaragua, 1992

- Marín, Gloria. *Ética de la justicia, ética del cuidado. 1993* www.nodo.50.org/doneselx/ética.htm consultada: 22-7-2004

- Martín Baró, Ignacio. *Acción e Ideología, psicología social desde Centroamérica. UCA Editores*, El Salvador, San Salvador, Ed.1988

- Mideplan. *Plan Nacional de Desarrollo 2002 – 2006, Costa Rica*. Mideplan, San José, Costa Rica http://www.mideplan.go.cr/PND-2002-2006/cre-des-cap-hum/Discapacidad/Retos-discapacidad.htm

- Millet, Kate. *Política Sexual*. Ediciones Cátedra, S.A., Madrid, España, 1995

- Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar.* Ministerio de Salud / CCSS, Costa Rica, 2000

- Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). *Protocolo de vigilancia de la Violencia Intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar.* Ministerio de Salud / CCSS, Costa Rica, 2002

- Ministerio de Salud. *Violencia intrafamiliar: un problema de salud pública*. En Boletín Epidemiológico, Sistema Nacional de Vigilancia en la salud – Costa Rica 2002. vol. 2 No. 7 del 10 al 15 de febrero del 2002, San José, Costa Rica.
  http// www.netsalud.sa.cr

- Mora, Marcela; Vargas, Roxana. *Violencia Intrafamiliar contra personas con discapacidad atendidas en el Programa Servicios de Convivencia Familiar del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. 1 semestre 2003.* Tesis para optar por el título de Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Libre de Costa Rica. San José, Costa Rica, Marzo 2004

- Nigenda Gustavo, Langer, Ana. *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública: Situación Actual y Perspectivas*. Healthnet, Harvard. S.f. http//www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/Spanish/course/sesion2/metodo.htm

- Nosek, Margaret, PhD, Howland, Carol, MPH Abuse and Women with disabilities. En: Violence against women Online Resources – Applied Research Forum – National Electronic Network on Violence Against Women (VAW), february 1998
  http://www.vaw.umn.edu/documents/vawnet/disab/disab.html

- Nosek, Margaret, Ph.D, Rintala, Diana, PhD, et.al. *Estudio Nacional sobre Mujeres con Discapacidades Físicas – Reporte Especial.* CROWD, Center for Research on Women with Disabilities, Houston, Texas, 1999

- Oka,Yukiko. *Self-reliance in Interdependent Communities: Independent living of disabled persons in the Asia Pacific region.* Post Congress Seminar on Social Rehabilitation, Rehabilitation International, Japan,1988

- OMS, Organización Mundial de Salud, Asamblea Mundial de Salud #58. *Discapacidad, incluidos la prevención el tratamiento y la rehabilitación*. Informe de la Secretaría, Washington,14 de abril, 2005

- OMS, Organización Mundial de Salud, Páginas de Alma-Ata 25 años, Washington,D.C.,2004
  http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaración.htm

- OMS, Organización Mundial de Salud, Centro de Prensa. *Acción mundial para redoblar la respuesta a la violencia. La Asamblea Mundial de la Salud se compromete a encarar sus repercusiones en la salud pública.* Ginebra, 28 de mayo de 2003

- OMS / OPS, Organización Mundial de Salud / Organización Panamericana de Salud. CIF: Clasificación Internacional del

Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. OMS. Edición: IMSERSO, Madrid, España, 2001

- OPS, Proyecto ELAC 31. *Equidad en Salud en Centroamérica, Protocolo de un estudio comparativo entre países del Istmo, utilizando fuentes secundarias*. Coordinación de Investigaciones División de Salud y Desarrollo Humano, OPS, Washington, Junio, 2000
- OPS, Organización Panamericana de Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* OPS para la OMS, Washington, DC, 2002

- OPS, Organización Panamericana de Salud. *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud.* Marijke Velzeboer, Mary Ellsberg, Carmen Clavel Arcas, Claudia García Moreno, Publicación Ocasional No.12, OPS/OMS Washington DC, 2003

- OPS, Organización Panamericana de Salud. *Violencia, un problema de salud pública que ya es pandemia. OPS, Washington D.C. 16 de enero 2004*

