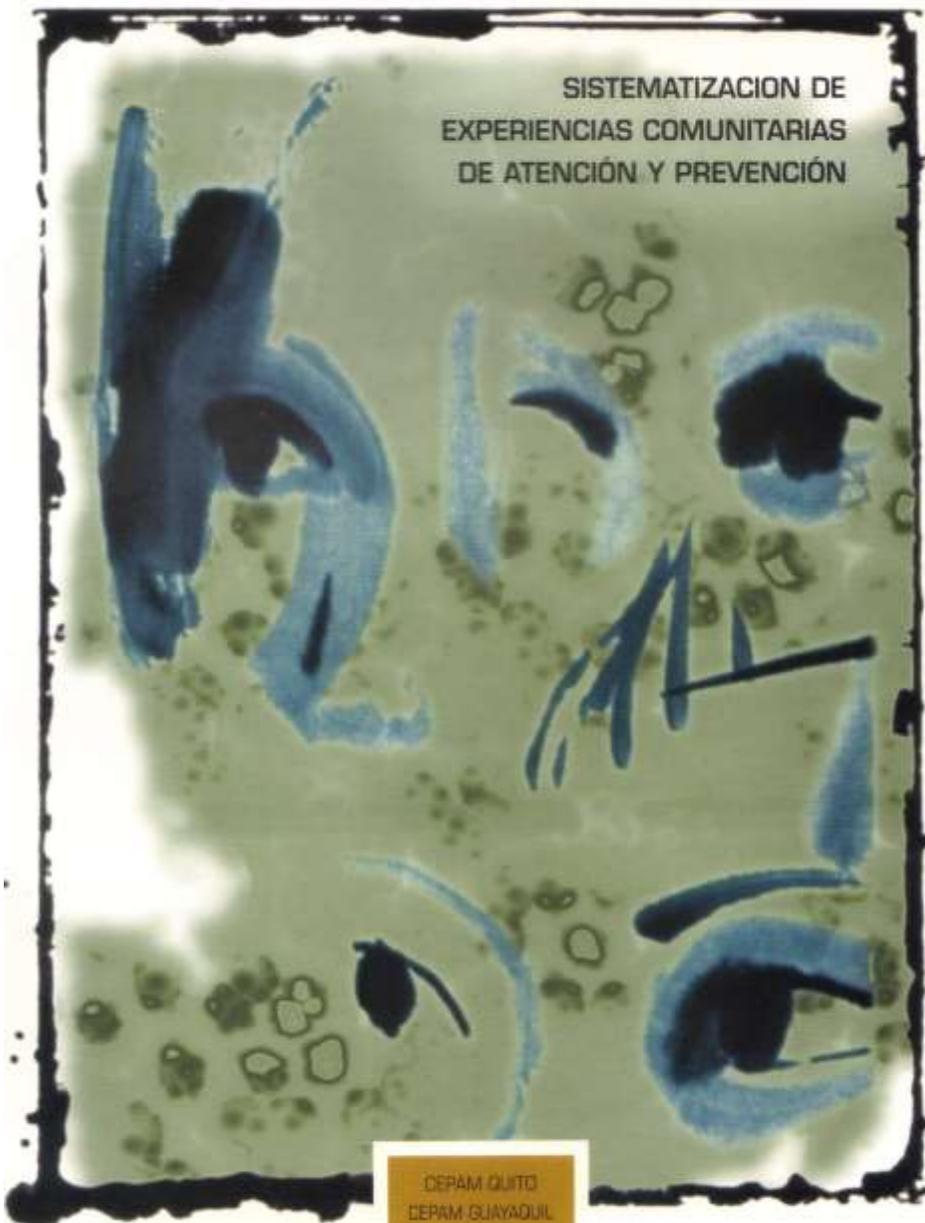


VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

SISTEMATIZACION DE
EXPERIENCIAS COMUNITARIAS
DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN



CEPAM QUITO
CEPAM GUAYAQUIL
SENDAS

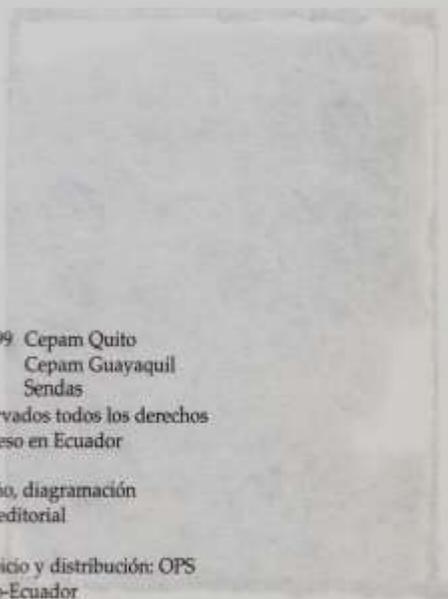
CENTRO ECUATORIANO PARA LA PROMOCION Y ACCION DE LA MUJER - CEPAM
SERVICIOS PARA UN DESARROLLO ALTERNATIVO DEL SUR - SENDAS

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS DE
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
EN EL ECUADOR



SISTEMATIZACION

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS DE
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
EN EL ECUADOR



© 1999 / Cepam Quito
Cepam Guayaquil
Sendas
Reservados todos los derechos
impreso en Ecuador
Diseño, diagramación
AH/editorial
Auspicio y distribución: OPS
Quito-Ecuador
Derechos del autor
SBN: En trámite

UN SOLO PROYECTO Y TRES EXPERIENCIAS DIFERENTES

**TODOS Y TODAS
POR UNA VIDA SIN VIOLENCIA**

CENTRO ECUATORIANO DE PROMOCION Y ACCION DE LA MUJER, CEPAM GUAYAQUIL

**MANOS AMIGAS PARA ATENDER Y
PREVENIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

CENTRO ECUATORIANO PARA LA PROMOCIÓN Y ACCIÓN DE LA MUJER, CEPAM QUITO

**LA ACCION COLECTIVA,
UNA ALTERNATIVA VALIDA PARA
ENFRENTAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS**

SERVICIOS PARA UN DESARROLLO ALTERNATIVO DEL SUR, SENDAS

PRESENTACION	5
TODOS Y TODAS POR UNA VIDA SIN VIOLENCIA - CEPAM GUAYAQUIL	7
INTRODUCCION	9
PRIMERA PARTE: LA EXPERIENCIA	11
1. El Guasmo Norte	11
2. Los actores sociales	14
3. La propuesta de intervención	22
4. El desarrollo de la experiencia	23
- Conociendo el proyecto	23
- Sensibilización y un mayor involucramiento	25
- Todos y todas somos parte de la red	34
SEGUNDA PARTE: CONCLUSIONES	40
- Análisis e interpretación de la experiencia	40
- Conclusiones y recomendaciones	45
BIBLIOGRAFIA	47
MANOS AMIGAS PARA ATENDER Y PREVENIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR - CEPAM QUITO	49
INTRODUCCION	51
PRIMERA PARTE	53
- Contexto	53
- Los actores de la experiencia	54
- La hipótesis de acción	56
SEGUNDA PARTE: LAS ETAPAS DEL PROCESO	59
- Primera etapa: Investigar pero con compromiso	59
- Segunda etapa: Una obra de teatro para sensibilizar	61
- Tercera etapa: La Red Manos Amigas funciona	63
TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	67
- Aprendizajes	67
- Lecciones prácticas y conclusiones teóricas	72
BIBLIOGRAFIA	74

LA ACCION COLECTIVA, UNA ALTERNATIVA VALIDA PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS - SENDAS	75
INTRODUCCION	77
CAPITULO 1: CONTEXTO GEOGRAFICO, SOCIO - ECONOMICO Y CULTURAL	78
- Aspectos geográficos	78
- Aspectos demográficos y sociales	78
CAPITULO 2: ¿QUIÉNES FUERON LOS ACTORES?	81
- Población directa	81
- Población indirecta	82
- El equipo	83
- Las instituciones	83
- Rol de los actores	85
- Relación entre el equipo y la población	87
CAPITULO 3: LO QUE PRETENDIAMOS HACER	88
- Sigsig, uno de los cantones más postergados del país	88
- Objetivos de cambio	88
- Estrategias planteadas	89
- Resultados alcanzados	89
- Las piedras que encontramos en el camino	90
- Metodología y técnicas aplicadas	91
CAPITULO 4: DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA	93
- El punto de partida	93
- Primer período: Nuestros primeros pasos por el camino colectivo	94
- Segundo período: La red cobró peso	102
CAPITULO 5: ANALISIS E INTERPRETACION DEL PROCESO	106
- El involucramiento de hombres y mujeres en la prevención y atención de la VIF	106
- Actitudes y práctica de los actores sociales	106
- Sustentabilidad de la propuesta colectiva	107
CAPITULO 6: HEMOS APRENDIDO QUE...	108
BIBLIOGRAFIA	110

PRESENTACION

En 1993, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos estableció que la violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos que debe merecer atención prioritaria de los países. Ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud, definió la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública y la incorporó en sus líneas de cooperación técnica para la región con el fin de establecer respuestas concertadas de los Estados y las sociedades civiles que permitan prevenir y atender el problema.

En concordancia con esta resolución, la OPS ejecutó desde 1994 en la subregión centroamericana y desde 1995, proyectos orientados a construir capacidad nacional para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública. En Ecuador, esta iniciativa se plasmó en la implementación del proyecto La violencia contra las mujeres y las niñas, una propuesta para establecer intervenciones coordinadas de la comunidad en tres países andinos, que contó con el apoyo de la cooperación holandesa y de la propia organización sanitaria panamericana.

El proyecto se ejecutó en 3 localidades, dos de ellas en áreas urbano marginales de grandes ciudades y una en zona rural: el barrio de El Carmen en Quito, el Guasmo Norte en Guayaquil y el cantón Sigsig en el Azuay, respectivamente. Las Ongs contrapartes fueron SENDAS y CEPAM, organizaciones con amplia experiencia en la atención a la violencia de género y de trabajo con el sector salud en la incorporación del enfoque de género en la calidad de atención de los servicios.

Como resultados generales se pueden señalar la visibilización de la violencia intrafamiliar, la voluntad política a nivel del Ministerio de Salud Pública y otras entidades estatales en definir acciones para abordar el problema, la validación de un modelo comunitario de atención, la articulación de procesos Estado - sociedad civil para dar respuestas integrales a la VIF, la formulación de una normas e indicadores de calidad de atención en el sector salud, la elaboración y validación de módulos de capacitación para los distintos prestatarios/as. En fin, se avanzó en la construcción de respuesta social y de los servicios de salud para prevenir el problema y brindar atención adecuada a las víctimas.

Uno de los resultados más destacados del proyecto fue la constitución de tres redes comunitarias para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. En cada caso, Cepam Quito, Cepam Guayaquil y Sendas desarrollaron estrategias efectivas que lograron la participación de todos los actores locales relevantes en espacios de coordinación, desde donde se han planificado y ejecutado acciones dirigidas a sensibilizar a la comunidad y a cualificar las respuestas sectoriales y de espacios organizados a la problemática.

El presente cuaderno de trabajo recoge la sistematización de estas experiencias, en su diversidad y también en sus elementos comunes. Se trata de tres modelos exitosos de atención y prevención del problema que pueden ser replicados. Por ello, OPS considera fundamental apoyar la difusión de estos procesos en la perspectiva de promover la construcción de respuestas similares en otras localidades del país, donde la comunidad en su conjunto – y en este concepto de comunidad se incluye a las instituciones del Estado presentes en cada localidad – sea la responsable de identificar acciones para prevenir y atender la violencia intrafamiliar, implementarlas y evaluar sus resultados.

Doctor Elmer Escobar

Representante en Ecuador

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

TODOS Y TODAS POR UNA VIDA SIN VIOLENCIA

CENTRO ECUATORIANO DE PROMOCION Y ACCION DE LA MUJER, CEPAM GUAYAQUIL

Sistematización de una experiencia de involucramiento de actores sociales en la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

EQUIPO DE SISTEMATIZACION:

T.S. Hanne Holst Molestina (Coordinadora)
T.S. Marjorie López
Psic. Patricia Reyes

ASESORIA DE LA SISTEMATIZACION:
Arq. Laura Luisa Cordero

EQUIPO EJECUTOR DEL PROYECTO:
T. S. Hanne Holst Molestina
T. S. Marjorie López
Psic. Patricia Reyes

APOYO A LA EJECUCION DEL PROYECTO:
Dra. Tatiana Ortiz
Ab. Mercy López

INTRODUCCIÓN

Este documento corresponde a la sistematización de la experiencia de involucramiento de actores sociales en la construcción de una propuesta sectorial y colectiva para prevenir y atender la violencia de género e intrafamiliar que se desarrolló en el Guasmo Norte, un sector urbano popular de la ciudad de Guayaquil, desde 1995 hasta 1998. Dicha experiencia local es una de las tres que, a partir del proyecto regional Violencia contra las mujeres y las niñas: Una propuesta para establecer intervenciones coordinadas comunitarias en tres países de la Subregión Andina, propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, se están realizando en el país.

La sistematización fue una resolución institucional que nos interesaba porque queríamos alcanzar mayor claridad respecto a la metodología que estábamos empleando; recuperar y valorar la participación de cada uno de los actores sociales en el proceso, incluyendo la nuestra; y transmitir la experiencia, entre otros objetivos. Por eso, conjuntamente con Cepam Quito, Sendas y OPS, en un taller de capacitación en sistematización adoptamos una metodología y nos planteamos la pregunta global que queríamos hacerle a la experiencia: ¿Cómo y por qué se involucraron los actores sociales en el proceso?

Siguiendo la metodología adoptada, en el momento de análisis del proceso, pudimos establecer que la experiencia había tenido tres periodos diferenciados:

- En el primero, que va desde noviembre de 1995 hasta septiembre de 1996, las entidades ejecutoras conocieron el proyecto elaborado por la OPS y lo presentaron a los principales actores sociales de las localidades donde se iba a desarrollar.

- El segundo período, desde septiembre de 1996 hasta junio de 1998, fue de sensibilización y un mayor involucramiento de los actores. En esta etapa, el eje central de la intervención fue la investigación cualitativa de la ruta crítica que siguen las mujeres que sufren violencia intrafamiliar, la que debía aportar para tener un conocimiento profundo sobre cuáles debían ser las estrategias adecuadas para lograr que los sectores educativo, salud, legal, comunitario y las mujeres impulsen la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Efectivamente la investigación marcó un cambio fundamental. El Cepam adquirió un mayor conocimiento acerca de la violencia de género e intrafamiliar, mientras que los otros actores se sensibilizaron más al respecto. Durante esta etapa se elaboran a nivel nacional normas para prevención de la violencia intrafamiliar.

- El tercer período de junio a diciembre de 1998, representa la etapa de concreción de la Red de Prevención y Atención de la violencia intrafamiliar del Guasmo Norte. El Cepam sigue siendo impulsor de esta experiencia pero los otros sectores sociales se sienten también actores y participan cada vez más en hacer propuestas e impulsar acciones para la solución de esa problemática. Además algunas personas, dentro de cada sector social, logran una mejor comprensión acerca de la violencia intrafamiliar y cómo atenderla. La coyuntura es favorable, pues el Ministerio respectivo declara que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública.

Creemos que los aprendizajes que hemos obtenido con la sistematización van a servir, en pri-

mer lugar, a los equipos del Cepam Guayaquil, pues nos permitirán asumirlos en la ejecución de este proyecto y en otros, para mejorar y potenciar nuestras prácticas, así como para continuar nuestra construcción teórica acerca de los temas que la experiencia nos ha propuesto para la reflexión. En segundo lugar esperamos aportar con esta sistematización al Proyecto Regional, a la OPS y a los sectores salud, educativo y comunitario, actores sociales en este proceso. Además queremos también compartirlos con las personas o instituciones interesadas en el tema de violencia de género e intrafamiliar.

Algunas de las principales lecciones que nos deja esta sistematización son:

- El registro de la violencia de género e intrafamiliar es importante porque visibiliza la existencia de ésta en la comunidad, porque sirve para diagnosticar, para referir y hacer seguimiento; para la denuncia, como testimonio y como prueba documental. Además, tener datos estadísticos y características o tipificación de la violencia permite demostrar a las autoridades y a los/as responsables de implementar políticas públicas la necesidad de su intervención.
- La realización de una investigación cualitativa como fue la investigación de la ruta cri-

tica que siguen las mujeres afectadas por violencia, es fundamental para conocer las representaciones sociales de los distintos actores sociales participantes en un proceso, si aspiramos lograr cambios en las concepciones, actitudes y prácticas de las personas. Además, pudimos comprobar que muchos de los actores iniciaron su proceso de involucramiento en la prevención y atención a la violencia intrafamiliar debido a la reflexión y cuestionamiento que se produjo en ellos al participar en la investigación.

Creemos que un proyecto del alcance propuesto por el proyecto regional de la OPS puede ser reproducido en otra localidad siempre y cuando exista en ella un proceso previo de intervención de la ONG o institución ejecutora y se integre al proceso de desarrollo local de dicha comunidad.

Hemos dividido el presente documento en dos partes. La primera contiene la descripción del lugar donde se realizó la experiencia, la caracterización y rol de los actores sociales que participaron en ella, la propuesta de intervención y la descripción del desarrollo del proceso. La segunda parte contiene el análisis de dicho proceso y los aprendizajes, conclusiones y recomendaciones que nos deja su sistematización.

PRIMERA PARTE

LA EXPERIENCIA

1. EL GUASMO NORTE

ASPECTOS Y SITUACIÓN GEOGRÁFICA

Guayaquil es la ciudad más poblada y el puerto marítimo más importante del Ecuador. Con más de dos millones de habitantes está ubicada en el Golfo del mismo nombre en la Costa del Pacífico. Las dos terceras partes de Guayaquil están conformadas por las llamadas "zonas marginales".

El Guasmo Norte es una de estas zonas que se asentó en terrenos pantanosos, con entradas del Estero Salado y a orillas del Río Guayas en 1975, al sur este de Guayaquil.

En la época del boom petrolero en el país y del surgimiento de un movimiento de organizaciones sociales que bajo la forma de cooperativas y promoooperativas de vivienda reivindicaban el derecho a la tierra para vivir. Una vez poseídas, su lucha se encaminaba a la obtención de agua para las calles y el terreno de sus casas, servicios básicos (luz, agua potable, escuelas, centros médicos, mercados, transporte, guarderías, parques, etc.)

En este proceso inicial los protagonistas visibilizados eran los dirigentes, generalmente hombres, de las cooperativas, es decir eran ellos los que convocaban y dirigían las asambleas, los que se enfrentaban o dialogaban con las autoridades municipales, con los dueños de terrenos o la policía. Las mujeres participaron en el pro-

ceso sobre todo defendiendo los terrenos, asistiendo a las asambleas, cocinando, conformando las delegaciones para conseguir los centros de salud, las escuelas, las guarderías.

Actualmente el Guasmo Norte está conformado por más de 30 barrios (cada barrio es una cooperativa de vivienda) de diverso tamaño.

Sus límites son: al norte la ciudadela La Pradera, la fábrica Kramel y las bodegas de Ecuavisa; al sur la avenida Las Esclusas; al este el Río Guayas y al oeste las cooperativas del Guasmo Central y la avenida 25 de Julio. Hay cierta diversidad entre las cooperativas. Hay cooperativas de más de 300 familias y otras de 20 familias. Hay también diversidad étnica, económica, espacial, en unas de ellas se concentran mayores niveles de pobreza, algunas están constituidas por población negra, otras no tienen ningún espacio verde.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y FAMILIARES

La población está constituida por aproximadamente 100.000 personas, 51,2% mujeres, 48,8% hombres. 33% menores de 12 años, 13% de 13 a 18 años, 43% de 19 a 45 y 11%, mayor de 45 años.¹ El número de hombres es ligeramente mayor en los grupos de edad de menores de 12 años y de 40 a 49 años.

La población es mestiza mayoritariamente y segunda generación de nacidos en la ciudad,

¹ Término sociológico convencionalmente utilizado para caracterizar a los barrios careños de servicios básicos, poblados por personas de estratos sociales económicos y originados, generalmente, a partir de un proceso de toma de tierras o "invasión", aunque el término utilizado por el Cepam es "zonas urbano populares".

² INEC, Censo de población y vivienda, 1990.

pues sus familias de origen son de las provincias de Guayas, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas. De esta última provincia proviene sobre todo la población negra, que según las proyecciones del Movimiento Afroecuatoriano, constituirá un 10% de la población del Guasmo.

Las familias están constituidas, en su mayoría, por padres y madres unidos en unión libre, sus hijos e hijas. La modalidad de unión libre representa el 51% frente al 49% de casadas.³ El promedio de hijos por familia es de tres.

En un 25% de los hogares, la jefa (que sostiene económica y emocionalmente a la familia) es la mujer, generalmente por estar separada de su pareja o haber enviudado.⁴

26,5% de las viviendas están habitadas por una familia ampliada es decir, dos o tres familias nacidas de un mismo tronco (abuelos, hijos/as con sus parejas e hijos/hijas) que comparten el espacio de las viviendas como un estrategia de supervivencia.⁵

En cuanto al trabajo remunerado, gran parte de los hombres adultos trabajan como albañiles, obreros, mecánicos, electricistas, y en el sector informal. Las mujeres trabajan mayoritariamente como empleadas domésticas, costureras, ventas en la casa o cercana a la casa.⁶

Los niños que trabajan lo hacen como vendedores o betuneros. Las niñas, en cambio, trabajan en las tareas domésticas en su casa o en otras.

El promedio de ingresos por familia es de un millón de sucres, lo cual no cubre una canasta básica, es decir la población mayoritaria del Guasmo Norte está considerada dentro del 80% de los pobres que hoy son los ecuatorianos y ecuatorianas. La mayoría de las familias tiene televisión o equipo de sonido. Muchas vivien-

das son propias, construidas de cemento y bloques. El 33% con un solo dormitorio, el 27% no tiene espacio independiente para cocina. 40% de los habitantes de esta zona viven en condiciones de hacinamiento, pues disponen de sólo uno o dos dormitorios.⁷

El Guasmo Norte tiene actualmente abastecimiento de agua potable por cañería, pero no todos los hogares cuentan con este servicio al interior de la vivienda. La presión del agua es escasa y no en todos los horarios, y la calidad de la misma no corresponde a la considerada potable.⁸

No hay servicio de alcantarillado; la mayoría de las calles no están pavimentadas por lo que hay mucho polvo en verano y lodo en invierno. El transporte público es el mismo utilizado por el resto de la ciudad y hay frecuencia de buses y busetas. Pocas familias tienen teléfono, incluso las unidades de salud no cuentan con este servicio.

Los servicios de salud del Ministerio de Salud en el Guasmo Norte son escasos. Hay un centro y tres subcentros de salud. En cambio hay 25 unidades privadas: nueve consultorios, una maternidad, una clínica, siete centros médicos, tres dispensarios y cuatro policlínicos.

Respecto a la infraestructura educativa, el Ministerio del ramo, tiene dos colegios (uno técnico y otro de humanidades), un centro educativo matriz con su red de 17 escuelas. Existen otros centros educativos privados, tanto a nivel primario como preescolar y secundario.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

Los roles asignados a hombres y mujeres y a los miembros de la familia son los tradicionales.

Las mujeres adultas y, en muchos casos, las niñas y jóvenes mujeres en ausencia de su madre, son las responsables del trabajo doméstico: crianza de los hijos/as, ayudarlos en sus tareas escolares, compra y preparación de alimentos, cuidar de los enfermos/as, acompañamiento de los otros miembros de la familia a los centros de salud, participación en los comités de padres/madres de familia de las escuelas y colegios, cuidado de los animales (pollos, cerdos).