- Peces-Barba Martínez. *Curso de Derechos Fundamentales, Teoría General. Segunda Parte*. Universidad Carlos III. Madrid, 1995

- Pelaéz Ana. *Texto de intervención en la comparecencia ante la comisión de trabajo y asuntos sociales del congreso de los diputados con referencia al proyecto de ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género*. CERMI, Madrid 2004

- Pineda B, Canales F, Alvarado E. "*Metodología de la investigación, Unidades IV, V, VI.2, VI.3.*

- PNUD, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto Regional RLA/97/014. *Informes Nacionales sobre la Situación de la Violencia de Género Contra las Mujeres - Informe Nacional Costa Rica* junio 1999

- Rädda Barnen, Save the Children Swedish. *Cuestión de contexto Social... El abuso sexual de niños/as con discapacidades.* Art. No 97-1093

- Ramiro, Collar Pilar. *Mujer y Discapacidad: Doble discriminación*. Madrid, s.f.
  http://www.ararteko.net/webs/carios/pilar-ramiro.htm

- República de Costa Rica. *Política Nacional en Salud 2002 – 2006.* San José, Costa Rica, Marzo 2003
  http//www.netsalud.sa.cr/poli0206/política.pdf

- República de Costa Rica. *Agenda Sanitaria concertada: Los diez compromisos del sector 2002 – 2006.* San José, Costa Rica, Marzo 2003

- Roses, Mirta. *Desigualdades Ocultas*. Le Monde Diplomatique, Edición Cono Sur, Buenos Aires, Argentina, 2003 http://www.iigov.org/etica/4/4_04.pdf

- Rovere, Mario. Dr. *Redes en Salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario*: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario, Argentina, 1999

- Rubin, Gayle. *El trafico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Indagaciones acerca de los significados sexuales. PUEG, México 1986 (Original publicado en inglés en 1975)

- Sagot, Montserrat. *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: Estudio de casos en diez países.* OPS/OMS, Programa Mujer Salud y Desarrollo, 2000. http://www.paho.org/spanish/HDP/HDW/rutacritica.htm

- Sojo, Ana. *Mujer y Política*. DEI, San José, Costa Rica, 1985

- Torruellas, José. *El derecho a la salud*. Consalud, Educación médica continua online, Fundación en VIH/SIDA, Puerto Rica, s.f. www.salud.consalud.com/sida/fundación_sida/n_historia.asp?newsid=4421

- Verschuren, Piet and Doorewaard, Hans. *Designing a Research Project* Uitgeverij Lemma B.V. Utrecht, The Netherlands, 1999

- WHO. "*Violence against women*". Fact Sheet No 239 WHO June 2000.

- Zeisler, Marianne. *Doble discriminación contra las mujeres con discapacidad en países ricos y pobres.* Revista electrónica, bi-mensual, sobre noticias y opiniones internacionales relacionadas al tema de la discapacidad Disability World, Volumen No. 14 Junio-Agosto 2002 Marianne.zeisler@nhf.no

APÉNDICE 1

GLOSARIO DE CONCEPTOS

Accesibilidad significa que las distintas esferas que conforman el entorno deben encontrarse a disposición de todas las personas, incluyendo las que presentan discapacidad. Asimismo, por entorno se debe entender todas aquellas esferas de la participación social que rodean al individuo, entre las cuales resaltan el espacio físico, los servicios, las actividades, la información, la documentación así como las actitudes. (CNREE, 2004)

Actitudes: las consecuencias observables de las costumbres, prácticas, ideologías, valores, normas, creencias reales y creencias religiosas. Estas actitudes influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales y las asociaciones comunitarias hasta las estructuras políticas, económicas y legales. (Se considera que los valores y las creencias son la fuerza impulsadora que está detrás de las actitudes) (OMS-OPS, 2001)

Calidad en salud: Es la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención integral que solucione satisfactoriamente las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y evitando riesgos. (MinSalud, 2003)

Determinantes de la salud: aquellos factores socioeconómicos y culturales que están en la base de la capacidad de las personas y grupos sociales de desarrollar su salud, como nivel de ingreso, condiciones de trabajo, calidad de la vivienda, medio ambiente, y elementos culturales como etnia, género y orientación sexual, entre otros.

Dignidad:
Esta visión ética de cada persona como sujeto de derecho (indiferente de lo que sea su sexo, raza, edad, (dis)capacidad, posición social, opción sexual, creencia, etc.) es la base del reconocimiento y la garantía de la humanidad.

Discapacidad:
Una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico social." (Ley 7948)

O, según la definición que recién se está construyendo en el ámbito de la política social de Costa Rica:

El resultado de un contexto que no ofrece los apoyos y servicios, accesibles, oportunos y efectivos a una persona con deficiencia, quién se ve limitada en la realización de sus actividades y restringida en su participación en situaciones esenciales de la vida. (CNREE, 2004)

Discriminación:
Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (CEDAW: artículo 1) (LEY 6968, 1985.)

Equidad:
Para la OMS, equidad significa que las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, sean quienes guíen la distribución de oportunidades para su bienestar. Lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares aceptables para cada sociedad, con principios de justicia e imparcialidad (OMS, 1996).

Equidad en salud:
Es la justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso, información, conocimientos, recursos, bienes y servicios, para promover, mejorar y mantener su salud individual y colectiva, dando más a quien más necesita. En este sentido busca disminuir las diferencias en salud - *y en los servicios de salud*-, que son innecesarias, evitables, incorrectas e injustas**.** (MinSalud, 2003)

Para Margaret Whitehead, “la equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que aquello pueda evitarse”. En términos operacionales significa: reducir al mínimo posible los factores diferenciales de salud y de acceso a los servicios de salud (Whitehead, 1992, citado en OPS, Proyecto ELAC, 2000).
El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética, según Whitehead. Esto se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero, además se consideran injustas. Sin embargo, es importante tener presente que la noción de lo que es justo es diferente en cada sociedad. Cada sociedad debe llegar a un nivel de consenso suficiente acerca de lo que significa equidad en cada una de ellas, de modo que se puedan tomar acciones efectivas que reduzcan las inequidades.
Whitehead apunta que equidad no significa que todas las personas tengan el mismo nivel de salud y consuman la misma cantidad de servicios y recursos sino que se deben considerar las necesidades de cada uno. Por otro lado, para describir una situación como no equitativa o injusta la causa debe ser examinada y juzgada en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. (OPS, Proyecto ELAC, 2000)

Equiparación de oportunidades: "proceso de ajuste del entorno, los servicios, las actividades, la información, la documentación, así como las actitudes a las necesidades de las personas, en particular de las que enfrentan alguna discapacidad." (Ley 7600, 1998)

Ética
La ética es el conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad. La ética en salud se orienta al respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, al logro del bienestar humano y la justicia social. (MinSalud, 2003)

Género
A diferencia de "sexo", termino generalmente usado para designar la diferenciación biológica entre hombre y mujer, el concepto de "género" hace referencia a las construcciones sociales que delimitan y articulan en relaciones de poder, los ámbitos culturalmente definidos como "femeninos" y "masculinos". Género constituye el significado social y político que adquiere en el tiempo y en el espacio, la diferencia biológica de sexo.

Igualdad de oportunidades:
"Principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias." (Ley 7600, 1998)

Inclusión social
Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidades a las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de genero, etnia o ideología. Una persona o grupo social incluido significa que esta integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, social y cultural. (MinSalud, 2003)

Participación social
Es el ejercicio pleno de la ciudadanía, que permite el derecho a participar en forma consciente, co-responsable, activa e informada a todos los actores sociales, en la identificación, análisis y priorización de necesidades de salud, la formulación de planes y programas, así como en las decisiones relacionadas con su ejecución, evaluación y rendición de cuentas, para garantizar su calidad, eficiencia y efectividad. (MinSalud, 2003)

Plena participación de las personas con discapacidad: Las personas con discapacidad deben intervenir directamente en el diseño y evaluación de las políticas, programas y servicios que inciden en su calidad de vida. (CNREE, 2004)