Ser responsable de la crianza de los hijos significa darles afecto, procurar su bienestar, contribuir a que sus hijos e hijas "sean alguien en la vida", es decir, tengan acceso a una buena educación y trabajo. Las mujeres adultas en la búsqueda de mejores condiciones de vida para sus hijos participan como madres cuidadoras en los centros de cuidado diario, guarderías del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), o de la Organización Rescate Infantil (ORI), del Ministerio de Bienestar Social y como voluntarias de salud: primeros auxilios, orientaciones, programa de medición de peso y talla de los niños y otros, organizados o impulsados inicialmente por Plan Internacional.⁹

El rol principal de los hombres es el de ser proveedor de ingresos, la autoridad, el que decide en última instancia sobre la mayoría de situaciones y muchas veces a través de la fuerza, la violencia.

La existencia de 25% de mujeres jefas de hogar, señalado en párrafos anteriores, demuestra que las mujeres asumen casi siempre su responsabilidad de procurar el bienestar para sus hijos, no así los hombres.

Un indicador de las formas distintas como hombres y mujeres han sido culturalmente formados se da en la utilización de los parques, ya que son los hombres quienes mayoritariamente los usan y más aún cuando son canchas deportivas.

Según un estudio reciente¹⁰ realizado con la participación de los distintos actores sociales del Guasmo, en 1998 los principales problemas que afectan a esta población son: desempleo, subempleo, bajos ingresos, mala calidad de las viviendas, violencia hacia la mujer e intrafamiliar, violencia social (pandillas, delincuencia), limitados recursos económicos y humanos en los centros de salud, descoordinación en la recolección de basura, inadecuados espacios verdes, acumulación de la basura en terrenos, deserción escolar, falta de recursos humanos e infraestructura en el sector educativo, desnutrición infantil y en mujeres embarazadas y embarazos en adolescentes.

La mayoría de la población no se involucra conscientemente en acciones para lograr una comunidad saludable para vivir. Existe una cultura de no participación constante, sino en momentos de situaciones límites como legalización de tierras o desalojos. Pese a eso, hay una experiencia interesante de organización comunitaria que se ha sostenido durante los veinte años de formación del Guasmo, a través de los cuales han logrado lo que hasta aquí tiene el Guasmo Norte (escuelas, centros de salud, agua potable).

Actualmente, un nuevo proceso de participación social se está dando con el involucramiento de organizaciones comunitarias (hombres, mujeres, jóvenes, niños, niñas) organismos no gubernamentales, instituciones o representantes del gobierno local y nacional que, a través de la Red de prevención y atención de la violencia intrafamiliar y de la conformación de un comité de coordinación interinstitucional, impulsan acciones y elaboran propuestas consensuadas para la construcción de una comunidad saludable, entendiendo como tal "una comunidad en que todos y todas gocemos de bienestar físico, social y psicológico".¹¹

3 Encuesta Cepam 1998

4 CEPAM. Diagnóstico de Salud del Guasmo Norte. 1998

5. Ibid.

6 Encuesta Cepam 1994

7 CEPAM. Diagnóstico de Salud del Guasmo Norte. 1998

8. Ibid.

9 Organización no gubernamental y vinculada actualmente a algunas unidades de salud.

10 CEPAM. Plan local de salud del Guasmo Norte, por la construcción de una comunidad saludable. 1998

11. Ibid.

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA ZONA

Asumimos el concepto de violencia intrafamiliar, VIF, determinado por la Organización Panamericana de la Salud en el documento de Lori Heise "La violencia hacia la mujer: la carga oculta sobre la salud" y el concepto de violencia de género señalada por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre derechos humanos.

Consideramos por tanto, que la violencia de género es todo acto de agresión u omisión que ocasiona daños físicos, emocionales, psicológicos, sexuales, económicos, que impiden el desarrollo integral de las mujeres y se la ejerce por el solo hecho de ser mujer. Que tanto la violencia hacia la mujer como la violencia intrafamiliar son las expresiones de la existencia de una ideología patriarcal que ha desarrollado relaciones de dominio-sumisión entre hombres y mujeres, entre adultos y niños/as. Que la violencia hacia la mujer, los niños y las niñas ocurre en todos los ámbitos de la sociedad, afecta a la salud y al desarrollo integral de las personas y por lo tanto es un problema social, de salud pública y de violación de derechos humanos.

De acuerdo a la investigación de la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia², los hombres y mujeres adultos y jóvenes del Guasmo reconocen que existe violencia hacia la mujer por parte de su pareja, de sus padres o parientes.

En los últimos años, más mujeres que sufren violencia acuden a los centros de salud, a instituciones especializadas o a la Comisaría de la Mujer en búsqueda de solución a su problemática de violencia.

2. LOS ACTORES SOCIALES

Concebimos a los actores sociales como cada uno de los grupos sociales, organizaciones e instituciones que forman parte de una comunidad y una sociedad determinada y que se involucran o participan activamente en procesos de cambio social. El nivel o grado de involucramiento está determinado por su conciencia y voluntad de impulsar los cambios, por lo tanto dicho involucramiento puede ir variando a medida que adquieran nuevos o mayores conocimientos, motivación y herramientas para lograrlo.

Dentro del proyecto Violencia contra las mujeres y las niñas: Una propuesta para establecer intervenciones coordinadas comunitarias en tres países de la Subregión Andina, creemos que se debe considerar la participación de distintos actores sociales, en diferentes niveles de intervención.

Una primera clasificación es la de actores que no forman parte de la comunidad donde se desarrolla la experiencia, pero que tienen vinculación con el proyecto. Es el caso de la Organización Panamericana de la Salud, a nivel de Ecuador y regional, instancia responsable de la ejecución del proyecto y encargada de planificar acciones, dar seguimiento, y apoyo técnico evaluar, en coordinación con el Comité de gestión del proyecto y financiar los gastos programados; el Ministerio de Salud Pública, institución rectora de las políticas públicas en salud; la Comisaría de la Mujer y la Familia; el Movimiento de Mujeres; el Ministerio de Educación y Cultura, institución rectora de las políticas públicas en educación; y, el Instituto Nacional del Niño y la Familia.

Una segunda clasificación es el organismo ejecutor del proyecto, Cepam Guayaquil y el equipo ejecutor, cuyas integrantes somos parte de la institución. El Cepam es un organismo no gubernamental sin fines de lucro, reconocido mediante acuerdo ministerial No. 000698, el 1 de julio de 1993 por el Ministerio de Bienestar Social.

Los objetivos del Cepam Guayaquil son: Contribuir al desarrollo de una conciencia social que impulse una sociedad de bienestar, respeto y relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Apoyar las iniciativas de las mujeres, sobre todo urbano populares para el mejoramiento de la calidad de vida y la equidad entre los géneros, incidiendo en los espacios locales y nacionales para la ejecución de políticas públicas con enfoque de género. A través de la capacitación, asesoría y servicios se impulsa la recuperación de la autoestima de las mujeres, su formación, el fortalecimiento de sus organizaciones y la lucha por sus derechos.

Cepam Guayaquil se constituyó como tal en 1988, centrando su acción en la capacitación y apoyo a aproximadamente 10 organizaciones de mujeres. Empezaron a surgir ideas y reflexiones en torno a la necesidad de las mujeres urbano populares de tener un centro de salud para ellas, donde se respeten sus miedos, tiempos, se recojan saberes, se las trate con respeto y sin violencia, donde la problemática de violencia intrafamiliar que había empezado a aflorar sea considerada. Esto pudo concretarse a través de la creación del Centro de Salud de Atención Integral para la Mujer en el Guasmo Norte, en un convenio con el MSP y la comunidad, en 1991.

Actualmente el Cepam Guayaquil aborda la problemática de violencia de género e intrafamiliar desde el servicio legal, el servicio psicológico, la capacitación, el impulso del enfoque de género en las unidades de salud del Área 2, desde el impulso del desarrollo local con enfoque de género en el Guasmo norte, y desde el impul-

so de propuestas para lograr políticas de prevención y atención de la violencia de género.

Siendo el abordaje de la violencia de género un eje que cruza toda nuestra intervención, se consideró necesario conformar un equipo ejecutor del proyecto, integrado por personas que estaban trabajando en la institución. A partir de la investigación cualitativa, este equipo quedó integrado por: una trabajadora social y directora de la institución, una psicóloga con experiencia en atención psicológica a mujeres violentadas y una trabajadora social con experiencia en organización. Además una abogada (directora del servicio legal) y una médica (coordinadora del área de salud) trabajaron en acciones concretas de capacitación y de socialización de experiencias.

Algunas de las características de las integrantes del equipo ejecutor son: madres, casadas, una divorciada, integrantes del Cepam desde hace más de cuatro años.

El equipo ejecutor estableció una relación directa con las mujeres afectadas por la violencia, así como con hombres y mujeres adultos/as, jóvenes hombres y mujeres, con mujeres dirigentas y voluntarias de salud, con niños y niñas a través de diferentes actividades. También con los distintos prestatarios/as de los servicios de salud y educativos, legal. Dicha relación fue de cordialidad, empatía, confianza y respeto.

Una tercera clasificación: los actores sociales que viven y/o trabajan en la comunidad del Guasmo Norte. Entre estos debemos incluir a aquellos actores que por la índole del proyecto tienen un rol protagónico, o son actores claves en el desarrollo de la experiencia.

La determinación de actores claves consideró las personas o instituciones donde conocemos que acuden las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar en búsqueda de apoyo, los que en la investigación de la ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia fueron designa-

² CEPAM. Recopilación de productos elaborados por el equipo de Cepam Guayaquil. Informe de la investigación de la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar. 1997.

dos como los y las prestatarias, y aquellos actores que por su rol pueden potenciar cambios en concepciones y prácticas que generan relaciones de inequidad y de violencia.

Estos actores sociales claves para intervenir e impulsar alternativas coordinadas comunitarias para abordar la violencia intrafamiliar en el caso concreto del Guasmo Norte fueron:

SECTOR SALUD

Este sector está constituido por el personal de las cuatro unidades de salud que conforman el Área 2 del Ministerio de Salud Pública, MSP. Son unidades que brindan atención primaria en un centro de salud que es el que más personal tiene y es la jefatura de área, y tres subcentros de salud. De estos tres subcentros uno funciona en cogestión a través de un convenio entre comunidad, Cepam y MSP y los otros dos en casas comunales con infraestructura muy deficiente. Debemos aclarar que en este sector no incluimos a los usuarios y las usuarias de las unidades de salud, pues los hemos ubicado como parte de la comunidad. En cambio sí incluimos los centros de salud privados, APROSAG y Corazón de María, que participaron en algunos talleres y grupos focales.

Este sector lo integran 33 personas, la mayoría mujeres. Son médicos/as, obstétricas, enfermeras, trabajadoras sociales, tecnólogos médicos, inspectores sanitarios, odontólogas, auxiliares de enfermería, de estadísticas, de botica, conserje y personal administrativo. La mayoría son mayores de 35 años de edad, mestizos, con pareja e hijos. Los que se desempeñan como personal comunitario, auxiliares de enfermería, conserjes, guardianes, viven en la zona. Algunos de ellos han participado en la lucha por los centros de salud, sienten que contribuyen con su trabajo al desarrollo de la comunidad, conocen muy bien cuáles son los problemas, dónde viven y cómo viven los habitantes del barrio.

Sus ingresos provienen del cobro mínimo por los servicios prestados, la llamada autogestión.

El resto del personal vive en otros barrios populares y medios de Guayaquín. Sus ingresos provienen del Ministerio de Salud Pública, están sujetos al presupuesto y escalafón de dicha institución y reciben sus sueldos con retraso en muchas ocasiones. Hay dos médicas que forman parte del equipo del Convenio Cepam-Comunidad- MSP y que, al ser del Cepam, son remuneradas por dicha institución, siendo sus sueldos mayores que los del resto y recibidos puntualmente.

También consideramos como parte del sector salud al personal del Hospital Materno Infantil, más conocido como Maternidad del Guasmo que, aunque no está en el Guasmo Norte sino en el Sur es el hospital de referencia, es decir, donde son remitidas las y los usuarias/os para ser atendidas/os en los casos de especialidad que no cubren los centros y subcentros y a donde, por ser hospital- maternidad, acuden las personas en los momentos que lo necesitan. La Maternidad del Guasmo es la Jefatura del Área de Salud No. 1 que está integrada además por nueve centros y subcentros de salud.

Aparte del personal mencionado como integrante del Área 2, el personal de la maternidad se caracteriza por las especialidades, por atención de emergencia, cirugía, servicios de laboratorio, rayos X, etc.

En general, el personal de salud ha experimentado violencia intrafamiliar sea como vivencia personal o a través del ejercicio profesional, ya que la mayoría de las/os usuarias/os son mujeres, niñas y niños. Aunque muchas veces no reconocen sufrir violencia o ser violentadores, en los talleres realizados algunas mujeres manifestaron que personalmente han sido víctimas de violencia y unos pocos hombres aceptaron que deben cambiar para construir relaciones de respeto con su pareja.

Desde su ejercicio profesional, reconocen que muchas mujeres usuarias de los servicios sufren violencia física, psicológica o sexual de parte de su pareja y que las mujeres no acuden donde ellos en búsqueda de la solución a sus problemas de violencia, pero sí para curar los golpes o enfermedades derivados de esta situación. Muchas veces culpabilizan a las mujeres por la situación. Cuando perciben una situación de violencia, la derivan a la trabajadora social en su propia área de salud, a la psicóloga o al personal especializado del Hospital Materno Infantil o del Cepam.

Algunas médicas, sobre todo aquellas que han sido capacitadas y sensibilizadas, diagnostican la violencia intrafamiliar a través de los signos y síntomas que observan en la usuaria. Tienen un actitud de escucha, no juzgamiento, orientación e información.

Hay mucho temor en el personal de salud de involucrarse en la problemática y persiste la concepción de que es un problema privado y legal. No todos conocen que la violencia es un problema de salud pública, que existen normas de atención y que es responsabilidad del sector salud su atención y prevención.

Las mujeres víctimas de violencia, en general tienen confianza con las médicas del Área 2 para manifestar sus preocupaciones, lo mismo que con las trabajadoras sociales y las psicólogas.

En el proceso de involucramiento de los distintos actores sociales para la prevención y atención de la violencia, del sector salud indicado, un 25% del personal de salud del Área 2 participó en los talleres de información, sensibilización y capacitación sobre el proyecto y la problemática de violencia hacia la mujer e intrafamiliar. La jefa de área, la trabajadora social, un médico director de un subcentro participaron como prestatarios informantes a través de una

entrevista semiestructurada en la investigación de la ruta crítica que siguen las mujeres violentadas.

Actualmente las dos médicas del subcentro de salud Casitas del Guasmo (Convenio Cepam-MSP-Comunidad) y el equipo de coordinación del área (jefa de área, trabajadora social, educador sanitario), conforman un subcomité para la prevención y atención de la violencia del área No.2 que integra la Red del mismo nombre. Este subcomité es el responsable en el área del seguimiento e impulso de lo planificado en la Red.¹³

Sólo en el subcentro Casitas del Guasmo se hace un registro sistemático de los casos de violencia intrafamiliar y se les da atención, la violencia es diagnosticada a través de los signos y síntomas que presentan las usuarias, se remite los casos a espacios especializados y se hace un seguimiento. En el caso de la jefatura de área, este registro no es sistemático. Por lo general los casos de violencia sólo son tratados por la jefa de área y la trabajadora social. El resto del personal –sobre todo los hombres– aún tienen resistencia en su abordaje. Las otras dos unidades sí remiten casos al Cepam, pero no hay registro sistemático ni seguimiento.

En el caso de la Maternidad del Guasmo, un 15% del personal ha participado en los talleres de información, sensibilización y capacitación sobre violencia intrafamiliar. Un médico de emergencia, una estudiante- practicante de psicología, la jefa de enfermeras de emergencias, participaron como informantes en la investigación de la ruta crítica. La directora del departamento de trabajo social, estuvo vinculada al proyecto, impulsando charlas y talleres sobre violencia intrafamiliar con apoyo del Cepam, a las usuarias. Muchas de ellas han sido remitidas al servicio legal y psicológico del Cepam y a

¹³ En este proyecto entendemos por Red un espacio de confluencia de los distintos actores sociales del Guasmo Norte que se han comprometido a impulsar acciones para la prevención y atención de la VIF.

la Comisaría de la Mujer. Se ha conformado un comité de prevención y atención de la violencia que es el representante ante la Red, integrado por la trabajadora social, un médico pediatra, una enfermera y una médica directora de un subcentro del área. Han participado activamente en las acciones impulsadas por la red y han estado presentes en las reuniones periódicas de ésta.

SECTOR EDUCATIVO

En el sector educativo consideramos como actores sociales al personal docente y directivo de los colegios nacionales, es decir, con sostenimiento del Ministerio de Educación y Cultura: José Peralta, Carlos Estarellas y la red de escuelas que conforman el Centro Educativo Matriz Cem G3. A los padres y madres de familia, los y las estudiantes los consideramos como integrantes de la comunidad.

El Colegio José Peralta es un colegio técnico que tiene 260 estudiantes, entre ellos sólo seis mujeres. El Colegio Carlos Estarellas es de Humanidades Modernas y tiene aproximadamente 500 estudiantes, 50% hombres, 50% mujeres.

La Red Cem G3 está integrada por 17 escuelas, diurnas, vespertinas y nocturnas, que funcionan en nueve planteles escolares. Tiene 162 profesores/as, la mayoría mujeres y 5.000 estudiantes, hombres y mujeres en igual proporción.

En los tres centros educativos mencionados existen Departamentos de Orientación y Bienestar Estudiantil, DOBE, integrados por psicólogos/as, médicos/as, orientadoras vocacionales, psicopedagogos/as, enfermeras, trabajadoras sociales.

Las políticas educativas han considerado a los equipos integrantes de estos departamentos, actores sociales en el proceso de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, ya que al ser su rol la orientación y bienestar estudiantil,

la problemática de violencia intrafamiliar o de otra naturaleza les concierne directamente. El personal de estos equipos ha estado participando en los talleres de información, sensibilización, capacitación sobre violencia hacia la mujer e intrafamiliar y actualmente integra los comités contra la violencia en sus respectivos planteles y representa a éstos en la Red. El equipo del Colegio Carlos Estarellas está formado por dos hombres y dos mujeres. El del Colegio José Peralta, por cuatro mujeres, mientras que el del CEM, por dos hombres y una mujer.

Aproximadamente 30 profesoras/es, directores/as de las escuelas y colegios han participado en los talleres de sensibilización y capacitación sobre la problemática de violencia. El director del Cem G3 participó como informante en la investigación de la ruta crítica.

Sus características en cuanto a edad, lugar donde viven, nivel de ingresos, son similares a las indicadas para el sector salud. Como parte del Ministerio de Educación y de las políticas estatales no reciben sus salarios a tiempo, están en situaciones de paro con frecuencia, no tienen todos los recursos necesarios para llevar a cabo su labor educativa.

Los tres directores/as siguen de cerca el proceso para impulsar acciones de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, están interesados por el desarrollo de sus centros educativos y de la comunidad donde viven. Son reconocidos por la comunidad como impulsores del mejoramiento de la calidad de educación y de su contribución, a través de ello, al desarrollo comunal. Forman parte de la coordinación interinstitucional para la construcción de una comunidad saludable.

El sector educativo reconoce la existencia de violencia hacia la mujer e intrafamiliar en el Guasmo, como en el resto de la sociedad. Atribuye sus causas a la pobreza, a la falta de valores, al alcoholismo, al machismo. Algunos están conscientes de los efectos negativos en el desa-

rrollo de niños y niñas, de la violencia que sufren las madres de sus estudiantes. Tienden a culpabilizar a las mujeres por esta situación, y juzgan severamente a las mujeres que maltratan a sus hijos/as. Sin embargo, reconocen que también existe maltrato de parte de los profesores/as hacia los niños/as. Las psicólogas son las que han incorporado mejor el análisis de las causas, manifestaciones y efectos de la violencia en su práctica cotidiana.

El personal educativo de los DOBE se ha manifestado abierto a capacitarse continuamente y ha participado activamente en las acciones planificadas por la Red.

EL SECTOR COMUNITARIO

En el Cepam definimos a la comunidad como el lugar determinado por unos límites concretos donde viven grupos humanos que se identifican entre sí por el hecho de vivir en ella. En consecuencia, hemos definido a la participación comunitaria como al involucramiento de los diversos grupos que viven en una comunidad en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones para lograr el bienestar individual, familiar y colectivo. Estos dos conceptos unen la identidad de vivir en una zona determinada con la voluntad de agruparse por lograr cambios. De allí que en el sector comunitario se consideró como actores en primer lugar a las organizaciones de mujeres o a mujeres que ejercen un liderazgo y que han estado luchando por el mejoramiento de la calidad de vida de ellas, su familia y la comunidad.

El Comité de Mujeres Unidad Progresista del Guasmo Norte (constituido en 1985) que está integrado por 8 mujeres mayores de 40 años, con hijas/os, nietas/os, separadas, divorciadas, viudas, viven en la comunidad desde sus inicios, han luchado por las escuelas, el relleno de solares y el Centro de Salud Integral de la Mujer, han participado en proyectos de desarrollo

comunitario impulsados por Plan Internacional y el Cepam. Han sido capacitadas en desarrollo integral, derechos humanos, género, lo que ha potenciado sus conocimientos y experiencias en varios campos. Algunas se consideran parte del Movimiento de Mujeres, asumen el rol de transmitir a otras mujeres y a la comunidad la necesidad de luchar por cambios personales y sociales. Sus ingresos son mínimos, logrados a través de su trabajo como costureras, en la preparación de alimentos, el comercio informal o de la pensión jubilar del marido. Sus hijos e hijas se han educado o se educan en las escuelas de la zona, son usuarias de los servicios de salud. Son contraparte en el Convenio de cogestión del subcentro de salud Casitas del Guasmo (Cepam-Comunidad-MSP). Todas han sufrido violencia por parte de su pareja, en la infancia o en alguna etapa de su vida. Últimamente no tienen actividades organizadas como colectivo, pero cada una de las integrantes del grupo tiene acogida y respeto de parte de otras mujeres y habitantes de la comunidad a sus ideas y propuestas. Su trabajo como promotoras comunitarias, como madres, como dirigentas, es reconocido y valorado por el personal de las unidades de salud y el personal educativo.

El Grupo de Mujeres Despertando está integrado por 8 mujeres mayores de 30 años. La mayoría convive en relación de pareja y tiene hijos e hijas. Se define como un grupo comunitario que asesora y da capacitación a otras mujeres, a jóvenes y grupos familiares de la comunidad en temas relacionados a sexualidad, género, autoestima, violencia intrafamiliar. Desde su constitución en 1991 se ha capacitado en varios aspectos sobre todo de salud sexual y reproductiva, ha elaborado y ejecutado proyectos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida, y de capacitación en los temas señalados anteriormente. Un pequeño local que tiene en la comunidad es un punto de referencia para asesoría, apoyo, capacitación a las familias del barrio para mejorar las relacio-

nes ramilares. El 50% de las integrantes del grupo ha experimentado violencia intrafamiliar y en su relación de pareja y todas han conocido de relaciones de violencia intrafamiliar en personas cercanas a ellas (hermanas, vecinas). Generalmente sus parejas asumen el rol principal de proveedores. Las mujeres del grupo han incorporado a sus parejas en talleres para sensibilizarlos sobre el por qué y el para qué de su trabajo por la salud de la mujer y de la comunidad pues en algunos momentos han experimentado las quejas de sus maridos. Ellos se quejan sobre todo cuando las mujeres acuden a capacitarse o a realizar acciones comunitarias en las que no reciben ingresos económicos a cambio, pese a que sí han recibido ingresos por su trabajo de capacitación y ejecución de los proyectos.