Prestadores de servicios
Las personas que ofrecen o tienen a su cargo brindar servicios para las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en el sector gubernamental y no gubernamental en las localidades que abarca el estudio. Pueden ser personas afiliadas a instituciones de los sectores jurídico-legal, policial, salud, educación y

comunitario. También se considera como prestadores a aquellas personas que cumplen una función social en la comunidad y que desde la perspectiva de las mujeres afectadas forman parte de las respuestas sociales encontradas al ayudarles a romper con el patrón de secreto en que se vive la relación violenta. (Sagot, 2000:141)

Primer Nivel de Atención en Salud
El Primer Nivel de Atención en Salud o la Atención Primaria representa el primer nivel de contacto entre las personas, los núcleos familiares, la comunidad y el sistema de salud. En Costa Rica los Áreas de Salud (EBAIS, Clínicas) forman el Primer Nivel de Atención en Salud

Problema en salud
Un problema es la brecha entre la realidad o un aspecto de la realidad observada y un valor de cómo ***debe ser*** esa realidad para un determinado observador, sea este individual o colectivo (Rovere,1999)

Rehabilitación
La Rehabilitación se concibe como un derecho y una propuesta de atención integral en salud que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, fortaleciendo la prestación de servicios participativos, integrales e intersectoriales, protegiendo los derechos humanos, promoviendo la equiparación de oportunidades, la autonomía y la vida independiente.

Esta concepción interdisciplinaria de la rehabilitación es de carácter participativo y por ende la ubicación principal debe estar en el primer nivel de atención en salud.
(Concepto construido por las autoras, 2005)

Ruta Crítica
Es la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una mujer afectada para enfrentar la situación de violencia que enfrenta(ba) y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda. La ruta crítica es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores relacionados con las afectadas y las acciones emprendidas por éstas, así como por las respuestas de los prestatarios de servicios que, a su vez, vuelven a afectar los factores impulsores de las afectadas. El inicio de la ruta crítica se puede considerar como el “romper el silencio” asociado con la situación de violencia. Es decir, las mujeres inician su ruta crítica cuando deciden divulgar su situación de violencia a una persona o personas fuera de su ámbito familiar o cotidiano inmediato, como un primer intento de mejorar su situación. La ruta crítica rara vez es un proceso lineal; más bien, describe la secuencia de los posibles múltiples itinerarios de búsqueda de ayuda seguidos a lo largo de una o varias relaciones violentas. (Sagot, 2000:142)

Salud

Salud y enfermedad son fenómenos individuales y colectivos, productos de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico. La salud entonces no es un fenómeno que está determinado solo por los aspectos biológicos, sino que está estrechamente ligada a los modos de vida humana y es considerada como calidad de vida.

Salud para Todos(as)

Es una visión poderosa, basada en la justicia social para que cada persona alcance una vida social y económicamente productiva. ***La atención primaria en salud (APS)*** es la forma de organización de los sistemas de salud para garantizar el logro de la meta de acuerdo con las condiciones políticas, socioeconómicas y de salud propias de cada país". (OMS, 2004)

Solidaridad en Salud

Principio por el cual se asegura la protección de la salud para toda la población mediante un modelo de financiamiento compartido que permita el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos. (MinSalud, 2003)

Universalidad

Es la responsabilidad del Estado de garantizar bajo un enfoque de derecho el acceso al sistema de salud con calidad a toda la población, sin límites geográficos, sociales, económicos y culturales. (MinSalud, 2003)

Violencia contra la mujer: cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico[39] a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

La violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y
c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra. (LEY 7499, 1995)

[39] Esta definición es la de la Convención de Belem do Para, sin embargo en este estudio se hace uso de todo el el ámbito legislativo de Costa Rica donde se reconocen también la violencia patrimonial, institucional y la violencia simbólica que se ejerce a través del uso de la imagen y las representaciones femininas. (Estado de la Nación, Carcedo, 2002)

Se afirma que

- la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades;
- la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres;
- la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases;
- la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida. (LEY 7499, 1995)

Violencia Intrafamiliar[40]: Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un(a) pariente* (= relación por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico, biológico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o cúratela) y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo originó. (LEY 7586, 1996)

La violencia intrafamiliar incluye una diversa gama de tipos de abuso que se pueden ubicar en un continuo de severidad, con el femicidio (homicidio de la mujer o suicidio provocado por una situación violenta intolerable) como la manifestación más extrema de este continuo de violencia. (Sagot, 2000:140)

Formas[41]

Violencia física*: Acción u omisión que arriesga o daña la integridad corporal de una persona.

Violencia psicológica*: Acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Violencia sexual*: Acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales

[40] Se utiliza el término **"violencia intrafamiliar"** y no el término **"violencia doméstica"**, ya que éste último hace referencia al espacio físico donde ocurre el acontecimiento violento. Por otra parte, **violencia intrafamiliar** hace referencia al ámbito relacional en que se construye la violencia más allá del espacio físico donde ocurre.

[41] Cabe resaltar que, en la realidad, estas formas de violencia no se producen comúnmente de forma aislada o separada, sino que forman parte del continuo que se mencionaba arriba. (Sagot, 2000)

mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

Violencia patrimonial*: Acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de alguna de las personas mencionadas en el inciso a) anterior.

* Las definiciones no serán restrictivas (LEY 7586, 1996)

Violencia pasiva
Se refiere a aquellos actos que por negación o por omisión tienen como resultado la generación de un daño físico o psicológico. Dos de sus categorías más importantes son: 1. *El abandono físico*, por ejemplo: negligencia en la alimentación; abandono en la atención personal; abandono en la higiene; falta de supervisión. 2. *El abandono emocional*, por ejemplo: ignorar su existencia; no valorar su opinión; avergonzarse de su existencia.

Violencia activa
En el centro de la violencia activa está el ejercicio del abuso sobre la víctima, por ejemplo: abuso físico, emocional, sexual, económico o patrimonial. (Iglesias y.o. 1998:12-14)

Violencia institucional este termino se utiliza para indicar que la violencia contra la mujer también incluye "la que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurre" (LEY 7499, 1995)
Además se vincula desde la ética de los Derechos Humanos con la exigencia de la responsabilidad de las instituciones y con la solidaridad.

Lo *inmoral* no es sólo hacer algo que perjudique a la otra persona, sino también la falta de respuesta. La responsabilidad y solidaridad forman un deber ético, que se deriva de la interconneción de las personas. "*Entre el modelo de la justicia como reciprocidad, del contrato, y el cuidado como don voluntario, como caridad, está la responsabilidad, la solidaridad*". (Gloría Marín, 1993)

APÉNDICE 2

LISTA DE ABREVIACIONES

ATAPS	Asistencia Técnica de Atención Primaria en Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNREE	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (ente rector en materia de discapacidad)
Belem do Para	La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer – OEA –1994
CEDAW	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacía la mujer – ONU – 1981
CIF	Nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (OMS, 2001)
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral de la Salud
INAMU	Instituto Nacional para el Avance de las Mujeres (antes **CMF**: Centro de Mujer y Familia)
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MS (o MinSalud)	Ministerio de Salud
OEA	Organización de Estados Americanos
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OMS (WHO)	Organización Mundial de Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS (PAHO)	Organización Panamericana de Salud
PLANOVI	Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

APÉNDICE 3

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

EN EL ESTUDIO:

LAS MANIFESTACIONES DE LA DOBLE VULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Insumo para mejorar la prestación de los servicios en el primer nivel de atención en salud a la violencia intrafamiliar

GUÍA GRUPO FOCAL

Día 1 (9.00 – 12.00)

8.30 – 9.00

- Recibir a las participantes
- Cada participante se coloca su gafete con nombre y llena la hoja de datos sociodemográficos (*Brindar el apoyo requerido*).