Hay otras mujeres de similares características a las que integran el Grupo Despertando y Unidad Progresista del Guasmo Norte que integran grupos de mujeres o lideran cooperativas y organizaciones barriales. Han sido voluntarias de salud de la Asociación de voluntarias de salud del Guasmo, que se formó para apoyar actividades impulsadas por Plan Internacional en torno al control del peso y talla en los niños, vacunación, educación para la salud, etc. Han sido madres cuidadoras de los centros de cuidado diario, impulsoras de guarderías comunitarias, representantes de padres/madres de familia en las escuelas y colegios, líderes políticas al conformar comités políticos de los partidos, algunas se consideran militantes del Movimiento de Mujeres. Al igual que el Comité Unidad Progresista del Guasmo Norte, más que impulsar acciones colectivas como organización, lideran procesos por la representatividad que tienen, por el reconocimiento a su trabajo en beneficio de la comunidad y de las mujeres en especial. También la mayoría de ellas ha sufrido violencia de su pareja e intrafamiliar. Algunas de ellas reconocen que han maltratado a sus hijos/as pero se esfuerzan por rectificar estos comportamientos. Como las mujeres de los

grupos mencionados anteriormente, han participado en jornadas para la difusión de la problemática de la mujer y sus derechos. Varias han sido capacitadas específicamente para ser orientadoras sobre los derechos de las mujeres y para prevenir la violencia intrafamiliar.

Desde el enfoque de impulsar la incorporación de las personas, sobre todo mujeres, como sujetas de sus propios procesos, esto es, responsables en la toma de decisiones y acciones para cambiar su situación, las mujeres víctimas de violencia también son consideradas actrices sociales. Las características de estas mujeres han sido descritas en el documento de la investigación de la ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia.

En el momento de dicha investigación y para conocer las representaciones sociales de la comunidad sobre la violencia, también se asumió como actores sociales a las mujeres y hombres usuarias/os de los centros de salud y a las/os jóvenes estudiantes de los colegios del Guasmo.

Los dirigentes de algunas cooperativas de vivienda u organizaciones barriales como comités pro-mejoras o comités barriales son actores sociales que cumplen un rol de convocantes e impulsores de acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los/as moradores del Guasmo. Algunos tienen el reconocimiento y aprecio sobre todo de los/as miembros de la organización a la que pertenecen. Últimamente en el proceso de construcción de una comunidad saludable con la participación consensual de los diversos actores del Guasmo, los representantes de las organizaciones comunitarias han reconocido la violencia intrafamiliar como un problema importante de la comunidad, social y de salud pública. Algunos representantes varones están integrando la Red de prevención y atención de la violencia intrafamiliar que se ha conformado.

Existe un grupo comunitario de teatro llamado Por Nuestro Ideal, PONUSI, cuya misión es lo-

grar a través del teatro la sensibilización de las personas para cambiar concepciones y prácticas para el mejoramiento de las relaciones entre las personas y la calidad de vida. Incorporan en los contenidos de sus actuaciones teatrales la violencia de género e intrafamiliar. Sus obras se han presentado en las unidades de salud, en los centros educativos y en parques de la zona.

SECTOR LEGAL

Tomando en consideración el protocolo de investigación de la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia, se consideró como prestatarios/as a ser entrevistados a la Comisaría de la Mujer y la Familia, al Tribunal de Menores, el médico legista y un policía de los puestos de auxilio inmediato (PAI) existente en la zona. Las dos primeras fueron entrevistadas y se manifestaron interesadas en analizar la problemática y a facilitar una mejor atención a las mujeres violentadas que acuden a sus instancias. El policía y el médico legista pusieron resistencia a ser entrevistados aduciendo necesitar una autorización y no tener tiempo, por lo cual la entrevista no se dió.

La Comisaría de la Mujer y la Familia es considerado por las mujeres afectadas por violencia y la ciudadanía en general como el lugar para denunciar situaciones de violencia intrafamiliar. Depende del Ministerio de Gobierno, con la especialidad que es apoyada técnicamente por una organización no gubernamental especializada en la problemática, en el caso de Guayaquil, por la Fundación María Guare.

La ley de prevención y atención de la violencia intrafamiliar señala al sector salud la obligatoriedad de denunciar situaciones de violencia intrafamiliar.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Son instituciones sin fines de lucro que se definen como organismos de desarrollo social, con

distintos enfoques y con prioritizaciones a varios niveles, que están trabajando actualmente en el Guasmo Norte y Central. Son Plan Internacional, la Fundación Huancavilca, Fundación Leonidas Ortega, Fundación Filanbanco, Cemo-plaf.

Plan Internacional, cuyos fondos provienen de agencias internacionales de desarrollo, de fondos de cooperación internacional o de donaciones privadas de familias de Norteamérica y Europa, tiene como fin principal el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y niñas y sus familias. Ha estado en el Guasmo desde hace 20 años y es un referente en la comunidad como una institución que apoya para lograr mejoras en las familias del sector a través de distintos medios y proyectos. Algunos de ellos son la capacitación a los maestros y maestras para fomentar una escuela saludable y amiga, la difusión de los derechos de los niños y niñas, el impulso a los gobiernos infantiles y la promoción de la salud de los niños y niñas y de sus familias. Actualmente respalda los proyectos de intervención cuando son presentados por las propias comunidades o por una organización no gubernamental especializada, para ser ejecutados con participación comunitaria y el apoyo técnico de la ONG.

La Fundación Huancavilca fue creada como parte de una visión de responsabilidad social del Banco del Pacífico. Su objetivo es impulsar el desarrollo comunitario con énfasis en mejoramiento de los ingresos, acceso a empleo y vivienda. Tiene un espacio grande concedido en comodato por el Municipio de Guayaquil en la cooperativa El Pedregal, donde funcionan los distintos centros y servicios. Esta fundación y Plan Internacional integran el comité de coordinación interinstitucional para la construcción de una comunidad saludable en el Guasmo.

La Fundación Filanbanco y Leonidas Ortega se conformaron también bajo la óptica de responsabilidad social de los bancos Filanbanco y

Continental. La primera prioriza los servicios de salud. La segunda, apoya la capacitación a maestros y maestras y el funcionamiento de bibliotecas.

Cemoplaf, impulsa sobre todo la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar. Sus dispensarios están en zonas aledañas al Guasmo Norte.

3. LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, Cepam Guayaquil, ha venido abordando la problemática de violencia de género e intrafamiliar, casi desde su formación en 1988. Al inicio, a través de los talleres y/o jornadas de capacitación sobre los derechos de las mujeres, la salud y las relaciones familiares, dirigida a mujeres de sectores urbano populares y a jóvenes mujeres estudiantes de algunos colegios de Guayaquil. En todos estos talleres se constataba que la violencia de género se manifestaba a través del discrimin, la subordinación, la desvalorización de las mujeres y cada vez se hacía más visible la violencia del hombre hacia la mujer en la relación de pareja.

A través del Centro de Salud Integral de la Mujer, del servicio legal y psicológico, de nuestra relación con las organizaciones de mujeres y con las mujeres de los sectores urbano populares, fuimos ratificando que la violencia hacia la mujer e intrafamiliar era un problema de salud pública y de afectación al desarrollo integral de las personas, y un problema social tanto por su magnitud como por el involucramiento que en el problema tienen todos los actores sociales, por lo que la solución del mismo debía lograrse necesariamente a través de la intervención consciente y voluntaria de todos y todas.

Estas experiencias y constataciones se ampliaban y retroalimentaban con la información, experiencias y propuestas que otras instituciones y el Movimiento de Mujeres tanto nacional como internacional llevan a cabo o impulsan a diferentes niveles. En el Ecuador, y concretamente en Guayaquil, de las investigaciones realizadas sobre la violencia intrafamiliar, los datos reflejan que 7 de cada 10 mujeres sufren violencia en su relación de pareja¹⁴.

La constatación, a nivel latinoamericano, de que esta problemática presenta niveles alarmantes fue recogida por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, que propuso el impulso de acciones coordinadas comunitarias para la prevención y atención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, a través de un proyecto regional propuesto para su ejecución en la región andina y, en el caso de Ecuador, a Cepam Guayaquil, Cepam Quito y Sendas.

La violencia contra la mujer e intrafamiliar es de la envergadura señalada en los párrafos anteriores. Sin embargo, al ser esta realidad resultado de concepciones y prácticas arraigadas culturalmente a través de muchos años, se hace indispensable, conocer a fondo cuáles son las representaciones sociales y prácticas que los distintos actores sociales tienen sobre la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, e impulsar procesos de cambio en dichas concepciones y prácticas.

Por ello, el Cepam acogió la propuesta de intervención planteada por el proyecto regional de la OPS que era lograr que el sector educativo, el sector salud, el sector legal y el comunitario, acuerden consensualmente respuestas para la prevención y atención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar en el Guasmo Norte.

Para el logro de estas respuestas, se planteó como estrategias:

• La comunicación e información continuas entre los diversos actores y a distintos niveles.

• La investigación cualitativa sobre la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas de violencia y las representaciones sociales de los actores que intervienen en dicha ruta.

• La movilización social, la difusión y la sensibilización sobre la problemática de violencia hacia la mujer y derechos humanos.

• La elaboración de propuestas por parte de los actores sociales.

• El impulso a espacios de consenso y acuerdo entre los diversos actores.

• La capacitación en género, violencia y derechos humanos a los diversos actores.

4. DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

En el presente proceso de sistematización, al hacer el análisis de esta experiencia, consideramos necesario dividirla en tres períodos o etapas diferenciados.

El primero que va desde noviembre de 1995 hasta septiembre de 1996, estuvo marcado por el conocimiento, por parte de las entidades ejecutoras, del proyecto elaborado por la OPS y su presentación a los principales actores sociales.

El segundo período, desde septiembre de 1996 hasta junio de 1998, fue de sensibilización y un mayor involucramiento de los actores. En esta etapa, a partir del acuerdo de la coordinación regional del Proyecto se planteó como eje central de la intervención la investigación cualitativa de la ruta crítica que siguen las mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Se esperaba que la investigación aportaría a un conocimiento profundo de cuáles deberían ser las estrategias adecuadas para lograr que los sectores educativo, salud, legal, comunitario y las mujeres afectadas, impulsen la prevención y atención de la violencia intrafamiliar.

El tercer período de junio a diciembre de 1998, representa la etapa de concreción de la Red de Prevención y Atención de la violencia intrafamiliar del Guasmo Norte.

CONOCIENDO EL PROYECTO

PRIMER PERÍODO: NOVIEMBRE 1995 - SEPTIEMBRE 1996

En 1986, la Organización Panamericana de la Salud, en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana creó el Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Al año siguiente, los puntos focales de este programa acordaron la formulación de planes nacionales y subregionales de acción destinados a mejorar la situación de salud de las mujeres. En este marco, el tema violencia contra la mujer cobró especial interés. El impulso sostenido por esta instancia condujo a que la OPS considerara dentro de sus orientaciones estratégicas 1991-94, la violencia contra la mujer como un problema de salud pública que requiere atención prioritaria.

En el año 1994 se aprobó el Proyecto Subregional de la Violencia Intrafamiliar contra la Mujer en Centroamérica con fondos suecos y noruegos. En 1995, se aprobó dicho proyecto para la subregión andina: Ecuador, Bolivia y Perú, con fondos de la cooperación holandesa.

En el Ecuador, la propuesta para la ejecución del proyecto fue presentada a algunas ONG's que tenían experiencia de trabajo en salud, género y violencia. Entre estas ONG's estuvo el Cepam Guayaquil. Anteriormente habíamos tenido relación con la OPS en la ejecución de la sistematización de la incorporación del enfoque de género en la atención en salud. Esto último, más la experiencia de algunos años de trabajo alrededor de violencia de género e intrafamiliar, en salud y en participación comunitaria y el interés del Cepam Guayaquil de incorporar este proyecto a su práctica institucional, determinaron que fuera una de las tres instituciones seleccionadas para la ejecución del proyecto en una zona urbano popular de Guayaquil, el Guasmo Norte.

14 CEPAM, Recopilación de productos elaborados por el equipo de Cepam Guayaquil. Informe de la investigación de la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar. 1997

En este primer período consideramos como actores claves aquellos con los que el Cepam había venido trabajando desde hace algunos años en el Guasmo Norte: el personal del Área de Salud No. 2; las mujeres adultas usuarias de los servicios de salud, líderes comunitarias y jóvenes hombres y mujeres.

También fue considerado el personal de las Áreas 1 y 4 (Guasmo Sur y Trinitaria), con los que habíamos llevado a cabo algunas actividades de capacitación y coordinación para el mejoramiento de la calidad de los servicios y una campaña por la salud de la mujer en 1994.

La estrategia de intervención que utilizamos fue la de entregar información y capacitar a los diversos actores a través de la realización de talleres, seminarios, jornadas, reuniones informativas, para que tuvieran conocimiento de la problemática y se sensibilizaran ante la necesidad de cambiar comportamientos y prácticas. También la difusión a través de los medios de comunicación.

Con estos actores realizamos talleres, cada uno de ellos de cuatro horas de duración. En ellos se reflexionaba sobre la problemática de violencia intrafamiliar, acerca de cómo la percibía cada uno, qué propuestas tenían para la solución, y se recababa el interés en participar en el proyecto. A través de preguntas guía respondidas en trabajo en grupo se lograba la participación de todos y todas.

Hicimos los talleres por separado, con el personal de las tres áreas de salud mencionadas anteriormente, en el que participaron aproximadamente 40 personas, la mayoría mujeres mayores de 35 años; con el grupo de 20 jóvenes, también en su mayoría mujeres; y, con 30 mujeres.

Hubo receptividad en estos actores sociales para tratar la problemática pero tenían dudas e inquietudes sobre cuál debía ser su rol en el trata-

miento de la violencia. El personal de salud se cuestionaba acerca de cómo debía registrar la violencia si no existían normas para ello. Las mujeres, en cambio, se identificaban con la problemática porque muchas de ellas habían experimentado violencia.

En junio del 96 llevamos a cabo dos seminarios talleres, con 40 personas cada uno, en el local del Departamento de Riesgos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS, para incorporar el enfoque de género como un indicador de calidad de los servicios. El primero estuvo dirigido a las organizaciones comunitarias del Guasmo, al personal de salud y de educación del área y en él se ratificó la importancia de incorporar el enfoque de género y por tanto, la atención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar para lograr una atención de calidad.

La mayoría de participantes fueron mujeres adultas. Fue importante la presencia de la jefa del Área de Salud No. 2 asumiendo la responsabilidad de impulsar este enfoque en su área. De igual manera, la participación de las mujeres de la comunidad, que aportaron sobre cómo conciben ellas que debían ser atendidas en los centros de salud o en las comisarías, permitió que se llegase a acuerdos para impulsar cambios.

El segundo seminario taller estuvo dirigido al personal de salud, de las comisarías de la Mujer y de ONG's que trabajan con mujeres de Guayaquil. También la mayoría de participantes eran mujeres.

En ambos grupos ratificaron la importancia de impulsar un proyecto para que los distintos actores, tanto en el Guasmo como en Guayaquil y a nivel nacional vayan abordando la violencia intrafamiliar y el enfoque de género. Además hubo difusión en un canal de televisión sobre los actos realizados, lo que permitió un espacio para tratar masivamente la problemática de la mujer.

Paralelamente a los talleres realizados, el Cepam continuaba con el impulso de varios programas como el servicio de salud integral en el subcentro Casitas del Guasmo, el servicio de asesoría legal y psicológica y las reuniones con diferentes organizaciones del Movimiento de Mujeres, que a nivel local y regional estaban impulsando y difundiendo la ley de Atención a la violencia a la mujer e intrafamiliar, vigente desde diciembre de 1995.

Este período significó la participación en las reuniones del comité de coordinación entre la OPS y las ONG's ejecutoras del proyecto para ir determinando con claridad cuáles serían los mecanismos de gestión del proyecto y de coordinación interinstitucional pues había cuestionamiento a nivel regional sobre el camino a seguir. acordamos realizar la investigación cualitativa de la ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia lo que también implicó un proceso de capacitación a las ONG's ejecutoras y la contratación de una investigadora nacional.

Por esto, en este período llevamos a cabo la prueba o pilotaje de los instrumentos (entrevistas semiestructuradas y a profundidad) a ser utilizadas en la investigación de la ruta crítica. Para ello se hizo una entrevista a profundidad a una mujer víctima de violencia, una entrevista a la Comisaría de la mujer y una entrevista a una mujer representante del sector comunitario.

SENSIBILIZACIÓN Y UN MAYOR INVOLUCRAMIENTO SEGUNDO PERÍODO: SEPTIEMBRE 1996 - JUNIO 1998

Los puntos focales, es decir los responsables de la OPS de la ejecución del proyecto en cada país, habían decidido la realización de una investigación cualitativa que tenía como objetivo determinar o conocer la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Dicha investigación estaba enmarcada en un protocolo que conceptualizaba a la ruta crítica como el camino seguido por las mujeres, lugares o personas a las que han acudido o acuden en búsqueda

de apoyo o solución a su situación de violencia intrafamiliar o de género y por lo tanto hace referencia a la relación entre la secuencia de las decisiones tomadas y las acciones ejecutadas por la mujer afectada por violencia y con las respuestas encontradas en esta búsqueda de ayuda.

Mediante la investigación de la ruta crítica debíamos conocer en profundidad las formas como las mujeres habían experimentado violencia, cuáles eran sus representaciones sociales hacia ella, a dónde había acudido en búsqueda de ayuda, cuál era su percepción acerca de la ayuda recibida. Se planteó conocer también cuál era la experiencia en relación a la VIF (violencia intrafamiliar) de los prestatarios de los servicios de salud, educativo, legal, comunitario; cómo eran los servicios que brindaban; sus representaciones sociales de la VIF; las respuestas dadas y sus planteamientos sobre qué deberían hacer las mujeres para solucionar el problema. Además se conocería cuáles eran las representaciones sociales sobre la violencia de las mujeres y los hombres adultos/as y jóvenes de la comunidad.

Por lo tanto pretendíamos conocer cuáles son los factores impulsores e inhibidores de la ruta crítica, entendiendo por factores impulsores e inhibidores, los hechos o circunstancias tanto de orden interno, de la propia persona, como externo, del medio social, que facilitan, potencian o permiten lograr un tratamiento adecuado a la solución de la violencia o, por el contrario, lo dificultan, retrasan e impiden su solución.

Con estos conocimientos se impulsaría un proceso para lograr los cambios en las concepciones, actitudes y prácticas de todos los actores sociales involucrados para impulsar acciones de prevención y atención de la violencia intrafamiliar y aportar a la construcción de relaciones de equidad y respeto entre hombres y mujeres; entre adultos/as y niñas/os; entre prestatarios/as y usuarios/as.

Al analizar la experiencia notamos que este período, que lo hemos denominado de sensibilización y mayor involucramiento, estuvo a su vez dividido en dos momentos.

Un primer momento de la investigación propiamente dicha, en el que hubo varias actividades mediante las que se logró la sensibilización y el involucramiento de los diferentes actores sociales:

- a) La capacitación al equipo investigador por parte de la investigadora nacional para la interiorización del protocolo, la investigación cualitativa, etc., y la capacitación suministrada por la OPS a los equipos de investigación de los países andinos mediante la cual se involucró el equipo local.
- b) La socialización con los otros equipos de investigación nacionales, para ir obteniendo aprendizajes, monitoreo y evaluación del proceso, actividad que logró un mayor involucramiento de la OPS y del conjunto de los equipos.
- c) La investigación cualitativa, es decir, las entrevistas semiestructuradas a los/as prestatarios¹⁵, las entrevistas a profundidad a las mujeres víctimas de violencia, la realización de grupos focales a mujeres y hombres adultos y jóvenes de la comunidad. Aunque el objetivo era conocer las representaciones sociales y las prácticas de las personas entrevistadas, se produjo además el involucramiento de muchos de los informantes.
- d) El análisis de la investigación y producción de documentos. Con esta actividad tomamos mucha más conciencia en el equipo de las causas y efectos de la VIF y de las representaciones sociales y relaciones entre las personas. Nos dio herramientas y seguridad en lo que planteábamos para lograr una sensibilización en los otros.

En el segundo momento, como parte de la estrategia de sensibilización y capacitación en gé-

nero, violencia y derechos humanos en información, se planteó la devolución de los resultados y aprendizajes de la investigación cualitativa a los distintos actores sociales, utilizando la metodología de planificación de los talleres en base a los objetivos pedagógicos a lograr; la elaboración de módulos de capacitación; y, la realización de talleres al personal de las Áreas de Salud 1 y 2, al personal educativo, al comunitario y del Cepam como institución.

Paralelamente a estas actividades continuamos con la estrategia de capacitación en género, violencia y derechos humanos para la sensibilización sobre la problemática a diferentes actores, sólo los involucrados en la ruta crítica.

También implementamos la estrategia de movilización a través de jornadas públicas para la difusión de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar como un problema de salud pública y de información, y sobre lo que diferentes actores estaban planteando y ejecutando para la solución de la problemática.

La capacitación al equipo investigador sobre el protocolo de investigación y las técnicas de investigación cualitativa significó su interiorización en cada una de las integrantes del equipo de investigación, así como una mayor conciencia de la importancia del proceso que íbamos a iniciar, la socialización de conceptos, el establecimiento de acuerdos en la ética de intervención, la selección de los informantes claves y la división de responsabilidades.

La selección de los informantes claves estuvo basada en el protocolo pero procuramos que algunos de ellos sean personas con las que ya se tenía una relación y conocimiento de su interés en involucrarse en el proceso.

Los actores seleccionados como informantes claves fueron:

- En el sector salud: un médico de emergencia, una enfermera de emergencia, una psi-

cóloga del Hospital Materno Infantil del Guasmo, una médica jefa del área, un médico director de un subcentro, una trabajadora social y una promotora de salud comunitaria.

- Del sector educativo: el director de la Red del Centro educativo matriz, Cem G3.
- Del sector comunitario: una líder del Grupo de Mujeres Despertando.
- De la ONG ejecutora: una médica del Cepam que trabajaba en el Subcentro de Salud Casitas del Guasmo.
- Del sector legal: una Comisaría de la mujer, una Presidenta del Tribunal de Menores, un médico legista y un policía de un retén de la zona.

Este grupo de informantes claves eran los considerados prestatarios en la investigación de la ruta crítica, y la información que proporcionamos la obtuvimos a través de una entrevista semiestructurada que fue grabada. El acercamiento a ellos/as se hizo a través de visitas personales a sus lugares de trabajo o, en el caso del sector comunitario, a su vivienda. En ellas, después de presentar el proyecto, solicitábamos una fecha para la entrevista que duraba alrededor de una hora y la autorización para grabarla.

La mayoría de los prestatarios aceptaron con gusto la entrevista, notamos interés en proporcionar respuestas sinceras y creemos que a partir de esta entrevista algunos se cuestionaron sobre sus concepciones alrededor de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar. Manifestaron querer conocer más sobre la violencia, e involucrarse en acciones coordinadas para la solución de esta problemática. Los que manifestaron mayor interés en involucrarse fueron la jefa del Área 2, la trabajadora social, el director del Cem G3, la líder del Grupo Despertando.

En cambio, al médico legista y al policía no fue posible entrevistarlos, porque argumentaron no tener tiempo el primero y no tener autorización el segundo. En el caso del médico de emergen-

cia del hospital, no demostró mayor interés y manifestó una cierta displicencia y disgusto de ser entrevistado.

Posteriormente, con excepción del sector legal, la mayoría de los prestatarios que fueron entrevistados han estado participando en los talleres de capacitación y sensibilización.

Otro de los actores de la investigación, fue el grupo de las mujeres víctimas de violencia, cuyas características ya han sido señaladas en el inicio de este documento. Seleccionamos 25 mujeres a ser entrevistadas, entre las usuarias de los servicios de salud del Área 2, de los servicios legal y psicológico del Cepam y por referencia de otras mujeres de la comunidad. El acercamiento a ellas lo hicimos visitándolas en sus casas, a veces acompañadas de una mujer líder que conocía del caso y exponiéndole por qué queríamos realizar una entrevista con ellas en el local del Cepam o del centro de salud. La mayoría aceptaron gustosas y consideramos pertinente devolver lo gastado en su transporte cuando la entrevista la hacíamos en la oficina del Cepam.

Algo que debemos resaltar es que la investigación fue una oportunidad para que los distintos actores inicien su involucramiento en el conocimiento y solución de la VIF. Por ejemplo conocemos que algunas de las mujeres entrevistadas han superado su situación de violencia separándose de sus maridos, buscando apoyo en el servicio legal y psicológico del Cepam. Algunas han participado en los talleres de devolución de la ruta crítica y se preocupan por atender su salud, conscientes de que ejercen un derecho.

Las entrevistas a profundidad realizadas a las mujeres víctimas de violencia produjeron en el equipo investigador un gran conocimiento de las manifestaciones, efectos y causas de la violencia; una gran empatía con las mujeres; un mayor compromiso para contribuir en la búsqueda de herramientas para apoyarlas a salir de su situación y un convencimiento de la nece-

15 En este proyecto denominamos prestatarios/as a las personas responsables de brindar un servicio.

sidad de impulsar procesos donde se involucren los distintos actores sociales, los hombres y las mujeres, para producir cambios en las concepciones y prácticas que producen relaciones violentas y de inequidad. Pero también en algunos momentos tuvimos sentimientos de frustración e impotencia al conocer las múltiples dificultades que deben enfrentar las mujeres para salir de su situación de violencia, muchas veces potenciada por su pobreza.

Estos conocimientos y compromisos se afianzaron aún más con la realización de los grupos focales a través de los cuales conocimos las representaciones sociales de hombres y mujeres de la comunidad, tanto adultos como jóvenes, y constatamos una vez más lo arraigada que está en cada uno la construcción social de lo que significa ser hombre y ser mujer, de las percepciones tan diferentes que tienen los hombres de lo que es el amor y la sexualidad en relación a cómo los perciben las mujeres.

Durante y a través del proceso de análisis de los datos obtenidos, se produjeron cuestionamientos y reflexiones sobre las propias historias de vida y de las relaciones interpersonales de cada una de las integrantes del equipo investigador, y logramos un mayor compromiso de cada una para contribuir a través de sus conocimientos profesionales, de sus actitudes y prácticas, en la búsqueda de nuevas formas de relación entre hombres y mujeres, entre adultos y niños/as, entre las personas. El equipo se comprometió a compartir lo aprendido con otras integrantes del Cepam, sobre todo aquellas que están brindando atención legal, médica o psicológica, a cambiar nuestra propia relación con los otros/as y a incorporar tanto los conocimientos adquiridos como los sentimientos en los talleres de capacitación a los diferentes actores sociales.

La incorporación de los sentimientos es parte de un abordaje integral de esta problemática. Era necesario que cada uno de los actores sintiera su involucramiento como algo que debía

partir de su decisión, de su opción, y que a la vez supiera que abordar esta problemática significaba enfrentar un problema que afecta a todos porque es confrontar emociones, sentimientos, miedos, dudas, buscar respuestas a inquietudes que tenemos.

LA DEVOLUCION DE LOS APRENDIZAJES DE LA INVESTIGACION DE LA RUTA CRITICA A LOS DISTINTOS ACTORES SOCIALES

Hemos indicado anteriormente que como parte de la estrategia de sensibilización y capacitación se planteó la devolución de los aprendizajes de la ruta crítica a los distintos actores sociales que habían sido considerados como actores claves; al Cepam como institución, al sector salud, al sector comunitario y al sector educativo. También se planteó la devolución de estos aprendizajes al sector legal, pero esto no se dio por la dificultad en lograr un espacio de tiempo disponible por parte del personal de la Comisaría.

Los talleres se llevaron a cabo una vez terminado el análisis de la investigación, es decir, a partir de julio de 1997. El momento en que se realizaron estos talleres dependió, en cierta medida, de la coyuntura que atravesaba la relación entre el Cepam y el sector y de las actividades que cada uno de los actores estaba impulsando. De allí que empezamos con la devolución al Cepam. Sus integrantes, por una parte, tenían una gran expectativa de conocer qué es lo que el equipo de investigación había logrado en casi un año de trabajo y, por otra parte, era una oportunidad de retroalimentar los aprendizajes obtenidos y poder elaborar de mejor manera los módulos de capacitación y el contenido de los otros talleres de devolución de la investigación.

A partir del análisis de la investigación de la ruta crítica y de la realización de talleres de capacitación para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar llevados a cabo con mujeres de sectores populares, el equipo ejecutor del

proyecto en Cepam Guayaquil, con el apoyo de otras integrantes del Cepam como una médica coordinadora del área de salud y una abogada directora del servicio legal alternativo, se planteó como metodología para lograr la sensibilización y por lo tanto, el involucramiento de los actores sociales en la solución de esta problemática la realización de talleres de trabajo.

En los talleres debíamos llegar a una comprensión de las manifestaciones, causas y efectos de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, pues al analizar las manifestaciones podrían aprender a diagnosticar situaciones de violencia, registrarla y referirla si no la podían atender. Al analizar los efectos de la violencia intrafamiliar en la salud y en el desarrollo integral de las personas, los/as actores/as sociales debían plantearse qué hacer desde su ejercicio profesional y desde su situación personal para atender situaciones de violencia y para prevenirla. Al analizar las causas, tomarían conciencia de la complejidad de la problemática y de la necesidad de impulsar acciones coordinadas para producir cambios en concepciones y prácticas inequitativas.

También se planteó recuperar las fortalezas y oportunidades, que cada sector tiene en la atención de la VIF y reflexionar sobre las debilidades y amenazas que tiene cada sector. Para ello se presentaron los resultados de la investigación referidos a los factores que inhiben e impulsan a las mujeres en situación de violencia en su búsqueda de ayuda. Factores internos como los miedos, culpabilizaciones, baja autoestima, etc y factores externos referidos a una acogida amable en los servicios, respuestas positivas, etc.

Según el sector con el que realizábamos el taller, se analizaba con más especificidad un tema. Así, en el sector salud pusimos énfasis en los efectos de las relaciones de género y por lo tanto de la violencia en los perfiles de salud-enfermedad de las personas. En el sector educativo,

en los efectos de la violencia hacia la mujer de parte de su pareja para el desarrollo integral de los niños y niñas, en los efectos de la violencia en la construcción de personas, por ejemplo, con una autoestima baja y sumisas (cuando son mujeres), agresivos (cuando son hombres). En el sector comunitario, donde la mayoría de los participantes eran mujeres que habían experimentado violencia, el énfasis estuvo en el potencial de los seres humanos y sobre todo de las mujeres para cambiar. En el caso del Cepam enfatizamos en los factores que inhiben e impulsan a las mujeres en la solución de su problema, para de esa manera generar una práctica de no juzgamiento, no adivinar, no culpabilizar, que facilite la comprensión de la historia de vida de las personas, un diagnóstico apropiado y por lo tanto, un apoyo adecuado.

En todos los sectores se valoraban los aportes de los/as participantes a partir de sus conocimientos profesionales (en salud, pedagógicos, entre otros) o personales, y a partir de sus experiencias personales y profesionales en cuanto a la violencia de género e intrafamiliar.

Se impulsaba un ambiente de no culpabilización ni a hombres ni mujeres por la situación de violencia. Se visibilizaba la problemática de violencia a partir de los datos obtenidos en la investigación de la ruta crítica así como de otras fuentes y de lo que manifestaran en el taller como experiencias personales o profesionales en torno a la VIF. Al finalizar el taller se procuraba algunos acuerdos y compromisos.

Los talleres en el sector salud se hicieron en la Maternidad del Guasmo con personal del Área 1, sobre todo de médicos/as, enfermeras, auxiliares de enfermería, educadores para la salud. Fueron talleres de 6 horas diarias por tres días para 25 personas, 90% mujeres. El personal del Área 2 fue invitado pero no asistió.

Se planificó un segundo taller con el mismo número de horas y personas, pero sólo se dio un día por problemas laborales en la Maternidad.

Fue organizado por una médica miembro del Colegio de Médicos que se había propuesto entre sus metas capacitar al personal de la maternidad en género, salud y violencia, y se lo realizó en el marco de la celebración del 25 de Noviembre, día de la No violencia contra la mujer.

Las mujeres se sintieron rápidamente identificadas con la problemática, manifestando algunas de ellas haber sufrido violencia en su relación de pareja y discrimen en su vida profesional por ser mujer. Los hombres manifestaron que no sólo las mujeres sufren violencia, pero aceptaron que es así en la mayoría de los casos. Creemos que sí tomaron conciencia de los efectos de las inequidades de género en la salud de las personas. Uno manifestó que debía cambiar su comportamiento para no propiciar relaciones violentas. Un 30% manifestó querer contribuir a mejorar la atención. Se mostraron abiertos a diagnosticar situaciones de violencia, a impulsar espacios de capacitación en la Maternidad y a realizar acciones coordinadas con otros sectores.

Dos de las personas que participaron en estos talleres (una médica pediatra y una médica directora de un subcentro) integran junto a la trabajadora social, que se incorporó después, el subcomité de dicha institución para la atención de la VIF que la representa en la Red de prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Algunas médicas y enfermeras continúan sensibilizadas con esta problemática, están pendientes de participar en talleres de capacitación o en foros públicos, remiten casos de violencia al Cepam y hacen un seguimiento de los mismos.

El taller con el sector comunitario fue de cuatro horas en el subcentro de salud Casitas del Guasmo. Participaron 60 personas; 80% eran mujeres usuarias del subcentro, líderes comunitarias, del Grupo Despertando y del Comité Unidad Progresista del Guasmo Norte, 20% jóvenes hombres y mujeres del Grupo de Teatro PONUSI y un hombre dirigente barrial, miembro del Co-

mité de salud del subcentro. Se lo hizo en el marco de la celebración del aniversario del subcentro y del Día de los derechos humanos.

El taller con el sector educativo se hizo en el auditorio de la Escuela de Diplomacia de la Universidad de Guayaquil. Participaron alrededor de 40 personas, correspondientes al 60% de los invitados, entre ellos los integrantes de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil de los tres colegios que formaban parte de este sector. Aunque la mayoría de los docentes son mujeres, los hombres ocupan los cargos directivos, por lo que en este sector hay más presencia de hombres que en los otros sectores. Hubo más resistencia en este sector en aceptar que el machismo es la causa de la violencia intrafamiliar, sin embargo, los testimonios presentados a través de las frases expresadas por los y las jóvenes de los grupos focales realizados contribuyeron a una sensibilización de la existencia de violencia física, psicológica y sexual. Se impresionaron por la existencia de violencia patrimonial y las mujeres manifestaron que esto era real.

El taller con el Cepam contribuyó a un mayor involucramiento del resto del equipo para la prevención y atención de la violencia con más herramientas para su abordaje.

CONSTRUYENDO LA RED

Desde la concepción del proyecto regional de la OPS se había planteado como un resultado la constitución de redes en cada una de las localidades de intervención para lograr la prevención y atención de la violencia intrafamiliar.

Este objetivo fue asumido por el equipo ejecutor del Cepam aunque no teníamos una total claridad de cómo debía ser el proceso de conformación de la red. Además esperábamos que la investigación cualitativa nos diera mayores conocimientos sobre cuáles eran las representaciones sociales de los distintos actores para ir

impulsando los cambios que se requerían y lograr incorporarlos al proceso.

De allí que nos planteamos, como Cepam Guayaquil y como equipo, el ir realizando, paralelamente a la investigación, actividades de capacitación sobre violencia intrafamiliar y género, propiciar espacios de confluencia de los distintos actores sociales para ir impulsando acciones coordinadas y jornadas de acción pública que incidieran en la difusión masiva de la problemática y en lograr políticas públicas que favorezcan la incorporación del enfoque de género, la prevención y atención de la violencia hacia la mujer.

SENSIBILIZACIÓN EN TALLERES CON LA PARTICIPACIÓN DE VARIOS ACTORES SOCIALES

Estos tenían como objetivo lograr la sensibilización de cada uno de los/as participantes sobre la necesidad de comprometerse a impulsar cambios desde su espacio de trabajo o su espacio familiar para prevenir la violencia hacia la mujer e intrafamiliar.

El primer taller denominado "Por una vida sin violencia", se lo realizó en noviembre de 1996 en el auditorio del Colegio José Peralta. En él se analizaron las causas, efectos y manifestaciones de la violencia. Participaron representantes del sector educativo, aunque no estuvieron los del colegio Carlos Estarellas; del Área de Salud No. 2; del sector comunitario (organizaciones de mujeres, promotoras comunitarias de la Red del Maltrato infantil del INNFA y líderes varones de dos organizaciones barriales); de ONG's, (Cepam, Fundación Filanbanco, Fundación Huancavilca, Plan Internacional) y una promotora de los Centros de Atención Municipal Integral (CAMI).

En el taller acordamos que cada sector elaboraría un plan para el abordaje de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar que debería ser presentado en enero de 1997. Esto no se cumplió por la imposibilidad de reunirnos por los efec-

tos del Fenómeno del Niño, por las vacaciones del sector educativo y por la intensidad del trabajo del equipo en el análisis de la investigación.

Las ONG's participantes estuvieron representadas por promotoras sociales que luego dejaron de trabajar en la Institución, por lo que los acuerdos no trascendieron a sus instituciones. En cambio, la promotora del CAMI quedó motivada y transmitió la necesidad de capacitación sobre esta problemática a las otras promotoras, lo cual fue aceptado por la dirección de ese programa por lo que el Cepam realizó varios talleres de capacitación sobre violencia con dichas promotoras al año siguiente.

La jefa del Área 2 manifestó públicamente su compromiso de asumir desde el sector salud la tarea de prevenir y atender la violencia intrafamiliar y estar de acuerdo con el proyecto de la OPS.

El sector educativo, sobre todo los hombres, insistían en que la violencia también es ejercida por las mujeres hacia los hombres. Insistían también en la necesidad de un seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes que se propongan.

Las mujeres del sector comunitario hicieron hincapié en la necesidad de incorporar a los hombres en los talleres de capacitación, ya que si no participan, de nada sirve la capacitación sólo a las mujeres. Los hombres de la comunidad propusieron incrementar los castigos para los maltratantes, sobre todo los violadores de niños y niñas.

Creemos que este primer taller logró el objetivo de sensibilizar a los distintos actores de la necesidad de impulsar acciones para la prevención y atención de la violencia, pero aún no estaba claro en el equipo ejecutor ni en los otros actores, la necesidad de una Red, ni el rol de cada uno en el abordaje de la violencia. Dicha claridad se fue obteniendo después de la investiga-

ción de la ruta crítica y de los talleres de devolución de la investigación y capacitación.

Otra actividad de participación de varios actores -que no estaba planificada dentro del proyecto- fue el taller de devolución del proceso de capacitación sobre los derechos de los niños y niñas realizado por el Cepam en convenio con Plan Internacional con 170 niños y niñas del sector, con el apoyo y coordinación de dirigentes vinculadas a dicha institución.

En este taller participaron representantes de las escuelas de la red Cem G3, madres y padres de familia de dichas escuelas (más madres que padres), promotores de Plan Internacional, líderes comunitarios, hombres y mujeres (más mujeres que hombres), niños y niñas, la coordinadora del Área de Salud No. 2. En el taller conocieron los planteamientos de los niños y niñas para que sus derechos sean realidad.

Del taller surgió la necesidad de llevar adelante reuniones periódicas entre Plan Internacional, Cepam, los representantes de los niños y niñas, del Área de salud No. 2, del Cem G3, de las promotoras comunitarias que integran la red de Prevención del Maltrato Infantil, las líderes comunitarias y los dirigentes comunitarios para planificar acciones coordinadas para el mejoramiento de las relaciones familiares. A este proceso también se incorporó el Programa del Muchacho trabajador (PMT) que tenía un convenio con Plan Internacional para la capacitación a maestros y maestras sobre el enfoque de género en la educación.

Se llevaron a cabo dos o tres reuniones, pero no se concretó un plan de acción coordinado. Ante esto, los/as representantes de la organización de niños y niñas manifestaron que ya no querían perder más el tiempo, pese a que había interés en algunos, como por ejemplo el profesor delegado por el Cem G3, quien participó muy puntualmente a las reuniones. En cambio otros, como las representantes del Área 2 no participaron en ninguna reunión, o el caso de Plan In-

ternacional que no se comprometió en este proceso pues el convenio entre Plan y PMT demostró en ejecutarse.

A partir de estas actividades aprendimos que en la concepción de violencia intrafamiliar era necesario incorporar los efectos de la violencia contra la mujer en su relación de pareja en el desarrollo de niños y niñas, así como abordar el maltrato de éstos por parte de sus progenitores u otros familiares. Otro aprendizaje fue la necesidad de respetar los procesos y no forzar el logro de metas- como la conformación de la red- sin un real involucramiento de los actores.

TALLERES DE CAPACITACIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A MUJERES DE SECTORES POPULARES

Aproximadamente 30 mujeres integrantes de las organizaciones de mujeres de cuatro cooperativas de vivienda situadas en las zonas urbano populares de Trinitaria y Mapasingue, en convenio con el Proyecto Hábitat de las Naciones Unidas y Defensa del Niño Internacional (DNI), solicitaron al Cepam Guayaquil la capacitación sobre la problemática de violencia a la mujer e intrafamiliar con el propósito de impulsar espacios comunitarios de orientación y apoyo para el mejoramiento de las relaciones familiares, dirigidos por estas organizaciones de mujeres.

Hicimos la capacitación porque consideramos que esta era una oportunidad para lograr el objetivo final del proyecto Regional que es la disminución de la violencia hacia las mujeres y niñas y que a la vez permitía validar nuestra propuesta de capacitación en violencia intrafamiliar a mujeres de sectores populares.

Realizamos 10 jornadas de capacitación con una duración de 8 horas cada una, que incluyeron 16 horas de un taller vivencial de autoestima.

A través de la profundización de las manifestaciones, efectos y causas de la violencia, de reflexionar sobre el rol que como mujeres y líderes

comunitarias tienen en el mejoramiento de la calidad de vida personal y de su comunidad y de construir formas o procedimientos adecuados para apoyar a personas afectadas por violencia y prevenirla, logramos que la mayoría de las participantes se plantearan cambios en su forma de relacionarse en su familia, bosquejaban soluciones a su propia situación de violencia y se comprometieron a llevar adelante un centro de atención y orientación de la violencia intrafamiliar en sus comunidades.

De esta forma pudimos también tener en el equipo del Cepam, más conocimientos de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, sus causas y consecuencias, así como ratificar nuestros principios y herramientas metodológicos.

Los talleres fueron complementados con la capacitación más concreta sobre los derechos de las personas y sobre la ley contra la violencia a la mujer e intrafamiliar, llevada a cabo con el apoyo de la directora del servicio legal del Cepam.

Con un esquema similar a los talleres señalados, pero ajustándose al proceso del grupo, se capacitó a las mujeres del Grupo Despertando, quienes al finalizar la capacitación se comprometieron a ser parte de la Red y a constituirse en un grupo de referencia en la comunidad para el apoyo, orientación, capacitación a familias, mujeres y jóvenes para el mejoramiento de sus relaciones familiares.

TALLERES DE CAPACITACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL SECTOR SALUD

Como parte del proceso de relación entre la OPS y el Ministerio de Salud Pública y de los acuerdos alcanzados en el Comité de gestión del proyecto, un grupo numeroso de personas vinculadas al Ministerio de Salud y ONG's especializadas en salud sexual y reproductiva, en género y violencia, elaboraron las normas de atención de salud sexual y reproductiva que incluye un capítulo para la prevención y atención

de la violencia intrafamiliar. Por esto, en una reunión del Comité de gestión del proyecto se acordó llevar a cabo el pilotaje de la aplicación de las normas de atención de la violencia con los equipos de salud de las comunidades donde las ONG's ejecutan el proyecto.

Los talleres para el pilotaje de la aplicación de las normas se plantearon también como un espacio de capacitación y sensibilización al sector salud sobre cómo abordar la violencia hacia la mujer e intrafamiliar desde su sector. Se realizaron con el personal de las Áreas 1 y 2, médicas/os, enfermeras, trabajadoras sociales, obstetras. La facilitadora de los talleres fue una médica responsable del área de salud del Cepam. Se recogieron las principales dificultades que tiene el personal para la aplicación de las normas, entre las que están, que el Ministerio no las adopta como política y el exceso de trabajo del personal. Se ratificó la necesidad de constituirse en red para la referencia y seguimiento de los casos.

Se constituyó el Comité para la Atención de la Violencia en el Área No. 1, en cambio el Área No. 2 no participó tan activamente en esta etapa. Hubo mucha motivación en impulsar este proceso de parte de la trabajadora social del Área 1 quien participó en el taller de socialización de las recomendaciones a partir del pilotaje que se realizó en Quito. Ella informó de los acuerdos al director del Área, comprometiéndolo a incorporar la aplicación de las normas. Una de las recomendaciones presentadas por el Cepam Guayaquil en el taller de socialización fue que el personal de salud de las distintas áreas del MSP fuera capacitado y sensibilizado antes de aplicarlas.

JORNADAS DE DIFUSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En esta etapa aún no estaba conformada la red, pero considerábamos que no convenía que el proceso de involucramiento de actores sociales se aislara de la coyuntura ni del Movimiento de

Mujeres. Por esto, en el equipo decidimos participar en jornadas en las que el Cepam tenía un rol, invitando a todos los actores sociales del proyecto.

Estas jornadas, en las que participaron sobre todo las mujeres líderes de la comunidad, se las llevó a cabo en el contexto de la coyuntura política del país y de las acciones planteadas por el Movimiento de mujeres local y nacional, y de la celebración del día internacional por la no violencia contra la mujer.

En noviembre de 1996 distintas organizaciones de mujeres nos congregamos en la plaza de San Francisco y a través de teatro y discursos, hicimos un juzgamiento simbólico al Ministro de Energía que concentraba, a través de su comportamiento y su discurso, el carácter autoritario, patriarcal y corrupto del gobierno de Abdalá Bucaram. Se llevó a cabo una consulta popular a 700 hombres y mujeres, que reflejó el desacuerdo con la violencia hacia la mujer, la necesidad de que el gobierno adopte medidas para la prevención y atención de la violencia como la de dotar a las Comisarias de la Mujer de presupuesto para ello. Logramos la difusión por la prensa, la televisión y la radio.