INTRODUCCIÓN (9.00 – 10.00)

Objetivo: *Fomentar un ambiente de solidaridad, confianza y empatía en el grupo al igual que claridad en los alcances*

1. **Bienvenido (9.00 – 9.05)**
2. **¿Quiénes somos? (9.05 – 9.35)**

- Actividad rompehielos: ¿Quiénes somos?
  Se realiza una actividad de presentación en parejas. A cada pareja se les asigna un día y se les indica que tienen 5 minutos para presentarse entre ellas y además comentar cuáles actividades son sus favoritos y/o cotidianos en el día que se les asignó. Luego sigue el plenario en que cada persona presenta a su pareja.
- Se resume y se sigue al próximo tema

3. Objetivos, reglas y organización (9.35 – 9.55)

a) Se informa sobre el horario y programa de la actividad, las instalaciones y los servicios disponibles. (*Tenerlo por escrito también a la disposición de cada participante*)
b) Se aclaran el objetivo y la importancia de la presencia de las participantes en la dinámica del grupo focal. El grupo es para las investigadoras un equipo de trabajo (*Se coloca el objetivo por escrito)*
c) Se aclaran los criterios utilizados para escoger a las participantes. Estos forman la base en común de la participación de cada persona en el grupo. (*Tenerlo por escrito*)

d) Se pregunta por otras expectativas de las personas participantes. Y se deja en claro los alcances de la actividad
e) Se indica la necesidad de establecer las líneas generales de la dinámica grupal sobre todo la confidencialidad, privacidad y el tipo de conversación que se requiere. Se indica lo permitido (pedir y hacer uso de la palabra, guardar silencio, aclarar dudas) y lo no-permitido (criticar, interrumpir, burlarse) Se solicita a las participantes que expresen cuales normas más sienten necesarias. (*Se agrega al papelógrafo que ya tienen las lineas pre-establecidad*) Al finalizar se da lectura a las reglas establecidas e indica que estas serán respetadas durante todo el proceso.
f) Se informa sobre la observación (escrita), la grabación de la actividad y la utilización de la información obtenida (respeto de la privacidad; fines únicamente para cumplir los objetivos de la investigación)

Observaciones

La dinámica de presentación es útil no solamente para lograr que los y las participantes se presenten y conozcan mejor entre sí. Es una buena introducción para hacer énfasis en y conocer la individualidad de cada persona. Y para destacar que “todas somos igualmente diferentes”

Las líneas de trabajo establecidas por el grupo son fundamentales para el desarrollo de las condiciones grupales óptimas destacando el compromiso de cada persona con la actividad y con las demás participantes

CONVERSACIÓN CLAVE (9.55 – 11.55)

Tema A. **DEFINIENDO QUIENES SOMOS: LO QUE HACEMOS; LO QUE QUEREMOS; NUESTROS PROBLEMAS; (9.55 – 10.30)**

Objetivos: *-Conocer la situación cotidiana (familiar/social), de las mujeres con discapacidad*
-Conocer los factores de *riesgo a sufrir discriminación y violencia intrafamiliar por la doble vulnerabilidad.*

1.►¿Qué significa para usted el ser mujer? ¿Cualidades? (*Lluvia de ideas en papelografo*)

2.►¿Cómo le afecta en su vida y en su salud, el tener una discapacidad? ¿Cómo se relaciona con ser mujer? (*brindar previa el concepto de salud verbal y por escrito; solicitar opinión de cada persona, escribir en papelógrafo)*

3.►¿Qué quiere usted lograr en su vida? En su hogar, comunidad ¿Cómo piensa lograrlo? ¿Necesita ayuda? ¿de quién?; obstáculos más grandes; cómo vencerlos; etc.

4.► ¿Toma usted sus propias decisiones dentro de su familia? ¿Decidan otras personas también sobre su vida? ¿Cómo? ¿Está usted de acuerdo con esta situación?

REFRIGERIO 10.30 – 11.00

11.00

5.►¿ Podrían ustedes comentar sobre los problemas en su vida familiar/comunal, que les cuestan compartir con otras?

¿Cuáles son, cómo son provocados, por cuáles caminos hay que solucionarlos, es factible la solución, cuáles son los apoyos que se requiere?