En noviembre de 1997, siendo la coyuntura las elecciones a la Asamblea Nacional Constituyente, el planteamiento fue el voto contra la violencia de género y la violencia social, por lo que votamos por las candidatas del Movimiento de Mujeres a la Asamblea Nacional.

OTRAS ACCIONES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

El Cepam como institución que tiene como visión contribuir a una sociedad de bienestar y equidad entre hombres y mujeres, entre los grupos humanos y como misión trabajar por el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, impulsa varios proyectos tendientes a lograr lo señalado. Uno de ellos, el de capacitación al personal de salud del Area 2 y a las promotoras de salud comunitarias para la prevención de

enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida y apoyo a las personas que viven con esta enfermedad.

La sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/Sida están atravesadas por las relaciones de género y la violencia hacia la mujer, por lo que este proceso de capacitación sirvió para lo que estuvo planteado, pero también contribuyó en gran medida a lograr una mayor sensibilización tanto del personal de salud del Area 2, como de las promotoras comunitarias de salud, en reconocer la violencia hacia la mujer como un problema de salud pública y social que debe ser abordado por todos y todas.

Otra de las propuestas del Cepam era contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud del area 2 y la construcción de una comunidad saludable, por lo que se planteó a través de un diagnóstico participativo y de la socialización del mismo, la elaboración de un plan local de salud con la participación de todos los actores sociales de la zona. Dentro del concepto de salud o comunidad saludable se incluye el reconocimiento que la violencia contra la mujer e intrafamiliar afecta la salud de las personas e impide el desarrollo integral de las mismas.

Este proceso de diagnóstico de la salud de la comunidad del Guasmo Norte fue involucrando a nuevos actores sociales como los centros de salud privados, los comités de salud de cada subcentro, las comités barriales.

TODOS Y TODAS SOMOS PARTE DE LA RED TERCER PERÍODO: JUNIO A DICIEMBRE DE 1998

Definimos a la red intersectorial como la confluencia de varios actores sociales integrantes de diversas disciplinas e instituciones o grupos que acuerdan trabajar e impulsar acciones para la solución de una problemática determinada. Estas acciones debían ser impulsadas tanto desde cada sector como colectivamente. Para actuar coordinadamente debían reunirse periódicamente para planificar, evaluar, llegar a acuer-

dos. También se relacionarían para potenciar la solución de un problema concreto a través de la referencia y seguimiento del caso o situación.

Una vez transcurrido todo el proceso señalado en el periodo anterior, a través del cual los actores claves del sector salud, comunitario, educativo y el Cepam habían manifestado su voluntad de impulsar acciones para la prevención y atención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar tanto desde su institución como colectivamente, se acordó la realización de un taller el 3 de junio de 1998 donde colectivamente se analizaría el por qué y el para qué de una red para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el rol de cada uno dentro de la red, y las formas de trabajar coordinadamente.

Participaron en este taller de conformación de la red:

Del sector educativo, los integrantes de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil de los colegios Peralta y Estarellas y del Cem G3, así como algunos directivos de dichos colegios y escuelas, y la directora de una escuela privada.

Del sector salud, la jefa del Area 2, la coordinadora de area y el educador para la salud. Del Area 1, el equipo que integra el comité de prevención y atención de la violencia conformado por la trabajadora social y una médica pediatra. Del sector comunitario, el Grupo de mujeres Despertando, promotoras comunitarias de salud y líderes mujeres. El equipo ejecutor del proyecto del Cepam fue el facilitador del taller.

Partimos de socializar cómo cada sector ha experimentado la violencia intrafamiliar, es decir, cómo se ha relacionado con ésta desde el ejercicio profesional, familiar o comunitario y qué ha hecho hasta el momento para su atención y prevención.

Al ratificar que cada sector tiene un rol que jugar para la prevención y atención de la violencia, se analizó el por qué del trabajo coordinado. Se acordó que éste debe darse porque la

violencia afecta a todos los sectores y porque hay que potenciar los recursos, utilizando las experticias de cada sector según el caso.

Se reconoció la necesidad de continuar en capacitación constante, ya que trabajar para la prevención y atención de la violencia significa cambiar concepciones y prácticas individual y colectivamente.

Se firmó un acta de compromiso donde constan los objetivos de la red. Se acordó que cada uno de los integrantes debía registrar los casos de violencia, participar en las reuniones trimestrales de evaluación y planificación, atender situaciones de violencia desde sus propios espacios y referirlos a las instituciones especializadas cuando se lo requiera, participar en las acciones colectivas planificadas por la red. En la primera fase de este proceso el Cepam asume el rol de apoyo técnico y seguimiento y de impulso de procesos de capacitación cuando sean necesarios.

A partir de esta fecha la trabajadora social con experiencia en organización del Cepam asume el seguimiento y el apoyo técnico de cómo mejorar la atención de violencia. Este seguimiento se da a través de reuniones quincenales con cada equipo de trabajo, es decir con los equipos de cada colegio y la red Cem G3, con las Areas 1 y 2 y con las mujeres del sector comunitario y a veces por separado con el Grupo Despertando.

Se llevaron a cabo también reuniones colectivas por sector, donde se socializaron los casos de violencia que se había atendido, lo que cada equipo está haciendo con los casos de violencia y para su prevención. Se preparó la reunión de evaluación y seguimiento de la Red donde cada grupo debía exponer cómo había llevado a cabo la atención, la escucha, el registro, la referencia y contrareferencia y plantear propuestas de acciones para la prevención de la violencia.

En estas reuniones se manifestó interés y compromiso de cada uno de los participantes en

aprender y aportar con mecanismos más precisos para resolver situaciones de violencia. Así, la psicóloga del colegio José Peralta planteó la realización de entrevistas a los/as estudiantes para conocer cómo son las relaciones intrafamiliares. También plantearon realizar talleres de capacitación con los padres y madres de familia para sensibilizarlos sobre la problemática de violencia. El sector salud, sobre todo de la Maternidad, expresó que registraban los casos de violencia, los atendían y los referían a la comisaría de la Mujer o a otras instituciones especializadas. Además, se diseñó colectivamente una ficha de registro, referencia y contrareferencia de la violencia.

En septiembre se llevó a cabo la segunda reunión ampliada de la red. Participaron los mismos actores de la reunión constitutiva, pero se incorporaron dos personas del DOBE del Colegio Estrellas y una del Cem G3. También participaron dos integrantes con cargos directivos del Sistema Red de Prevención del Maltrato infantil del INNFA. Cada sector expuso cómo había detectado la violencia, cómo la había atendido, registrado, hecho la referencia del caso y el seguimiento. Adicionalmente, se revisó el modelo de ficha de registro que se había diseñado con las ideas de cada sector y se plantearon algunas acciones a realizar.

Se ratifica en esa oportunidad, que cada sector tiene un rol importante que jugar para la atención y prevención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar. Así el sector salud ha detectado la violencia por referencia de otra unidad de salud, por denuncia de los familiares afectados, por signos y síntomas presentados en la consulta. El sector educativo la ha detectado teniendo presente, es decir, estando alerta de la existencia de la violencia intrafamiliar, aplicando encuestas o realizando entrevistas con indicadores sobre las relaciones familiares y la afectación de ésta en los/as jóvenes, sea a través de la ficha psicopedagógica o por signos y síntomas como problemas de aprendizaje, inasistencia a

clases, entre otros, detectados por otros docentes y que lo han referido al espacio especializado.

El sector comunitario ha detectado la violencia hacia las mujeres e intrafamiliar en talleres realizados con familias sobre sexualidad, autoestima, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, relaciones familiares, a través de las visitas a las familias como parte de las campañas organizadas por las unidades de salud (PAP, tuberculosis, etc), a través de conversaciones informales con amigas y vecinas de la comunidad.

En el sector salud la atención de los casos de violencia recae sobre todo en la trabajadora social de la Maternidad quien escucha el relato de la situación, acoge a la persona valorizando la decisión de detener la situación de violencia, da información sobre los diferentes espacios que podrían apoyarla, cómo es dicha institución y cómo llegar a ella. Desde la maternidad se ha hecho difusión de las unidades de salud como centros de apoyo a situaciones de violencia. Desde el subcentro de salud Casitas del Guasmo, se orienta sobre los derechos sexuales y reproductivos.

La atención en el sector educativo la realizan los integrantes de los equipos del departamento de orientación y bienestar estudiantil, sobre todo los psicólogos/as y psicopedagogos a través de terapia individual en los casos que se detectan, conversando con las personas, convocando a los padres y madres de los/as estudiantes, resolviendo los casos interdisciplinariamente con los aportes de todos los integrantes del DOBE.

La atención en el sector comunitario la realizan, sobre todo, las mujeres del Grupo Despertando, a través de la escucha, relacionan los testimonios de vida de las personas con su situación actual de violencia, orientan sobre los derechos de las mujeres, niños y niñas. En el local que el grupo tiene, capacitan en talleres familiares so-

bre género y sexualidad, orientan sobre la importancia de un apoyo psicológico y lo refieren a instituciones especializadas como Cepam.

Los tres sectores cuando lo consideran necesario remiten o refieren las situaciones de violencia. En el sector salud hay una ficha de seguimiento. El seguimiento consiste en preguntar cómo fueron atendidos en el lugar de referencia, en dialogar con todas las personas que pueden ayudar en su solución: profesores, psicólogos, familiares.

Se ratificó la importancia de registrar la violencia intrafamiliar, de tener datos estadísticos y características de la violencia, lo cual fue importante porque lo asumieron como una contribución a una atención de calidad y no como un trámite burocrático que hay que cumplir.

Sintetizamos las conclusiones, consideradas a la vez aprendizajes y acuerdos, pues parte de la metodología de intervención para lograr el involucramiento de los actores es entregar a cada institución participante la memoria de los talleres que se realizan. La elaboración de tal memoria es asumida por Cepam. Las conclusiones fueron:

- Para detectar situaciones de violencia intrafamiliar, hay que tener presente la existencia de la misma en la comunidad, así como los efectos de este problema en las personas.
- Existen diversas formas de detectar la violencia intrafamiliar.
- Por ser complejo el problema y difícil de reconocer y aceptar por la persona que lo vive, es importante asegurar la calidad de la atención para lograr la resolución de los casos, esto es, recibir, acoger, escuchar, informar, revalorizar la decisión de parar la violencia por parte de quien la vive.
- Se han desarrollado algunas formas de registro y seguimiento pero se hace necesario diseñar un sistema homogéneo y formal para la red. La ficha registro que fue diseñada fue aceptada y se la va a probar por tres meses.

- Cada sector ratifica su compromiso de continuar con la atención y diseñar medidas de prevención.
- La denuncia legal no es el objetivo principal del registro de la situación de violencia. Esta sólo se la hará cuando la persona esté totalmente segura de querer impulsarla.

Se acordó además:

- Realizar talleres de capacitación a los/as estudiantes de las tres unidades educativas sobre sexualidad, género y autoestima acogiéndose a un proyecto de Cepam.
- Capacitar a las dirigentas comunitarias para que se constituyan en orientadoras sobre los derechos de las mujeres y las personas. Tales orientaciones las harían en los centros de salud y en los colegios y escuelas. La capacitación a las orientadoras comunitarias y el pago de una bonificación por su trabajo de orientación es parte de un proyecto del Cepam en convenio con BILANCE.
- Hacer una planificación de acciones por el Día Internacional de la no violencia hacia la mujer.
- Impulsar acuerdos con las autoridades locales y nacionales del sector educativo y salud.
- Mantener coordinación con el Sistema Red de Prevención y Atención del Maltrato Infantil.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LO PLANIFICADO

Lo que habíamos planificado en el segundo taller ampliado de la Red, se llevó a cabo, esto es:

- Se realizó la capacitación a 23 promotoras comunitarias (líderes con muchos años de experiencia en organización comunitaria, promoción de la salud, integrantes de la Red de Prevención y Atención de la Violencia) para que se constituyan en orientadoras sobre los derechos de las mujeres y las personas sobre todo en lo referente a la ley contra la violencia intrafamiliar, juicios de ali-

mentos, inscripciones tardías, ayuda prenatal, divorcios, uniones de hecho.

- 20 terminaron la capacitación y 14 se constituyen en orientadoras comunitarias durante noviembre y diciembre en un espacio acondicionado para ello en la Maternidad del Guasmo, en el Colegio Peralta, en el Cem G3, en el Centro de salud Guasmo Norte y en el subcentro de salud Casitas del Guasmo.
- Con esta acción más de 500 mujeres lograron su inscripción y la de sus hijos/as en el registro civil, obtuvieron respuesta a su situación de violencia intrafamiliar, iniciaron trámites legales para obtención de pensión de alimentos, recibieron apoyo psicológico cuando lo requirieron.
- Los talleres con los/as estudiantes del Colegio Peralta, Estarellas y Cem G3 se realizaron con la participación de 120 jóvenes, hombres y mujeres. Los equipos de los DOBE participaron como apoyo en la ejecución de los talleres, planificaron y evaluaron el contenido y ejecución de los mismos. Consideran muy importante la realización de estos talleres como parte de la formación para el desarrollo integral de los/as estudiantes, para la recuperación de su autoestima, para la toma de decisiones, para lograr relaciones de equidad y de respeto entre hombres y mujeres, entre adultos/ niños.

También planificamos las acciones por el día de la No Violencia hacia la mujer:

- Jornadas de capacitación a familias del Guasmo llevadas a cabo por el Grupo de Mujeres Despertando.
- Brigadas de orientación sobre los derechos de las mujeres indicadas en el párrafo anterior.
- Jornadas de difusión sobre qué es la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, sus efectos y los lugares donde se puede acudir en búsqueda de apoyo. Estas se realizaron en un

parque central de la ciudad de Guayaquil en coordinación con el Movimiento de Mujeres y otra en un parque del Guasmo.

- Una mesa redonda con la participación de todos los actores de la red para tratar la "Violencia contra la mujer como un problema de salud pública y de afectación al desarrollo integral de las personas".

La mesa redonda se llevó a cabo en el Hotel Ramada. Tenía como objetivos difundir a representantes del sector salud, educativo y comunitario de Guayaquil el decreto del Ministerio de Salud Pública de asumir la violencia hacia la mujer e intrafamiliar como un problema de salud y que existe una experiencia de intervención coordinada entre varios actores para la atención y prevención de la violencia intrafamiliar. Por ello el acto fue organizado en coordinación con la Dirección Provincial de salud del Guayas, con el apoyo de la OPS, quien coordinó la mesa.

Participaron como expositores representantes de la Red, una por cada sector. La psicóloga del Colegio Peralta expuso los efectos de la violencia intrafamiliar en el desarrollo integral de los/as estudiantes y qué se puede hacer desde el sector educativo para cambiar esta situación. La jefa del Área de salud No. 2, qué se hace desde un centro de salud para el diagnóstico, atención y prevención de la violencia hacia la mujer. La representante del Grupo de Mujeres Despertando expuso sus experiencias en la atención y prevención de la violencia hacia las mujeres. La representante del Cepam, por qué la violencia contra la mujer afecta la salud y al desarrollo integral de las personas. La directora provincial de salud manifestó el compromiso del Ministerio en afrontar la violencia intrafamiliar demostrado a través del reconocimiento de esta problemática como problema de salud y la necesidad de impulsar la capacitación al personal de todas las unidades para la aplicación de las normas respectivas.

En el acto estuvieron más de 200 personas y algunos medios de comunicación, lo que sobrepasó lo calculado. La participación en un acto público con la acogida mencionada motivó a los integrantes de la red a continuar con lo que se han propuesto. Fueron valorados por sus aportes, tanto por las personas integrantes de su área de acción como por otras instituciones.

El cumplimiento de las acciones planificadas fue muy importante para la conformación de la Red. A los actores que ya estaban participando les motivaba a continuar el ver concretadas sus propuestas y esfuerzos. Por otra parte, las jornadas de difusión, tanto en el Parque San Francisco como en el Pedregal (Guasmo) permitieron dar a conocer a numerosas personas que existe un esfuerzo coordinado de varios sectores representativos que están impulsando acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. Estas jornadas lograron la incorporación de más personas a las acciones de la Red, principalmente los/as estudiantes de los colegios y escuelas que expusieron a través de pancartas sus planteamientos respecto a la violencia intrafamiliar. Lograron también que cada equipo de la red se valore por lo que está haciendo en su sector, personalmente y en coordinación.

El sector educativo siente que todavía es el que menos experiencia tiene, pero está seguro de que debe ser parte de la Red. El sector salud se siente respaldado porque la atención de la violencia va a ser asumida como política del Ministerio. La Jefa del Área No. 2 se siente motivada porque hay un reconocimiento de parte de la Dirección Provincial de Salud a su gestión para lograr una atención de calidad en el área que representa. La Dirección Provincial de salud reconoce también los aportes del Cepam, tanto en la intervención para el tratamiento de la violencia intrafamiliar, como en el proceso de la realización de los planes locales de salud que también es política ministerial.

ACCIONES PARALELAS

Según lo indicado en el período anterior, el Cepam se ha planteado impulsar un proceso para la construcción de una comunidad saludable con la participación de todos los actores sociales que viven y trabajan en el Guasmo Norte, esto es, organizaciones del gobierno local y nacional, organizaciones barriales, organizaciones de mujeres, jóvenes, organismos no gubernamentales, empresas privadas, iglesia.

En este período hemos llevado a cabo talleres de información sobre el diagnóstico de salud del Guasmo a los diversos actores sociales. En este diagnóstico hemos incluido los resultados de la investigación de la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia, así como los aprendizajes recabados de los talleres realizados con el sector salud, comunitario, mujeres y educativo del Guasmo.

Hemos realizado talleres con la participación de todos los actores mencionados para definir colectiva y consensualmente qué es una comunidad saludable y por qué se deben incorporar cada uno en esta misión.

También hemos hecho talleres para analizar los factores críticos de la salud del Guasmo y el plan para afectar a tales factores, uno de los cuales es la violencia contra la mujer e intrafamiliar.

Un mecanismo para impulsar el plan es la constitución de mesas de trabajo que tienen como objetivo llevar adelante planes operativos para solucionar los problemas que se han señalado como prioritarios. Se ha conformado una mesa de trabajo para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar que incorpora a los integrantes actuales de la Red más nuevos representantes de organizaciones barriales (hombres) y de los Centros Municipales Integrales.

CONCLUSIONES

1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Al hacer el análisis de esta experiencia reflexionamos sobre cómo se habían involucrado los distintos actores sociales en el proceso de impulsar alternativas coordinadas para la prevención y atención de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar; cómo fueron modificando sus concepciones, actitudes y prácticas respecto a esta problemática; cómo fueron cambiando sus niveles de involucramiento; y cómo es su participación actual.

Analizamos asimismo el por qué de este involucramiento y qué tiene que ver con la metodología y estrategias de intervención; con el marco ideológico del Cepam como institución ejecutora; con las características de los actores y con el contexto geográfico, político, cultural en que se desarrolló la experiencia.

¿COMO SE FUERON INVOLUCRANDO LOS DISTINTOS ACTORES SOCIALES?

Entre los actores sociales nos referimos básicamente a los que son parte de los sectores salud, educativo, comunitario y al Cepam. Si bien es cierto que no todas las personas que forman parte de estos sectores o instituciones se involucran de la misma manera, tomamos como referencia sobre todo a las personas que han estado participando en la mayor parte del proceso y que actualmente están liderando las acciones de prevención y atención de la violencia hacia la mujer como integrantes de la Red del mismo nombre.

En general, el sector salud desde el inicio fue muy receptivo para tratar la problemática de

violencia hacia la mujer e intrafamiliar. Sin embargo, sus integrantes, aunque reconocían la existencia de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar en la comunidad y en la sociedad en general, no tenían claridad de que era un problema de salud pública ni de afectación del desarrollo integral de las personas. Atribuían sus causas a la pobreza, el alcoholismo, machismo.

Se cuestionaban constantemente cómo iban a abordarla si no había instrumentos de registro ni normas para su atención; tenían temor de involucrarse en un problema privado y/o legal, y por no tener tiempo ni recursos humanos para su abordaje. Además sentían no estar capacitados para ello.

Actualmente, el sector salud reconoce la violencia intrafamiliar como un problema social, de la comunidad y de salud pública. Ha interiorizado sobre todo los efectos de la violencia en la salud física y emocional de las mujeres, los niños y niñas. Reconocen que tienen un rol importante que desempeñar en la prevención y atención de la violencia y que una atención de calidad pasa por incorporar el enfoque de género y la atención de la violencia a través de la escuela, el diagnóstico, el registro, la curación, la orientación, la referencia, el seguimiento, la coordinación de acciones y la participación en la Red.

Tanto en el Area 1 y como en la 2 existe un comité responsable de impulsar las acciones que son planificadas y evaluadas en la Red. Cada vez más médicas, algunas de ellas directoras de subcentros de salud y enfermeras, diagnostican la violencia intrafamiliar a través de los signos y síntomas manifestados por las personas, ade-

más de la atención de calidad referida en los párrafos anteriores.

Posterior a las etapas que hemos considerado en esta sistematización, el sector salud sigue organizando actividades para fortalecer este proceso de atención y prevención de la violencia intrafamiliar como jornadas por el día de acción por la salud de la mujer o el convenio entre el Cepam y la Maternidad del Guasmo para la instalación de un servicio de atención legal y de mediación de conflictos en un local de dicha Maternidad. Asimismo ha incorporado dentro de los planes locales de salud, el tratamiento a la violencia hacia la mujer e intrafamiliar.

En el sector educativo, donde en los talleres y en la Red hay más participación de hombres que de mujeres en relación a los otros sectores, la concepción sobre violencia intrafamiliar estaba más enfocada al maltrato a los niños y niñas de parte de sus padres y madres, existiendo una tendencia a la culpabilización a la madre por la violencia vivida y juzgamiento y censura a los maltratos hacia los hijos e hijas. Aunque reconocían la existencia de violencia hacia la mujer e intrafamiliar en su comunidad, no veían los efectos de la violencia hacia la mujer en el desarrollo de los niños y niñas.

En la actualidad saben de las manifestaciones, efectos y causas de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar, por lo que están conscientes de que se debe abordar esta problemática impulsando relaciones de equidad entre hombres y mujeres, entre adultos/niños-niñas. Se consideran un actor importante dentro de la Red, aunque aún piensan que deben capacitarse más y que sus experiencias frente a la violencia intrafamiliar no están tan desarrolladas como el sector salud y comunitario.

Actualmente, los y las integrantes del equipo de dirección de la Red de Escuelas (integrado por algunas directoras y directores de escuelas) están impulsando en sus escuelas acciones de prevención y atención de la violencia intrafami-

liar principalmente a través de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil y el personal docente que tiene presente la posibilidad de violencia intrafamiliar, remite los casos a los DOBE o a otras instituciones especializadas como el Cepam. Lo mismo sucede en los colegios Estarellas y Peralta, impulsan procesos de sensibilización y capacitación a los/as estudiantes especialmente alrededor de los temas género, sexualidad, autoestima, y participan activamente en las acciones de la Red. Participan también en la coordinación interinstitucional para la construcción de una comunidad saludable.

Algunos directores de escuela han manifestado que las relaciones de los padres y madres de sus estudiantes han mejorado por la intervención que han hecho desde las escuelas, que ha disminuido el maltrato a los niños y niñas.

En los planes locales de las escuelas del CEM G3 elaborado por los/as estudiantes consta el impulsar acciones por un buen trato hacia niños y niñas.

Sin embargo, todavía existen algunas resistencias, sobre todo de los maestros, a que se haga mención a la violencia hacia la mujer. Prefieren que se hable de violencia intrafamiliar, ya que insisten con relativa frecuencia en que también se da violencia de parte de las mujeres hacia los hombres. Con todo, las y los psicólogos/ psicopedagogos son los que más han interiorizado la violencia hacia la mujer como un proceso sociocultural de efectos negativos en el desarrollo de los seres humanos.

El sector comunitario, que ha estado representado básicamente por las mujeres líderes, también ha experimentado cambios en sus concepciones y prácticas en relación a la violencia hacia la mujer e intrafamiliar. Igual que los otros sectores conocían de la existencia de violencia intrafamiliar en la comunidad, reconocían que ellas han sufrido y sufren situaciones de violencia y pensaban que era un problema que afectaba principalmente a mujeres y a los niños y niñas.

Desde el inicio muchas de ellas estuvieron dispuestas a participar en la búsqueda de soluciones a esta problemática y a apoyar a otras mujeres en la solución de situaciones de violencia, ya que se identificaban con ellas porque conocían en carne propia estas vivencias. Sin embargo algunas manifestaron temor a implicarse en "problemas ajenos" en los que involucrarse representara "alterar la tranquilidad de sus hogares". Además tenían temor de no saber cómo apoyar a otras mujeres. Ahora estos temores se van superando; tienen mucha claridad y orgullo de su rol como orientadoras de los derechos de las mujeres y de las personas; saben que cumplen un papel importante como integrantes de la comunidad para prevenir y apoyar a las personas que están viviendo situaciones de violencia; valoran mucho sus aportes dentro de la red, porque están conscientes de que "ellas son comunidad", y tienen experiencia en demandar servicios de calidad y en informar sobre los recursos existentes.

Las mujeres líderes están conscientes asimismo de la necesidad de cambiar las concepciones, actitudes y prácticas que provocan relaciones de violencia e inequidad entre hombres y mujeres, y sobre todo de los efectos que tiene la violencia en el desarrollo de sus propias vidas, de sus hijos e hijas. Por eso remiten y acompañan a muchas mujeres en situación de violencia al Cepam y están pendientes de los resultados de dicha intervención. También participan cumplidamente en las acciones de orientación o de capacitación que se comprometen a realizar en las reuniones de la Red y se preocupan de involucrar el tratamiento de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar en la construcción de una comunidad saludable.

Han comprendido la necesidad de incorporar a los hombres líderes en el compromiso de impulsar acciones para la prevención y atención de la violencia y la construcción de una comunidad saludable, por lo que procuran su contribución. Como resultado, actualmente el sector

comunitario se ha ampliado con la participación de líderes varones en la Red.

En el Cepam concebíamos la violencia hacia la mujer como la expresión de la existencia de una ideología patriarcal que ha desarrollado relaciones de dominio-sumisión entre hombres y mujeres. Sabíamos que estas relaciones violentas se daban mayoritariamente en la relación de pareja, del hombre hacia la mujer aunque estábamos conscientes de la existencia de maltrato hacia los niños y niñas de parte de sus padres y madres. Pero cuando nos referíamos a violencia intrafamiliar, era a aquella ejercida a la mujer por algún miembro de la familia, generalmente su pareja. Además conocíamos de los efectos de la violencia hacia la mujer de parte de su pareja en la salud de ella, en la baja autoestima, en las inhibiciones y limitaciones que causaba para su participación en todas las esferas de la vida, así como de sus efectos en el desarrollo integral de los niños y niñas y en la reproducción de seres humanos sumisos, dependientes, inseguros con baja autoestima, con dificultades para expresar afecto, y en la reproducción de patrones culturales de hombres agresores, mujeres víctimas.

Actualmente, en la violencia intrafamiliar consideramos tanto la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer en su relación de pareja, como la violencia sexual que está incluida en la relación de pareja, pero que se produce con mucha frecuencia de parte de los padres, padrastros, hermanos o familiares hombres hacia las mujeres (niñas, jóvenes, ancianas). Esto a su vez, es violencia de género.

Los efectos de la violencia hacia la mujer de parte de su pareja en los niños y niñas también las consideramos violencia intrafamiliar.

El maltrato ejercido hacia los niños y niñas por la existencia de una cultura autoritaria, de represión y de castigo también la consideramos violencia intrafamiliar, pero no es específicamente de género, aunque evidentemente la violencia sexual ejercida contra las niñas y jóvenes

por parte de algún familiar varón, es violencia de género, como también lo es la violencia física ejercida contra los niños "para que aprendan a ser machos".

Actualmente en el equipo ejecutor y sistematizador del proyecto tenemos conciencia de lo arraigado que está en cada una de las personas, hombres y mujeres, la construcción social de lo que significa ser hombre y ser mujer, así como de las percepciones tan diferentes que tienen los hombres y las mujeres de lo que es el amor, la sexualidad, el poder, la autoridad, el ser persona.

Tenemos un mayor compromiso para contribuir a través de nuestros conocimientos profesionales y personales, de nuestras actitudes y prácticas en la búsqueda de nuevas formas de relacionarse entre hombres y mujeres, entre adultos-niños/niñas, entre las personas.

Por esto, el Cepam institucionalmente, con toda la experiencia ganada en este proceso, se ha involucrado también en procesos de capacitación para la atención de la violencia intrafamiliar en el sector salud y comunitario fuera del Guasmo.

Igualmente, en nuestro quehacer institucional, a través de los servicios de atención médica, legal, psicológica, se procura una atención de calidad en base a los aprendizajes producto de la reflexión sobre lo actuado en los propios servicios y de los aprendizajes de esta experiencia sistematizada.

¿POR QUE SE INVOLUCRAN LOS ACTORES SOCIALES?

Cuando analizamos el involucramiento de actores sociales pudimos notar que uno de los factores que debíamos tomar en consideración era la metodología y el marco ideológico del Cepam Guayaquil.

Partiendo de la convicción de que la violencia de género e intrafamiliar es producto de un aprendizaje cultural, nos planteamos lograr que

los distintos actores interioricen las causas y los efectos de dicha cultura en sus propias vidas y en la de las personas que forman parte de la comunidad donde viven y trabajan, muchas de las cuales eran los y las beneficiarios/as de sus instituciones. Por ello el eje central del proceso de sensibilización era profundizar sobre las manifestaciones, efectos y causas de la violencia de género. Al analizar las manifestaciones, los actores sociales aprendieron a diagnosticar situaciones de violencia, registrarla y referirla si no la podían atender. Al analizar los efectos en la salud y en el desarrollo integral de las personas, los sectores salud, educativo y comunitario vieron con claridad cuál era su rol frente a esta problemática. Al analizar las causas tomaron conciencia de su complejidad y por lo tanto de la necesidad de impulsar cambios en concepciones y actitudes personales e impulsar acciones coordinadas para producir cambios en la cultura.

De igual manera teniendo como principio base que los actores sociales son sujetos activos en este proceso, es decir capaces de participación real en la toma de decisiones y ejecución de las mismas, se aplicó una metodología y se llevó a cabo una práctica en las que reconocían las potencialidades y aportes de cada uno de los actores, tanto personales, profesionales, e individuales como colectivas del sector al que pertenecían; en las que se fortalecían esas potencialidades, se relacionaban con el contexto y se reconocían las debilidades para plantear cambios o acciones que hagan cambiar la situación.

En este proceso, el Cepam se identifica como un actor social más, y reconoce sus fortalezas y debilidades. Esto favoreció el que también cada actor social reconociera y validara su rol en el proceso así como el rol de los otros.

El Cepam actuó consecuentemente con sus propuestas de impulsar relaciones de respeto y equidad lo que se manifestó a través del compromiso personal de cada una de las integrantes del equipo, de la identidad de género, en ac-

titudes de respeto a cada uno de las personas involucradas en esta experiencia, respecto a sus procesos y a la no culpabilización ni juzgamiento. Esto, más el reconocimiento y valoración hacia nuestro trabajo anterior en la zona, produjeron empatía entre la mayoría de los actores sociales y el equipo del Cepam. Igualmente, la convicción en lo que planteábamos produjo también identidad con las propuestas, principalmente por parte de las mujeres, como mujeres y como profesionales médicas, sicólogas, trabajadoras sociales.

En el análisis consideramos también que otros factores importantes que influyeron en el involucramiento de los actores sociales, fueron sus características y su rol, así como el contexto en el que se desarrolló la experiencia.

En el caso del sector salud podemos anotar como factores de su involucramiento los siguientes:

Estaba integrado en su mayoría por mujeres que como médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, habían conocido de situaciones de violencia hacia la mujer y hacia los niños y niñas en el ejercicio de su profesión y algunas de ellas, por sus vivencias personales. Además, el sector salud tiene como misión aliviar el dolor, curar, restablecer, por lo que identificaron más fácilmente su rol en este proceso.

Por otra parte el Cepam había entablado mayor vinculación con el sector salud desde hace algunos años por su experiencia en la incorporación del enfoque de género en el subcentro Casitas del Guasmo, mediante un convenio entre Cepam-MSP-Comunidad. Por tanto, la práctica de llevar adelante acciones en coordinación y procurar el mejoramiento de la calidad de atención, se venía ejerciendo desde 1991.

Inclusive había algunas médicas que se identificaban con las propuestas del Movimiento de Mujeres.

Otro factor que contribuyó al involucramiento fue que al ser éste un proyecto regional de la

OPS estuvo direccionado a lograr sobre todo la incorporación del sector salud en asumir la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, a mejorar la calidad de atención, a impulsar instrumentos de registro y normas para la atención.

Igualmente desde el protocolo de la investigación de la ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia se priorizó al sector salud como informante clave, de allí que fueron entrevistados siete personas representantes de este sector, frente a una del sector educativo, una de la comunidad, una de la Ong y cuatro del sector legal. Como hemos podido constatar, el involucramiento se inició ya desde la investigación cualitativa, en consecuencia más personas del sector salud iniciaron antes este proceso. Como resultado, también se llevaron a cabo mayor número de talleres y de mayor duración con este sector, porque había personas motivadas que lo organizaron y porque se dió el pilotaje de las normas de atención a la violencia.

Adicionalmente, había buenas relaciones entre la OPS y el Ministerio de Salud Pública y a través de aquella con el Comité de Gestión del Proyecto por lo que se logró que el pilotaje de las normas de atención a la VIF se realice en las tres localidades de ejecución del proyecto.

Una coyuntura favorable es que el Ministerio de Salud pública está impulsando un proceso de reformas en el sector, que incluye la descentralización, la participación comunitaria y la elaboración de planes locales de salud con la participación de todos los actores. Además en noviembre de 1998 se definió a la violencia hacia la mujer e intrafamiliar como un problema de salud pública que debe ser abordada por todas las unidades de salud.

Existe un proceso de movilización social alrededor de esta temática, impulsado por el Movimiento de Mujeres a nivel local, nacional e internacional, producto de lo cual contamos con la Ley de prevención y atención de la violencia

intrafamiliar, el fortalecimiento de las comisarías de la mujer y la familia, el reconocimiento del derecho a una vida sin violencia en la nueva constitución, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, etc.

En el caso del sector educativo hubo factores que contribuyeron a su involucramiento. Algunas personas del sector tienen gran sensibilidad social, están comprometidas en lograr el mejoramiento de la calidad en la educación y de la calidad de vida de la comunidad donde viven. Los integrantes del DOBE, al tener como misión el bienestar estudiantil, están comprometidos en la búsqueda de dicho bienestar y tienen herramientas profesionales para hacerlo.

Por otra parte este sector está inmerso en un proceso de reformas. Aunque en dichas reformas no se contempla el abordaje de la violencia intrafamiliar, si debe contemplar la incorporación de una educación no sexista.

Pero hubo también factores que dificultaron su involucramiento. Había en los talleres y en la Red un porcentaje más elevado de hombres comparado con los otros actores sociales, que además, por sus cargos de dirección y por su género están más acostumbrados a relaciones jerárquicas y autoritarias.

Por las razones anotadas antes, la capacitación y sensibilización a este sector fue más corta y el número de personal docente a ser capacitado mayor que en los otros sectores.

Por existir en nuestra sociedad una cultura autoritaria, con respecto a la relación adultos - niños/as, se manifiesta más abiertamente en este sector. Por esto algunos maestros/as están a la defensiva frente a la existencia de situaciones de maltrato o de acoso sexual de profesores a estudiantes.

En el sector comunitario las mujeres que integran mayoritariamente este sector, además de haber experimentado violencia directamente, han participado activamente desde hace algún

tiempo en procesos de capacitación, sensibilización, apoyo, orientación y liderazgo, lo que les permitió posicionarse de un rol importante en el tratamiento de esta problemática en sus comunidades y como integrantes de la Red. Muchas se reconocen como parte del Movimiento de Mujeres, se sienten y son reconocidas en sus comunidades como personas que trabajan por el beneficio de su comunidad.

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La experiencia que hemos sistematizado puso en evidencia que las mujeres experimentan violencia física, psicológica, sexual y económica o la han experimentado directa o indirectamente desde su infancia. Los hombres agresores también han sufrido y experimentado violencia intrafamiliar desde su infancia, han recibido maltrato de su padre y han visto golpear a su madre. Igualmente, los niños y niñas son maltratados por las relaciones de autoritarismo y de género existentes en su familia.

Pudimos confirmar también que la violencia hacia la mujer y hacia los niños y niñas ocurre en el interior de la familia, en la escuela, el trabajo, las instituciones, la comunidad, afecta a la salud de las personas y al desarrollo integral de los pueblos, y es por lo tanto un problema social, de salud pública y de violación de los derechos humanos. Ratificamos además que tanto la violencia hacia las mujeres como la violencia hacia los niños/as que se da en el interior de las familias son expresión de la existencia de una ideología patriarcal que ha desarrollado relaciones de dominio-sumisión entre hombres y mujeres, entre adultos-niños/as.

Uno de los aprendizajes de este proceso, que se juntó al aprendizaje de los resultados de la investigación de la ruta crítica, fue la necesidad de incorporar constantemente los efectos de la

violencia hacia la mujer por parte de su pareja en el desarrollo de los niños y niñas, y abordar también el maltrato que sufren los niños y niñas de parte de sus progenitores o familiares como parte de una concepción integral de violencia intrafamiliar.

Podemos por lo tanto concluir en que la violencia a la mujer e intrafamiliar, al ser parte de una cultura, requiere cambios en las formas de pensar y de actuar, lo cual sólo se podrá lograr en un proceso largo de intervención de todas y todos, es decir en todos los espacios de la vida cotidiana: la familia, la comunidad, el sector salud, educativo, legal, medios de comunicación, iglesia, entre otros.

La participación en esta experiencia permitió al equipo del Cepam tener más conocimientos de la violencia hacia la mujer e intrafamiliar; descubrir algunos de los aprendizajes obtenidos en la investigación de la ruta crítica; ratificar una vez más lo arraigado que está en cada uno/a las concepciones y prácticas patriarcales y autoritarias; tener más herramientas para lograr una sensibilización y compromiso de cambio en las personas; reafirmar la necesidad de respetar los procesos individuales; confirmar que la capacitación en género, violencia, derechos humanos, no es una actividad de información o entrega de conocimientos, sino un proceso de interrelación entre las personas donde juntos vamos produciendo formas de cambiar las actuaciones inequitativas e injustas.

Pudimos verificar que las concepciones y prácticas violentas y de aceptación de esta situación como natural están profundamente interiorizadas en muchas personas, hombres y mujeres. Sin embargo, también se manifiestan signos de querer cambiar y buscar soluciones a esta problemática pues más mujeres acuden diariamente a las comisarías de la mujer, a los centros de salud, a instituciones especializadas; muchos/as jóvenes, los niños y niñas, las mujeres, rechazan las conductas violentas y las relaciones

de inequidad que se producen en el interior de la familia; inclusive cada vez más los hombres reconocen la violencia intrafamiliar como un problema social sobre el que hay que actuar para cambiar. De hecho, en esta experiencia, el involucramiento de los distintos actores sociales señalado a lo largo de este documento confirma también lo dicho.

Existen diversas formas de detectar la violencia intrafamiliar, pero para hacerlo hay que tener presente la existencia de la misma en la comunidad, así como los efectos de este problema en las personas. En nuestra experiencia, pudimos comprender que por ser complejo el problema de violencia intrafamiliar y difícil de reconocer y aceptar por la persona que lo vive, es importante asegurar la calidad de la atención para lograr la resolución de los casos, esto es, recibir, acoger, escuchar, informar, revalorizar la decisión de parar la violencia por parte de quien la vive.

En esta experiencia constatamos que la realización de una investigación cualitativa como fue la investigación de la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia en su búsqueda de solución, es fundamental para conocer las representaciones sociales de los distintos actores sociales participantes en un proceso, para lograr cambios en las concepciones, actitudes y prácticas de las personas. Comprobamos que la reflexión y el cuestionamiento que se produce en dichos actores al ser parte de tal investigación inician su proceso de involucramiento en la prevención y atención a la violencia intrafamiliar.

Pensamos que un proyecto del alcance propuesto por el proyecto regional de la OPS puede ser reproducido en otra localidad siempre y cuando exista en ella un proceso previo de intervención de la ONG o institución ejecutora y se integre al proceso de desarrollo local de dicha comunidad.

El análisis que hicimos acerca de los factores que contribuyeron al involucramiento de los

actores sociales nos permite afirmar que la metodología de intervención cumple un papel muy importante. Sin embargo, debe haber coherencia entre la metodología y los principios o valores institucionales.

A partir de las reflexiones hechas al interior de la red, pensamos que la denuncia legal no debe ser lo prioritario en el abordaje de la problemática de violencia. Debe ser considerada como una herramienta al alcance de las mujeres para su protección y tal vez el inicio de un camino de solución, pero se debe potenciar los apoyos que vayan logrando la recuperación del autoestima de las personas afectadas, e impulsar cambios en las concepciones y prácticas que producen relaciones de inequidad.

Sugerimos que toda intervención social, especialmente en un proyecto acerca de violencia intrafamiliar, debería considerar la constante retroalimentación del contexto político y socio

cultural en el que se desarrolla la experiencia.

Una enseñanza que obtuvimos con esta experiencia fue que el registro de la violencia de género e intrafamiliar es importante porque visibiliza la existencia de ésta en la comunidad, porque sirve para diagnosticar, para referir y hacer seguimiento; para la denuncia, como testimonio y como prueba documental. Además, tener datos estadísticos y características o tipificación de la violencia permite demostrar a las autoridades y a los/as responsables de implementar políticas públicas la necesidad de su intervención. Para la Red el registro constituye una necesidad para evaluar la incidencia de sus acciones en el problema de violencia intrafamiliar. Ratificar la necesidad del registro es importante ya que al interiorizarlo las personas lo asumen como una contribución a una atención de calidad y no como un trámite burocrático o como aumento innecesario de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

BETANCOURT, Zaida. Informe de la investigación: "Mujeres caminando, construyendo rutas para resolver la VIF". Estudios de caso en: Barrio el Carmen de la Ciudad de Quito, Sector Guasmo Norte de la Ciudad de Guayaquil y Cantón Sigsig de la Provincia del Azuay. Quito: OPS, 1997.

CAMPAÑA DE LAS NACIONES UNIDAS POR LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS "Una vida sin violencia es un derecho nuestro". Carpeta informativa.

CARRIEL, Abigail. Mujeres que se autoestiman, mujeres sanas. En: Tatiana Cordero (ed.) De otros partos y nacimientos. Historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. Organización Pa-

namericana de la Salud, Cepam Guayaquil, Cepam Quito, Sendas. 1996.

CEPAM. Diagnóstico de salud del Guasmo Norte. 1998

CEPAM. Encuesta a usuarias del Centro de Salud Casitas del Guasmo. Documento interno, 1994.

CEPAM. Plan local de salud del Guasmo Norte por la construcción de una comunidad saludable. 1998.

CEPAM. Recopilación de productos elaborados por el equipo de Cepam Guayaquil. Informe de la investigación de la ruta crítica de las mujeres que sufren violencia Intrafamiliar. 1997.

MANOS AMIGAS PARA ATENDER Y PREVENIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

CENTRO ECUATORIANO PARA LA PROMOCIÓN Y ACCIÓN DE LA MUJER. CEPAM QUITO

Sistematización del proceso de involucramiento de los actores sociales en torno a la violencia intrafamiliar en el barrio El Carmen

SISTEMATIZADORA:
Rosario Gómez Santos

EDICIÓN DEL DOCUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN:
Lucila Donoso Gómez

ASESORÍA TÉCNICA DE LA SISTEMATIZACIÓN:
Laura Luisa Cordero

ÁREAS DEL CEPAM PARTICIPANTES EN LA INTERVENCIÓN:
Salud, Casa de Refugio de Chillogallo.

EQUIPO DE APOYO EN EL TRABAJO LOCAL:
Virginia Gómez de la Torre, Maritza Segura, Gladis Guzmán, Mónica Chávez.

EQUIPO PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA DE LA RUTA CRÍTICA DE LAS MUJERES AFECTADAS POR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:
Virginia Gómez de la Torre, Rosario Gómez Santos, Maritza Segura con la coordinación nacional de Zaida Betancour y la coordinación técnica de Tatiana Cordero y Gloria Maira (OPS).

INTEGRANTES DEL COMITÉ CENTRAL DE LA RED MANOS AMIGAS DEL BARRIO EL CARMEN:
Sector salud: Odontóloga Elsa Jerez, Obstetrix Sandra Capelo, Elizabeth Avila (personal comunitario en la unidad de salud) y Dr. Luis Tasiguano en representación del Área 7.
Sector educativo: Guillermo Campaña, Elizabeth Guanín y Susana Báez.
Sector comunitario: Katty Aguilar y Elizabeth Avila
Sector ONG: Patricia Samueza por el Hogar Talita Kumí, Katherine Jaramillo y Rosario Gómez por la Casa de Refugio de Chillogallo-Cepam y Ma. del Carmen Trujillo por la Fundación Vida y Juventud.
GRUPO DE TEATRO DE LA OBRA "CUANDO UNA MUJER ROMPE EL SILENCIO"
Patricio Rivas Marifio, Lucila Donoso Gómez y María Isolda Vinuesa Cazares

Declaración y Plataforma de Acción de la Conferencia de Derechos Humanos de Viena, 1993.

Documentos entregados en el Taller de capacitación en sistematización de experiencias. S/f.

FAWCETT, Gillian et al. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. Documento de trabajo, No. 26. Population Council/INOPAL III, 1998.

FRANKE, Marfil; MORGAN, María de la Luz. La sistematización: aporte por la generación de conocimientos de las experiencias de promoción. Lima: Escuela para el Desarrollo, 1995.

GOMEZ DE RHOR, Patricia; CORDERO, Laura Luisa. Sistematización de la experiencia, La Ciudad que Queremos realizada en Guayaquil. UNICEF, 1997.

GOMEZ, Rosario; RUIZ, Anna Cristina; SEGURA, Maritza. Un lugar para pensar en mí, en ti y en nosotras. Sistematización de la experiencia Casa de Refugio para Mujeres y Menores. Cepam, 1997.

HEISE, Lori. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington: OPS, 1994.

INEC. Censo de población y vivienda, 1990.

Informes analíticos del proyecto a OPS.

Informes de los talleres realizados.