Tema B: **DEFINIENDO QUÉ ES VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL RIESGO QUE SIGNIFICA SER MUJER Y TENER UNA DISCAPACIDAD**

(11.20 – 11.50)

En este segundo tema y para finalizar el día de hoy vamos hablar sobre un tema que afecta a muchas mujeres en todo el mundo, la violencia hacía las mujeres. Según enseñan los datos de investigaciones, casi no hay una mujer en el mundo que no haya sufrido violencia, el tipo de violencia sobre el cual vamos hablar es la que se da en el interior de nuestras familias.

6. ► Cuando pienso en la violencia intrafamiliar, pienso en: .....

Lluvia de pensamientos que se escribe de una vez en papelógrafo.

▒ Los tipos de violencia intrafamiliar que se distinguen en la Ley y en las instituciones que tienen función en la atención a la violencia intrafamiliar

- parte informativa, tenerlo por escrito y decirlo

7.►¿Consideran que estos tipos de violencia les afectan a mujeres con discapacidad? ¿Cómo? ¿Porqué?

8.►¿Qué son otros tipos de violencia intrafamiliar, tal vez menos documentados?

9.► ¿Quiénes son responsables de realizar actos de violencia contra ustedes en la familia?

CIERRE DEL PRIMER DÍA (11.50 – 12.00)

GUÍA GRUPO FOCAL

Día 2 (8.30 – 12.00)

(Fue aplicado en entrevistas individuales a profundidad)

Tema C CONSEQUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

8.30 – 10.00

Se retome los tipos de violencia intrafamiliar y la definición

10.► Si a veces se ha sentido: con furia / enojo, frustrada, triste, con miedo, insegura, dominada, sin poder o fuerza, tratada como si no fuera persona. Pensando otra vez en estas situaciones .....

¿Son éstas situaciones de abuso o violencia intrafamiliar?

¿Qué han hecho al respecto?

▓ *Recordamos que se entiende por el concepto salud*

11.►¿Cuál fue el efecto de estas situaciones en su salud?

12.► ¿Cómo reaccionan las personas que están a su alrededor (familiares, amigos, vecinos, funcionarios(as) públicos y otras)

13.► ¿En cuáles personas confían para contar sus experiencias de violencia, miedos, necesidades? ¿Por qué?

REFRIGERIO 10.00 – 10.30

Tema D LA DEMANDA HACIA LOS SERVICIOS EN SALUD
(10.30 – 11.45)

14.►¿Cuándo han pasado por alguna situación de violencia, han buscado ayuda en instituciones? ¿Qué tipo de apoyo han obtenido?

15.►¿Cuáles son las ayudas que se necesitan en su situación?
(Conocimientos, acceso a servicios, actitudes, oportunidades, fuerza, poder, dinero)

16.►¿ Qué mejoraría su protección y seguridad?

La detección y atención de su situación de violencia es importante e primordial para mejorar su protección y para reparar los daños en su salud. Sin embargo como ya se explicó se trata de que ninguna persona sufra violencia o malos tratos por su condición de mujer o de discapacidad

17.►¿Qué se requiere para prevenir estas situaciones de violencia intrafamiliar que afectan sus vidas?
En general y para su situación en específica (uso de papelografo)

18.► Cuál es su experiencia con la atención a su situación de violencia en el centro de salud y/o por los ATAP¨

- ¿Cómo fue la atención, cómo le pareció?
- Estímulos que recibió para mejorar su situación
- Obstáculos para ser atendidas;
- Actitudes de las personas que le dieron los servicios;

19.► Recomendaciones para que mejor atienden su situación y necesidades

CIERRE DEL TALLER (11.45 – 12.00)

Evaluación y Agradecimiento

GUÍA DE PREGUNTAS
ENTREVISTAS CUALITATIVAS, SEMI-ESTRUCTURADAS
A: FUNCIONARIOS(AS) DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ÁREA DE SALUD DE PUERTO VIEJO DE SARAPIQUI

- La investigadora da las gracias por el tiempo y la información suministrada.
- La investigadora hace referencia a los objetivos de la investigación y del cuestionario aplicado tal y como están establecidos en el protocolo de investigación.
- La investigadora brinda la garantía de confidencialidad y el uso de la información obtenida, exclusivamente con fines investigativos

TEMA A

VISIÓN DE SALUD – VISIÓN DE VIOLENCIA - FUNCIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN AMBAS TEMAS

1.¿Cuanto tiempo de experiencia tiene usted laborando en el primer nivel de atención en salud?

2.¿Qué función ocupa?

3.¿ Que significa para usted la salud?

4.¿En su función cómo contribuye a garantizar la salud de las personas?

5.¿Cómo se relaciona su función con el problema de la violencia intrafamiliar que afecta a las personas?

TEMA B

EXPERIENCIA Y CAPACITACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

6.¿Cuánto tiempo de experiencia (años, meses) tiene en trabajar en programas de atención a la violencia intrafamiliar?

7.¿Describa sus fortalezas y debilidades para trabajar con las personas afectas por la violencia intrafamiliar?

8.¿Describe la capacitación en violencia intrafamiliar y en el tema de la discapacidad, que ha recibido?

9.¿Que elementos de la capacitación son importantes para usted, qué fue lo nuevo, lo aprendido?

Tema C

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

10.¿ Cómo se manifiesta la violencia intrafamiliar?

11. ¿Cuales cree usted que son las personas más afectadas por la violencia?

12 ¿Cuáles necesidades cree usted que genera la violencia intrafamiliar en las personas afectadas?

13 ¿Cómo atiende usted estas necesidades

Tema D

MUJERES CON DISCAPACIDAD FÍSICA – VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

14. ¿Cree usted que las mujeres con discapacidad física son afectadas por la violencia intrafamiliar?

15. ¿Que tipo(s) de violencia intrafamiliar piensa usted que les afecta a las mujeres con discapacidad física?

16. ¿Cuáles necesidades en salud puede generar esta violencia?

Tema E

RESPUESTA EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

17. ¿Ha atendido usted alguna mujer con discapacidad física afectada por la violencia?

18. ¿Por qué piensa usted que mujeres con discapacidad física, afectadas por la violencia acuden o no-acudan a los servicios de salud?

19. ¿A cuales necesidades de las mujeres con discapacidad física afectadas por la violencia pueden responder los servicios de salud?

20. ¿Cómo puede su centro de salud atender a las mujeres con discapacidad física afectadas por la violencia?

- *¿Cuáles condiciones de acceso en su Centro de Salud cree usted que son favorables?*
- *¿Qué actitudes y tratos favorables se dan en su centro de salud para la atención de esta población?*

21. ¿Que acciones o procedimientos impartan en su centro de salud para atender específicamente las necesidades de las mujeres con discapacidad física afectadas por la violencia intrafamiliar?

22. ¿Cuáles acciones concretas de prevención de la violencia intrafamiliar para personas con discapacidad física ha impartido usted, sus colegas?

23. ¿Explique si se requieren mejoras, o no, para que usted y su centro de salud pueden brindar servicios de calidad en la atención y prevención de la Violencia Doméstica?

24. ¿Explique si se requieren mejoras, o no, en la atención a personas con discapacidad física en general y en la prevención y atención a la violencia doméstica que les afecta?

GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

1 Utilización del enfoque de derechos humanos y de género. NO-aceptación de la violencia y discriminación.

2 Reconocimiento de la violencia como problemática que afecta el bienestar físico mental y social de las personas (afecta la calidad de vida)

3 Toma en cuenta la forma diferencial en que la violencia intrafamiliar afecta a las personas

4 Reconocimiento de la atención primaria como fundamental en la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar

5 Prioridad brindada a la problemática de la violencia intrafamiliar múltiples causas y consecuencias; capacitación; trabajo multisectorial; actividades concretas)

6 Promueve la participación de la comunidad en la prevención de la violencia intrafamiliar

7 Reconoce a las mujeres con discapacidad física como grupo vulnerable y la importancia de trabajar con las mujeres con discapacidad para conocer sus necesidades de salud ante la vulnerabilidad a la violencia intrafamiliar

8 Implementa prestación de servicios para las mujeres con discapacidad afectadas por la violencia intrafamiliar

9 Promueve realizar acciones de equiparación de oportunidades como punto clave para la igualdad