María María. Publicación de la Campaña de las Naciones Unidas por los derechos humanos de las mujeres y las niñas "Una vida sin violencia es un derecho nuestro". S/f

Memorias de reuniones de la Red intersectorial para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Aproximaciones a la violencia intrafamiliar contra la mujer. Lima: OPS, División Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Hacia un modelo de atención de violencia intrafamiliar: Intervenciones ampliadas y consolidadas coordinada por el Estado y la sociedad civil. Washington: OPS-OMS, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Violencia contra las mujeres y las niñas: Una propuesta para establecer intervenciones coordinadas comunitarias en tres países de la Subregión Andina. Informe de avance 1996-1997. Plan de Acción 1997-1998. Washington, D.C.: OPS, OMS, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Violencia contra las mujeres. (Carpeta) OPS-OMS, Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Mesa nacional para la atención de la violencia intrafamiliar: Por un camino de concertación para deconstruir la violencia intrafamiliar en el Perú. Lima: OPS, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Sociedad, Violencia y Salud. Memorias de Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud 16-17 de noviembre de 1994. Washington, D.C.: OPS, 1996.

ROJAS ORTIZ, Grecia Elena. Violencia familiar: Procedimientos legales. Lima: Ediciones Flora Tristán.

SALUD. Grupo de autoayuda para mujeres sobrevivientes de violencia. Panamá: Salud, Ministerio de Salud, 1997.

SHRADER, Elizabeth; SAGOT, Monserrat. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. Protocolo de investigación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1998.

INTRODUCCION

El presente documento de sistematización tiene por finalidad recoger y analizar la experiencia del proceso de constitución de una instancia de coordinación local en la ciudad de Quito: La Red Local Manos Amigas. Este trabajo significa la propuesta de una alternativa de participación comunitaria de los diversos actores sociales para lograr su involucramiento¹ en la atención y prevención de la violencia intrafamiliar (VIF).

Entendimos la sistematización de la experiencia como "la reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia de promoción vivida personalmente (sobre determinadas etapas o aspectos de ésta), mediante la cual interpretamos lo sucedido para comprenderlo. Esto permite obtener un producto consistente y sustentado a partir del cual es posible transmitir la experiencia, confrontarla con otras y con el conocimiento teórico existente, y así, contribuir a una acumulación de conocimientos desde y para la práctica"².

Aspiramos a que esta sistematización constituya un aporte en el camino emprendido por las mujeres latinoamericanas, desde hace más de veinte años, para crear propuestas metodológicas con el fin de intervenir en el problema social de la violencia intrafamiliar.

Los actores principales de este proceso fueron las personas representantes de los siguientes sectores sociales: el sector salud, la comunidad, el sector educativo, el sector legal y las organizaciones no gubernamentales.

Al cabo de esta experiencia, que significó tres años de trabajo en la localidad escogida, queda constituida la Red Manos Amigas para atender y prevenir la violencia intrafamiliar. Aunque es un trabajo inicial está comprometido en intervenir sobre este problema de salud pública que transgrede los derechos de los seres humanos en los distintos momentos de su vida y afecta al desarrollo personal y social de nuestros pueblos.

La experiencia se desarrolló en tres etapas:

La primera, estuvo caracterizada por la realización de la investigación cualitativa del proceso de la ruta crítica o camino que tiene que recorrer la mujer afectada por la violencia intrafamiliar, cuando decide enfrentarla. Este proceso lo realizamos en medio de un trabajo permanente de relacionamiento y creaciones de vínculos estables y comprometidos con la comunidad y sus diversos actores sociales.

La segunda etapa consistió en un proceso de devolución de los resultados de la investigación antes mencionada como una técnica para generar sensibilización, capacitación e involucramiento de los actores sociales frente a la violencia intrafamiliar. Como producto de esta etapa, se constituyó la Red Manos Amigas, con la concurrencia de representantes de todos los sectores sociales participantes en la población local.

En la tercera etapa se ubica el funcionamiento del Comité Central de la Red Manos Amigas a través de la delimitación de objetivos y planes de trabajo elaborados por cada sector para atender y prevenir la violencia intrafamiliar. En dicha etapa, poco a poco se fue consolidando este espacio como un equipo poblacional instalado en una comunidad dada para trabajar contra la VIF.

El análisis de la experiencia sirvió para identificar los elementos metodológicos que contribuyeron o dificultaron la realización de este trabajo y también aportó con conclusiones teóricas y prácticas que deja el proceso de ejecución de la propuesta metodológica de participación comunitaria para intervenir en el problema de violencia intrafamiliar.

Confiamos en que este documento contribuirá a revalorizar el papel de los sectores sociales, particularmente del sector salud y el comunitario como ejes fundamentales en la construcción de alternativas grupales de coordinación inte-

r-institucional para afectar este problema multicausal de la violencia intrafamiliar; y para redimensionar el papel de las organizaciones no gubernamentales, como facilitador de procesos que generen empoderamiento de los actores sociales ante problemas de afectación colectiva como la VIF.

El documento consta de las siguientes partes. En la primera consideramos importante incluir, a manera de diagnóstico del barrio donde se desarrolló la experiencia, datos acerca de la realidad social que sirvan como marco contextual. En esta sección también incluimos a los actores que intervinieron en este proceso y el rol que tuvieron en el desarrollo de este trabajo. También forma esta primera parte el planteamiento de la hipótesis de acción y las precisiones metodológicas y técnicas para el desarrollo de este proceso.

La segunda parte trata de rescatar la experiencia como proceso, para ello la dividimos en tres etapas continuas pero que diferenciamos con fines metodológicos. En la tercera y última presentamos el análisis de la experiencia y las lecciones o aprendizajes teóricos y prácticos que aporta la sistematización. Al final incluimos la bibliografía que sustentó el trabajo.

Esperamos que la sistematización constituya un buen resumen de esta experiencia, rica en anécdotas y vivencias, cuyos registros cotidianos reposan en los archivos de la Casa de Refugio - Cepam, en Chilligallo.

1 Proceso a través del cual la persona que atiende se vincula con la atendida mediante sus afectos y sentimientos sin poner límites ni distancias a fin de poder instrumentalizarlos en beneficio de la intervención ante el problema.

2 La Ley contra la violencia a la mujer y la familia vigente en Ecuador desde 1995, en su artículo 2 dice: "Se considera violencia intrafamiliar toda acción y omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer, o demás integrantes del núcleo familiar". En el actual proyecto también incluimos la violencia patrimonial que significa la decisión arbitraria sobre los bienes materiales de una mujer.

3 Franco Macell y Morgan María de la Luz, "La Sistematización: aporte por la generación de conocimientos de las experiencias de promoción". Escuela para el Desarrollo, Lima, Perú, 1995. Tomado de Rbor Patricia Gómez y Cordeiro Laura Laisa, Sistematización de la experiencia, "La Ciudad que queremos", realizada en Guayaquil, Ecuador con la asesoría de Ana María de la Jara, Uniovi, 1997.

PRIMERA PARTE
CONTEXTO

El proyecto Violencia contra las Mujeres y las Niñas: una Acción Coordinada desde la Comunidad se desarrolló en Quito. Para ejecutar el componente comunitario se escogió al barrio El Carmen, ubicado en el sur de la ciudad, en la parroquia urbana de Chimbacalle que se encuentra junto al Mercado Mayorista de Quito, zona de mucho movimiento comercial.

Como muchos de los barrios del sur de Quito, El Carmen formó parte de una gran hacienda que fue lotizada por sus dueños y vendida en su mayoría a migrantes de Cotopaxi, Chimborazo, Loja, Esmeraldas y Manabí y hace aproximadamente veinte años no contaba con servicios de infraestructura básica, como agua, luz, alcantarillado, calles pavimentadas y otros.

En esas circunstancias se organiza el Comité Pro Mejoras del barrio El Carmen, con personería jurídica a partir de 1984, que está constituido por moradores, propietarios de terrenos y viviendas del barrio. Las mujeres no cuentan como propietarias, sin embargo su participación fue relevante en todo el proceso de organización y movilización por la conquista de sus reivindicaciones para mejorar la calidad de sus condiciones de vida.

El rol que tuvo esta organización popular fue determinante en la satisfacción de las necesidades básicas de infraestructura, construcción de canchas deportivas, coliseo cerrado de deportes, escuelas, guarderías y la creación del Sub-

centro de Salud. En esta última iniciativa cabe destacar la participación del Área de Salud del Centro ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, Cepam. La experiencia está recogida y sistematizada en dos publicaciones.⁴

En la actualidad, el barrio cuenta con servicio de transporte urbano, servicio telefónico, una moderna iglesia católica en medio de áreas verdes y recreativas para sus jóvenes. Participan de un proyecto de recolección y reciclaje de basuras orgánicas para elaborar compost. Junto al Subcentro de Salud, funciona el Centro Comunitario de Capacitación, sede donde fundamentalmente se desarrolló esta experiencia. Pero, la situación no es igual para todo el barrio. El diagnóstico elaborado por el Subcentro de Salud en 1996 identificó dos sectores de riesgo por falta de infraestructura sanitaria y por el hacinamiento en que viven sus moradores en las zonas llamadas el Palmar de Solanda y la Urbanización Rumiñahui. Hasta 1999 este estado no ha cambiado.

Grupos de edad	Número	Porcentaje
1 año	162	3
de 1 a 4 años	433	10,5
de 5 a 14 años	834	20,3
de 15 a 44 años	2 176	53
45 años	500	12,1
TOTAL	4 015	100

Fuente: documento elaborado por el Subcentro de Salud El Carmen-1996.

4 GOMEZ DE LA TORRE, Virginia; LOPEZ ANGEL, Martha. Damos la vida, así mismo vivimos. Sistematización de la experiencia de un modelo de salud alternativa. En: Tatiana Cordero (ed.) De otros partos y nacimientos. Historia y procesos de una experiencia de sistematización de salud con enfoque de género. Quito: OPES, Cepam Quito, Sendas, Cepam Guayaquil, 1996.
GOMEZ, Virginia; LOPEZ, Martha. Una utopía posible. La relación ONG - Estado - Comunidad en una propuesta de un modelo de atención de salud alternativo en APS. Cepam, Terranova, 1998.

En el Barrio El Carmen, viven aproximadamente 4 015 personas, según datos del último censo de 1995, actualizados por el equipo del Subcentro de Salud en 1996.

Es decir, se trata de asentamientos humanos cuya población es mayoritariamente joven, el 53% de la población está entre los 15 y los 45 años. No se cuenta con datos desagregados por sexo, sin embargo otros estudios realizados por el equipo de salud en 1994 y 1995 permiten dar otra mirada a la situación poblacional de este sector.

De 100 encuestas aplicadas para el Informe del Diagnóstico Nutricional de niños y niñas de 4 a 24 meses, se obtuvieron los siguientes datos: el promedio de la edad de las madres fue de 26 años. El 15 % de las mujeres entrevistadas no había terminado la primaria. El 50% tiene primaria completa o secundaria incompleta. El 17% completó la secundaria y un 7% tiene formación superior.

22% de las mujeres trabajan fuera de su casa, las otras trabajan dentro, sin que esto quiera decir que se dedican solamente a las actividades domésticas. Algunas de ellas tienen otros quehaceres dentro de su casa: negocio propio y artesanías. El 28% de las mujeres tiene problemas con sus hijos, 23,4% con sus maridos, 23,1% con otros familiares y la mitad de las mujeres entrevistada dijo tener problemas económicos.

Con fines de esta sistematización interesa destacar de dicho trabajo el acápite relacionado con los problemas sociales mencionados por las mujeres. Citamos del documento lo siguiente: "Existe una relación significativa entre tener problemas con el marido y tener problemas con los hijos, también están relacionados los conflictos con el marido y otros familiares." Las situaciones fueron expuestas en este sentido: los

problemas con los maridos son muy frecuentes en relación con los hijos: discusión, maltrato a los hijos por parte del marido, dejan toda la responsabilidad en la mujer, etc. Otra fuente de enfrentamientos con los esposos es el alcoholismo de ellos y en dos casos fue directamente mencionado el maltrato físico por parte del marido.

El informe concluye que una tercera parte de las mujeres presenta desnutrición crónica, que el porcentaje de niños y niñas desnutridos es alto y aumenta con la edad. También se dice que la cantidad de comida es deficiente, pero esta situación se agrava para las niñas a quienes se les proporciona menos alimentos por ser mujeres.

En agosto de 1990 el equipo de Cepam que laboraba en el Subcentro de Salud realizó un diagnóstico que permitió constatar que la violencia contra las mujeres está presente como causa de algunas de las enfermedades y muerte. En ese marco se definió a la violencia contra las mujeres en el ciclo reproductivo como factor de alto riesgo. Estos temas son tratados ampliamente en el libro De otros partos y Nacimientos, citado anteriormente.

LOS ACTORES DE LA EXPERIENCIA

En el transcurso de esta experiencia participamos hombres y mujeres de diversas edades pertenecientes al barrio El Carmen, a otros sectores vinculados con éste y a las instituciones ejecutoras. Con la finalidad de poder visualizar los distintos actores sociales⁵ participantes los mencionamos a continuación por separado.

El rol que jugó cada uno en este proceso fue significativo pero diferenciado dependiendo de la etapa en la que se encontraba este trabajo. Sin

5 En esta experiencia denominamos actores sociales a personas naturales o instituciones que tienen un papel destacado y de incidencia en la vida de la comunidad.

embargo, creemos que sin la participación de todos y todas, esta experiencia no hubiera sido posible. La población participante en este proyecto estuvo constituido por personas, (hombres y mujeres) integradas a los diversos sectores sociales. Son varios los sectores que intervinieron en esta experiencia. A continuación se tratará de ubicar a cada uno de ellos y su participación en este proceso

LA COMUNIDAD

Para fines del presente trabajo, se entendió por comunidad, la población que vive en el barrio de intervención.

Particularmente interesa mencionar al Comité Pro Mejoras del barrio El Carmen, como un actor social que tuvo un significativo rol de carácter positivo en el desarrollo de esta experiencia. La directiva de este Comité barrial está constituida por diez personas adultas: cuatro hombres y seis mujeres.

Participaron como miembros de la comunidad, diez mujeres adultas que desempeñan el trabajo de educadoras comunitarias de la guardería Gotitas de Cristal y una de ellas es dirigente del Comité Pro Mejoras.

A través del Centro Comunitario de Capacitación se estableció relación con aproximadamente 25 niñas, niños y jóvenes entre 9 y 14 años y con 15 mujeres y 10 hombres quienes participaron de un taller sobre prevención de la violencia intrafamiliar y conocieron el trabajo de la Red Manos Amigas.

En el desarrollo de la investigación cualitativa se entrevistó a 27 mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, pero una vez terminada dicha investigación no pudieron ser localizadas a pesar de los esfuerzos desplegados por el equipo. Esto se debe a que la misma situación de

violencia que viven produce constantes cambios en su domicilio o no responden a la convocatoria realizada.

SECTOR SALUD

Fueron actores en esta experiencia médicos y médicas, enfermeras, obstetras, odontólogas, educadores para la salud, trabajadoras sociales, psicólogas, laboratoristas y personal administrativo del Subcentro de salud de El Carmen y del Centro de salud del Area 4. A todos ellos se los conoce como los prestatarios⁶ del sector de la salud.

SECTOR EDUCATIVO

En la investigación cualitativa tomaron parte algunas prestatarias de este sector: trabajadoras sociales y psicólogas de los departamentos de orientación vocacional de un colegio representativo para la comunidad de intervención.

Además, en el desarrollo de la experiencia fue significativa la participación personal de las educadoras comunitarias responsables de atender a los niños y niñas de la guardería del barrio y del profesor, coordinador del Centro Comunitario de Capacitación.

SECTOR LEGAL

Se estableció relación con los y las funcionarias de la Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia del cantón Quito. En la investigación cualitativa tomó parte un policía del Puesto de Auxilios Inmediatos de la Policía Nacional, ubicado en el barrio y también el médico legista de la misma institución policial.

La participación del equipo de trabajo en la organización de las Comisarias Itinerantes constituyó una oportunidad para entrar en contacto, por varias ocasiones, con este grupo del sector legal.

SECTOR DE LA IGLESIA

El Vicario del Sur de Quito, representante de la Iglesia Católica ofreció toda su colaboración en la realización de dos entrevistas de la investigación cualitativa. Luego, su participación o la de sus delegados fue limitada, reapareciendo en las actividades de coordinación general de la Comisión Educativa al finalizar el proceso.

SECTOR DE LAS ONG

Las organizaciones no gubernamentales que tuvieron alguna participación en este proceso fueron: el hogar Talita Kumi, albergue para mujeres jóvenes en situaciones de riesgo, y la fundación Vida y Juventud.

De manera puntual se tomó contacto con el proyecto UNI de la Universidad Central del Ecuador y estudiantes de medicina de la Universidad Católica de Quito quienes participaron en la asamblea constitutiva de la Red como parte del sector educativo.

Las instituciones

Participaron en esta experiencia las siguientes instituciones:

- La Organización Panamericana de la Salud, OPS, como entidad financiadora y asesora técnica para la ejecución del presente proyecto.
- El Ministerio de Salud Pública, a través de sus equipos de salud del Centro de Salud del Area No 4 de Chimbacalle y del Subcentro de Salud de El Carmen, que en la tercera etapa de esta experiencia se transformó en el Area 7, constituyéndose en Centro de Salud de El Carmen.
- El Cepam, contraparte para la ejecución del proyecto y, dentro de ella, en la investigación cualitativa de la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.

EL EQUIPO DE TRABAJO

Estuvo constituido en función de cada una de las etapas de esta experiencia. En la primera etapa de la investigación cualitativa lo conformaron: una médica, una trabajadora social y una psicóloga pertenecientes a dos áreas del Cepam: Salud y Casa de Refugio. Durante la segunda etapa la participación de la médica y la psicóloga fue de carácter puntual, especialmente para los eventos de sensibilización y capacitación, mientras que la trabajadora social, asumió la casi totalidad de la ejecución con el apoyo de otra trabajadora social en el rol de promotora.

LA HIPOTESIS DE ACCION

EL PROBLEMA QUE QUERÍAMOS ENFRENTAR CON LA INTERVENCIÓN

Nos inquietaba la indolencia o indiferencia de quienes, de una forma y otra están en contacto con personas afectadas por la violencia intrafamiliar: el personal de las unidades del sector salud, sector educativo, legal, organizaciones no gubernamentales y organizaciones barriales.

LOS OBJETIVOS

El objetivo era lograr que esa indiferencia se convirtiera en interés. Es decir, incorporar la atención a la violencia intrafamiliar en las prácticas médicas, considerándola como un problema de salud pública.

También queríamos incorporar la atención a la violencia intrafamiliar en el trabajo cotidiano de los maestros, dirigentes barriales, jueces, funcionarios legales y médicos legistas así como en las ONG.

De este objetivo general se desprenden algunos objetivos específicos:

⁶ En la presente experiencia entendemos por prestatarios a las personas (hombres o mujeres) que, como parte de su trabajo o de su rol en una institución, ofrecen atención a las personas que son los usuarios de la misma. En este caso son las personas a las que acceden las mujeres afectadas para la VIF para solicitar algún tipo de atención para su vida. Pueden ser prestatarios del sector salud, educativo, comunitario, legal de las ONG u otros.

- Conocer las prácticas y representaciones sociales⁷ de los actores sociales que tienen un papel en la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar; los factores inhibidores e impulsores de dicha ruta; y, las diversas manifestaciones de la violencia contra la mujer: psicológica, física, sexual y patrimonial.
- Lograr que los actores sociales se comprometan a atender y prevenir la violencia intrafamiliar. A partir de esta experiencia diseñar un modelo de atención a la VIF con la participación de los actores sociales de una comunidad específica, lo que significaba la creación de una red local para la prevención y atención de esta problemática.
- Incidir en la creación de políticas estatales que contribuyan al desarrollo de iniciativas públicas y privadas.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

La principal estrategia de intervención fue la conformación de una instancia de trabajo grupal a nivel barrial con la concurrencia y participación coordinada de los diversos actores sociales. Dicho de otra manera, la constitución de una red comunitaria significó la estrategia fundamental de esta experiencia. Se la llamó "Red Manos Amigas del barrio El Carmen".

La Red inició su funcionamiento mediante la constitución democrática de un Comité Central. Este se conformó con dos representantes de cada uno de los sectores sociales participantes quienes comunicaron a sus respectivas instancias sobre las actividades de la Red.

Otras estrategias utilizadas en el desarrollo de esta experiencia fueron:

Investigación Cualitativa de la Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la VIF

Mediante la investigación se conocería el proceso que sigue una mujer que se interesa en enfrentar la violencia intrafamiliar en su vida; las diversas instancias a las que la mujer accede y las respuestas que recibe, pues la calidad de las respuestas constituye un factor impulsor o inhibidor de la ruta crítica. Además, esta investigación permitiría conocer cuáles son las representaciones sociales que subyacen en una u otra respuesta. Los resultados de esta investigación constituirían el fundamento de la propuesta metodológica para involucrar a los actores sociales en la atención a la violencia intrafamiliar.

Comunicación para difundir los resultados de la Investigación de la Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por VIF.

Comprendería la difusión de los resultados de investigación cualitativa mediante diversas técnicas, combinadas en los talleres de devolución que se hicieron con los distintos actores sociales, previa la constitución de la Red; y, la elaboración de afiches y folletos con los resultados.

Movilización social con la concurrencia de todos los actores sociales.

Dentro de esta estrategia se consideró la realización de actos masivos con la participación de todos los actores sociales. Estas actividades por requerir de una organización previa servirían para la cohesión de los miembros del Comité Central de la Red Manos Amigas.

También podemos considerar la realización de lo que se llamó Comisaría Itinerante o

Comisaría al Barrio. Esta idea surgió al estudiar las experiencias de atención del Área de Salud itinerante del Cepam en los barrios y por la vinculación que tiene Cepam Quito como ONG contraparte de la Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia del cantón Quito.⁸

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS:

Al momento de realizarse una práctica comunitaria, entran en juego, de manera simultánea y sin mucha preelaboración, varios lineamientos metodológicos. No todos estuvieron establecidos desde el inicio de la experiencia sino que se fueron implementando poco a poco. Entre otros que serían utilizados en este proceso, podemos destacar los siguientes:

- La definición del rol del agente externo, es decir, la presencia de Cepam como un elemento facilitador de la experiencia. Por esto, se estableció que su participación sería transitoria en la medida de la consolidación del funcionamiento de la Red y la consecución de los objetivos del proyecto.
- La priorización de la capacitación selectiva al equipo del Comité Central de la Red Manos Amigas. El objetivo, dejar instalado un grupo de personas vinculadas directamente a la comunidad, capaces de reaccionar y desarrollar iniciativas para atender y prevenir la violencia intrafamiliar. También la realización de eventos amplios de capacitación a

los distintos sectores.

- La realización del proceso de capacitación al Comité Central de la Red combinando la información, el conocimiento de aspectos teóricos de análisis de la violencia intrafamiliar; pero sobre todo a partir de la revisión y análisis de casos reales que fueron atendidos por alguno de los sectores sociales participantes.
- Creación de un ambiente de confianza y respeto en las reuniones del Comité Central de la Red con el fin de que afloran todas las representaciones sociales sobre la violencia intrafamiliar con el objetivo de analizarlas y luego elaborar conjuntamente una nueva concepción que incorpore elementos del enfoque de género.
- Respeto a las dinámicas y limitaciones de cada uno de los sectores en el proceso de atención y prevención de la violencia intrafamiliar mediante la creación de sinergia entre los actores participantes por medio de la coordinación de acciones concretas frente a los casos atendidos.
- La toma de decisiones sobre todos los aspectos relacionados con la Red Manos Amigas por el Comité Central. Realización de actividades con la participación colectiva y comprometida: difusión, logotipo de identificación de la Red, la ficha de registro y referencia de los casos, las convocatorias a los talleres y otras acciones.

⁷ Entendemos por representaciones sociales al conjunto de ideas, concepciones y creencias que tienen las personas individual y colectivamente para entender y definir a la violencia intrafamiliar. Estas tienen relación directa con las prácticas individuales y sociales.

⁸ Los resultados de esta investigación están recogidos en el informe de la investigación: "Mujeres caminando, construyendo rutas para resolver la violencia intrafamiliar (VIF)". Estudios de caso en: barrio El Carmen de Quito, sector Guasmo Norte de Guayaquil, cantón Sigüig de Azuay. Elaborado por Zaida Betancourt.

LAS ETAPAS DEL PROCESO

En este capítulo tratamos de recoger la manera como realizamos la experiencia de creación de la Red Manos Amigas y cómo esta instancia se constituyó en un medio para apoyar el proceso del involucramiento de los actores sociales frente al problema de la violencia intrafamiliar.

En el proceso de sistematización, con fines metodológicos de análisis dividimos la experiencia en tres etapas que podíamos diferenciar claramente la una de la otra, pues tuvieron características diferentes.

Sin embargo, forman parte de un proceso continuo que se mantiene mientras estamos realizando el presente trabajo.

PRIMERA ETAPA ENERO 1996 - JUNIO 1997

INVESTIGAR, PERO CON COMPROMISO

Esta primera etapa se caracterizó por el desarrollo de dos actividades fundamentales por parte del equipo de trabajo. La primera fue retomar el contacto con el barrio El Carmen y con el equipo del subcentro de salud del mismo sector. La segunda fue la realización del proceso de la Investigación Cualitativa de la Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.

A partir de enero conversamos con la comunidad, con el sector salud y con la Comisaría Sexta de la Mujer del cantón Quito. Desde los primeros acercamientos, la comunidad aceptó con

mucho agrado participar en este proyecto, pues significaba otra oportunidad para fortalecer la relación establecida con Cepam, a través de su Área de Salud, desde hace 10 años.

En cambio, la respuesta del sector salud, aunque aparentemente positiva, tuvo en la práctica resistencias a la propuesta de trabajar en torno a la violencia intrafamiliar. Sin embargo, la Comisaría de la Mujer apoyó la vinculación de actividades al componente legal con el fin de ofrecer una mejor atención a mujeres afectadas por VIF que concurren desde el barrio de intervención.

Para soslayar las resistencias con el sector salud, decidimos establecer una mayor vinculación con la jefatura de área, es decir, con el Área 4 de Chimbacalle, a la que pertenecía el subcentro de salud de El Carmen.

Uno de los primeros pasos fue apoyar la organización del Comité de Salud del barrio, creado por el Comité Pro Mejoras y con la concurrencia del equipo de salud. El Cepam participó en las discusiones que se organizaron para aprobar el reglamento interno de esta instancia de coordinación comunitaria.

Para fines de este proyecto, la experiencia de organización del Comité de Salud la consideramos como el embrión para la constitución de una red intersectorial del barrio que incluyera en su agenda el tratamiento de la violencia intrafamiliar. Sin embargo, a pesar de valiosos esfuerzos, que se hicieron desde los diversos actores involucrados, fue una práctica fallida.

El Cepam, que formaba también parte del Comité, jugó un rol de asesor y mediador de los conflictos surgidos entre el equipo de salud del subcentro y los dirigentes del barrio. Las desavenencias provenían de la atención a los usuarios. Los moradores exigían mejor calidad de atención mientras el equipo se sentía amenazado por el control comunitario. También se producían porque el equipo de salud utilizaba, de manera monopólica, los espacios físicos construidos con el apoyo de la comunidad, mientras que se necesitaban para establecer un Centro de Capacitación Comunitaria en el barrio, que finalmente se instaló.

En esta etapa de la experiencia organizamos en el barrio un acto público para conmemorar el 25 de noviembre, día de la No Violencia contra la Mujer. El evento demostró que los actos relacionados con temáticas como la VIF no pueden ser realizados en medio de otros eventos como resultó en esta ocasión, peor cuando la convocatoria se la hizo para un campeonato interno de fútbol. Con todo, fue útil para empezar a visibilizar el interés del barrio por comenzar a enfrentar el tema de la violencia intrafamiliar.

Cabe destacarse, en esta etapa, la inauguración del Departamento Médico Legal de Cepam como una experiencia inédita ejecutada desde la sociedad civil para atender a personas afectadas por la VIF y violencia sexual.

Hasta ese momento, los exámenes médicos legales solo eran realizados en el departamento médico legal de Policía Nacional. Esto fue consecuencia de una favorable coyuntura. Como Comisaría de la Mujer de la Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia del cantón Quito, actuaba la ex abogada de la Casa de Refugio - Cepam. Ella había experimentado, desde la Casa de Refugio ubicada en aquel tiempo en el valle de Los Chillos, cómo elaborar los informes médicos legales de las usuarias de esta Casa.

Estos se realizaban con la concurrencia de médicos del Hospital de Sangolquí, cantón Rumi-

ñahui, autorizados por el Comisario de Sangolquí como peritos para este tipo de diligencias.

La experiencia del Departamento Médico Legal la desarrolla el Cepam con el apoyo de la Comisaría Sexta. A partir de este nuevo servicio y contando con el marco de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia en vigencia, desarrollamos talleres de capacitación a funcionarios de salud vinculados al Área 4 de Chimbacalle, donde se desarrolló el proyecto de intervención.

Luego firmamos el convenio entre Cepam y el Área 4 de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, en el marco del acto de lanzamiento del libro, "De otros partos y nacimientos". El objetivo era incorporar el enfoque de género en las prácticas de salud de dicha área, enfatizando la atención a los casos de violencia intrafamiliar y sexual.

Al iniciar el proceso no habíamos contemplado el desarrollo de la Investigación Cualitativa de la Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por VIF; ésta resulta de una decisión tomada desde la coordinación general del proyecto, situación que produjo un cambio en la orientación del mismo que dio cabida a la investigación. Esta la llevamos a cabo sin dejar de realizar otras acciones con la comunidad, por lo que las denominamos "actividades paralelas a la investigación". En efecto, una de las estrategias metodológicas fue mantener el vínculo con el barrio mientras investigábamos, pues sirvió de base para la posterior creación de la Red Manos Amigas.

Además, la investigación significó establecer contacto con representantes de los sectores investigados: salud, educativo, legal, comunidad, iglesia, organismos no gubernamentales, con hombres y mujeres adultos y jóvenes de ambos sexos que participaron en los grupos focales organizados con fines investigativos, y especialmente con mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.

SEGUNDA ETAPA

JULIO 1997 - JUNIO 1998

UNA OBRA DE TEATRO PARA SENSIBILIZAR

En esta etapa todavía se mantenían las reuniones del Comité de Salud pero con un alto nivel de conflictividad. El Cepam, a través de su rol asesor y mediador, propuso la intervención externa de una experta en trabajo de grupos. La idea fue aceptada por los dos grupos en conflicto: el equipo de salud y el comité barrial. Sin embargo, en la práctica, la intervención no se pudo realizar por abiertas resistencias a las entrevistas propuestas con representantes del sector salud. De justificativo sirvieron las ocupaciones por las festividades de fin de año.

Posteriormente, ninguno de los grupos se interesó en ejecutar la actividad que apuntaba a robustecer la dinámica interna de cada grupo, para que su encuentro se hiciera con mayor madurez y eficiencia. Por eso, a pesar de varios esfuerzos de una u otra parte, algunos significativos, no se pudieron salvar los obstáculos y el Comité de Salud no se volvió a reunir.

Al terminarse esta instancia de concurrencia de dos de los principales actores sociales del barrio, tuvimos necesidad de establecer un compás de espera "hasta que las aguas se calmen" y luego encontrar una fórmula con el fin de constituir la Red.

También en esta etapa culminamos y recogimos los resultados de la investigación cualitativa, los cuales se constituyeron en la principal herramienta para desarrollar acciones con el fin de sensibilizar y motivar la capacitación de los sectores sociales investigados, particularmente el de salud.

Para el proceso de devolución de los resultados de la investigación, se nos ocurrió utilizar el teatro como técnica de presentación incluyéndola en los talleres de sensibilización y capacitación. Para esto, solicitamos a tres jóvenes estudiantes universitarios y de teatro que prepa-

ren una obra en la que se visibilizaran los aspectos más significativos de la ruta crítica de las mujeres afectadas por la VIF. A través de esta representación teatral, "Cuando una mujer rompe el silencio", cuyo guión fue elaborado sobre la base de los resultados de la investigación cualitativa, mostrábamos las inadecuadas respuestas que se está dando a las mujeres desde los sectores sociales y cómo éstas actúan como factores inhibidores o impulsores de la ruta crítica.

Como apoyo bibliográfico a la representación elaboramos un documento de 15 páginas con cuadros sintéticos sobre los resultados de la investigación. Estos talleres de sensibilización y capacitación sobre VIF, con la obra de teatro, los llevamos a cabo en los sectores de la salud, educativo y comunitario y en el Cepam y su equipo en la Comisaría de la Mujer, como representantes del sector legal.

La representación teatral de la respuesta que el sector salud ofrece a la mujer afectada por la VIF expresaba lo siguiente:

La mujer tiene una afectación física producto de su situación de violencia cotidiana en su relación de pareja al interior de su hogar. La enfermera y el médico atienden comedidamente las lesiones físicas mientras la mujer manifiesta, en visible estado de confusión, los problemas de relación que tiene con su marido y las agresiones constantes de la que es víctima. Pero, el equipo de salud no toma en cuenta el conflicto de la paciente. La mujer sale del consultorio sin recibir ninguna orientación sobre su situación de violencia.

La dramatización evidenciaba una práctica médica biologicista, centrada en la curación del síntoma, de la lesión externa, sin darle importancia a la causa y menos a la prevención de la enfermedad, en la que no se tomaba en cuenta el estado emocional de la paciente y la relación entre su calidad de vida y la afectación que se atiende.

La reacción de las personas que conforman los equipos de salud ante esta dramatización fue diversa. En los foros abiertos después de la obra de teatro aparecieron respuestas defensivas. Algunos manifestaban que la obra exageraba la realidad, porque no es verdad que hay tanta indiferencia en este tipo de casos.

En cambio, otras personas tenían otro punto de vista; reconocían que la obra expresaba la realidad y no la exageraba. Estas intervenciones ayudaron a que los equipos de salud tomen conciencia de su actual e inadecuada práctica médica frente a los problemas de VIF.

También aparecían las representaciones sociales ya investigadas. Algunos decían que no atendían estos problemas porque siempre se consideraron privados, de la esfera personal o naturales a la convivencia en pareja. Otros afirmaban que ellos, como médicos o enfermeras no tienen la preparación para atender este tipo de situaciones, "para esto se necesitan psicólogos o trabajadores sociales", es decir, profesionales que son escasos en la mayoría de las unidades de salud.

El resultado de estos talleres fue altamente positivo, pues se logró el objetivo de sensibilizar y cuestionar la práctica médica en los casos de VIF. También se constituyeron en un momento apropiado para constatar la existencia de esta situación como un problema de salud pública que necesita de la concurrencia de todos los sectores para su detección oportuna y su tratamiento. De la misma manera realizamos talleres en los otros sectores. Estos concluían con una lluvia de ideas acerca de las iniciativas que como grupo podría emprender para este fin.

El proceso de sensibilización y capacitación culminó con la realización del acto el 20 de junio de 1998, en el coliseo cerrado del barrio, al que se convocó a todos los sectores. El programa incluía como primer número la presentación de la obra de teatro "Cuando una mujer rompe el silencio" donde se presentó en forma secuencial

toda la Ruta Crítica. Poder observar todos los pasos que da una mujer que decide enfrentar el problema de la VIF, resultó una experiencia impactante. Motivó la conformación de subgrupos por sectores a fin de buscar mecanismos para atender y prevenir la VIF en el barrio, pero con la participación de todos, es decir, crear una red barrial interinstitucional.

Luego, cada actor social elaboró propuestas de acciones y un nombre para esta instancia. De esta forma, ese mismo día constituimos la "Red Manos Amigas". El nombre lo propuso el Comité Pro Mejoras del barrio El Carmen y fue el que resultó escogido democráticamente por todos los asistentes. Es de anotar, que el sector educativo, debido a problemas de horario, tuvo una menor participación en la Red.

Paralelamente a estas actividades centrales, desarrollamos otras que también constituyeron experiencias a favor de la atención y prevención de la violencia intrafamiliar en el barrio de intervención. Organizamos un taller para madres cuidadoras comunitarias de la Guardería Gotitas de Cristal del barrio, con el apoyo de la Casa de Refugio - Cepam. En 12 reuniones, de dos horas cada una, capacitamos al personal de la guardería en torno a cómo la VIF afecta el desarrollo físico y emocional de los niños y niñas. También sobre la importancia del rol de la guardería y su equipo para detectar e intervenir en este tipo de situaciones.

La metodología que utilizamos fue vivencial. A partir de la elaboración de las experiencias con sus hijos, abordamos los temas y logramos sensibilizar al equipo sobre cómo ayudar a los niños y niñas de la guardería.

También realizamos un taller con un grupo de niños y niñas de la comunidad que recibían un taller de pintura en el Centro de Capacitación Comunitaria del barrio. Fueron 12 sesiones de dos horas cada una. Debe señalarse que el espacio físico del centro es confortable y adecuado, tiene los implementos mínimos necesarios para

el funcionamiento de cualquier actividad grupal. Cuenta también con un servicio de cafetería que facilita y crea un ambiente acogedor.

La capacitación nos permitió establecer un espacio de contención⁹ para estos niños y niñas de siete a 14 años. Allí pudieron manifestar sus ansiedades e inquietudes acerca de su crecimiento y cambios en sus vidas, sobre las relaciones con su padre y madre y otros aspectos de la convivencia familiar. Además, logramos que incorporen como un valor en sus vidas el derecho al buen trato y a buscar ayuda en caso de necesitarla. El taller culminó con una reunión ampliada donde participaron sus progenitores.

TERCERA ETAPA JULIO 1998 - ENERO 1999

LA RED MANOS AMIGAS FUNCIONA

Al inicio de esta etapa tuvimos dificultad en reunir a los miembros del Comité Central de la Red Local debido a que durante agosto y septiembre el sistema educativo se encuentra en período vacacional en la sierra ecuatoriana. Las personas ocupan estos dos meses para pasear y para dedicarse a otras actividades con su grupo familiar.

Transcurridos estos meses de vacación, tratamos de que el Comité Central de la Red Manos Amigas se reúna de manera regular. Establecimos una reunión semanal los días miércoles de las 14H00 a las 16H00, que podía extenderse hasta las 17H00. El tiempo disponible en los encuentros se los dividía en dos partes: una, para tratar informes generales relacionados con las

actividades de la Red y otra, para la revisión de los casos que se comenzaban a presentar. Esta parte de la reunión la considerábamos un momento propicio para la capacitación.

El análisis se iniciaba cuando uno de los integrantes, el que había conocido o atendido el caso, exponía el problema y la respuesta ofrecida. De esta manera, al revisar todos los elementos que juegan en una situación dada, el grupo fue produciendo un pensamiento colectivo sobre la violencia intrafamiliar, enfrentando sus representaciones sociales y elaborando propuestas alternativas de salida frente a cada caso.

Por ejemplo, frente a una situación de violencia que vivía una señora por parte de su marido, uno de los integrantes dijo: "tal vez es que se lo merecía". O ante otra señora que solicitó apoyo y a quien algunos integrantes ya conocían, se dijo: "es una señora muy metida y molestosa". Expresiones como éstas sirvieron de base para hacer un cuestionamiento profundo de lo que significaban. Las utilizamos también para ir definiendo el rol de la Red Manos Amigas como un espacio para contener las ansiedades de las personas que acuden en busca de apoyo y de orientación sobre su situación.

A través de este proceso de análisis se establecieron los principios fundamentales para atender la VIF:

- no juzgamiento a la persona afectada,
- ayudar a pensar sobre los factores que intervienen en la situación,
- orientar sobre la utilización de recursos personales e institucionales de la comunidad,
- animarla a continuar en la búsqueda de solución a su problema.

En las primeras reuniones apoyamos la organización de sociodramas para visualizar cómo se podría atender a una persona afectada por la violencia intrafamiliar. Dramatizaron la atención por vía telefónica, sea en casos de mujeres adultas maltratadas o de niños y niñas con problemas de violencia.

Para octubre de 1998 ya contábamos con los planes operativos de trabajo de cada uno de los sectores. Estos incluían propuestas de talleres de capacitación y organización de los flujogramas de atención en las instituciones de su sector.

Con todo, consideramos que además de los planes sectoriales, era necesario realizar algunas actividades con el Comité Central de la Red y éstas fueron:

- elaboración de una ficha para registrar los casos atendidos por la Red,
- elaboración de una propuesta de difusión de la Red,
- convocatoria a otras instituciones del sector educativo y del sector de las ONGs.

Debemos rescatar lo que significó la participación del grupo en la elaboración del Plan de difusión de la Red Manos Amigas, lo que haremos en detalle porque ilustra la participación de todos los actores sociales en un aprendizaje de trabajo conjunto y construcción de consensos. En dos o tres reuniones extras, es decir además de la de los miércoles, discutimos cuál era el mejor medio para difundir la Red en el barrio. Vimos varias alternativas: llaveros, carteritas, agendas, lapiceros y calendarios. Un criterio de análisis fueron los recursos económicos con los que se contaba desde el proyecto OPS/Cepam. Por las proximidades de fin de año nos pareció interesante la idea del calendario. Pero, ¿qué tipo de calendario, de escritorio, de bolsillo, de pared? Escogimos el de pared y en tamaño mediano, ya que pensamos que este es un calendario que la gran mayoría de personas ubica en un lugar de su casa.

Luego, en otra reunión, con el apoyo de un diseñador gráfico, discutimos en grupo el contenido y diagramación del calendario. Escogimos un dibujo para lo que posteriormente fue el logo de la Red Manos Amigas, una flor con un colibrí. Esto, para las personas participantes, significaba la relación de interdependencia entre el hombre y la mujer, pero en el que los dos continúan desarrollándose sin deteriorarse.

La distribución de estos calendarios, se la realizó en el acto conmemorativo del 25 de noviembre, el día de la No Violencia. En esa fecha se organizó un festival público "Por la Alegría y el Buen Trato" con la participación de la Red Manos Amigas y el Grupo de danza Auqui Palla. En el evento estuvieron presentes cerca 15 grupos artísticos, en su mayoría del sur de Quito. Cuatro integrantes de la Red difundieron el objetivo de esta organización y entre todos repartimos 350 calendarios a los asistentes.

Luego también organizamos una entrega de calendarios de puerta en puerta a todos los establecimientos comerciales del sector: farmacias, despensas, restaurantes y otros. Además se lo repartió en actos de la Iglesia Católica y en los talleres que se organizaron hasta enero de 1999.

Como iniciativa que surgió del Área de Salud del Cepam, se propuso a la Comisaría de la Mujer la realización de lo que se llamó Comisaría Itinerante o Comisaría al Barrio. El Cepam se encargó de realizar todos los trámites necesarios para que el Ministerio de Gobierno, organismo del cual depende la Comisaría Sexta, de la Mujer y la Familia, autorizara la realización de este nuevo tipo de funcionamiento del servicio de la Comisaría. Dicho servicio consistía en organizar en un barrio determinado, por un día, la atención de la Comisaría de la Mujer, realizando previamente una amplia convocatoria y difusión en el sector.

Fue en el barrio El Carmen, donde se realizó la primera experiencia de la Comisaría al barrio, como también se la denominó. En ella partici-

⁹ La "capacidad de contención" o de "contener" significa no cuartar la necesidad de evacuar las ansiedades, reconocer la importancia de establecer límites a sentimientos de hasta dónde y para qué nos hacemos cargo (...). La contención tiene que ver con la capacidad de dar respuestas mínimas a los sentimientos que afloran (...). Contener la ansiedad quiere decir que (...) podemos aceptarla y manejarla de tal forma que no sea desmedida e impida procesar este material y que nos apresure a reconocer cuáles de estos componentes me pertenecen y cuáles a la otra persona. La contención se instrumentaliza de tal forma, que la respuesta que demos se diferencie de las cotidianas (...). Debe ayudar a procesar mínimamente la situación, a elaborar la angustia, la ansiedad (...). Del documento elaborado sobre contención elaborado por Rosario Gómez y Maritza Segura de la Casa de Refugio-Cepam. Quito, 1996. Tomado del libro, Un lugar para pensar en mí, en ti, en nosotros. Sistematización de la experiencia Casa de Refugio para Mujeres y Menores, 1997.

pamos como Red Local para atender y prevenir la violencia intrafamiliar. Además, apoyamos en la organización, convocatoria, instalación y desarrollo del trabajo de la Comisaría.

Posteriormente apoyamos en la Comisaría Itinerante en Chimbacalle donde funciona el Centro de Salud No 4, al cual pertenecía el Subcentro de El Carmen. En esa ocasión intervinieron masivamente diversos sectores de la comunidad. En el acto inaugural participaron colegios, escuelas y el sacerdote católico, párroco del barrio.

Para esta fecha, la coordinadora del Area de Salud de Cepam, había sido posesionada en el cargo de Directora Provincial de Salud de Pichincha. Es importante rescatar este dato ya que, como parte de su gestión, se firmó un convenio con Cepam para incorporar el enfoque de género en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha. También, desde su gestión, se impulsó la aprobación del decreto ministerial en el que se reconoce a la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública.

Estos hechos incidieron favorablemente en el desarrollo de esta experiencia. Además, significó contar con un gran apoyo para realizar las Comisarias Itinerantes en los barrios, ya que se las organizaba en coordinación directa con las unidades de salud de esos lugares. En este contexto, también para fines de año, se produjo el cambio del subcentro de El Carmen a Centro de Salud o sede del Area 7, Epiclachima. Y se nombró como directora de este centro a una mujer, médica sensible a los problemas de violencia intrafamiliar.

La Comisaría Itinerante del barrio Lucha de Los Pobres, tuvo especial resonancia para la Red Manos Amigas. Uno de sus integrantes hizo una presentación pública de la Red en el acto inaugural de la Comisaría y al finalizar, en reunión del equipo de salud, la directora del Centro No 7 de El Carmen, nombró a uno de los directores de los subcentros pertenecientes a su

área para que sea el representante de ésta ante la Red Manos Amigas a fin de coordinar, entre las siete unidades de salud de área, todo lo relacionado con la VIF.

Para enero de 1999 la Red Manos Amigas, mantenía reuniones regulares cada semana. En uno de los encuentros de revisión de los casos atendidos, se tenían registrados entre 12 y 15 casos atendidos. Unos fueron tratados por el sector salud y remitidos al sector de las ONGs como la Casa de Refugio - Cepam, en cambio, otros fueron tratados en el sector educativo, concretamente en la guardería del barrio.

El caso siguiente nos pareció un indicador de lo logrado por la Red Manos Amigas. La odontóloga del sector salud nos contó que había atendido a una señora que ingresó al Centro de Salud con su hija de 15 años en busca de un médico, "en este momento, no estaba ninguno de los médicos, pero a la señora se la veía muy angustiada. Le dije que yo la podía atender y la hice pasar a uno de los consultorios. Primero traté a la madre y luego a la niña". El motivo de la visita se debía a que la madre solicitaba un examen ginecológico para su hija, para saber "si había perdido la virginidad", porque la abuela le dijo que la encontró acostada con el enamorado. La odontóloga intervino en el caso, habló con la madre, "ella se desahogó, lloró, se tranquilizó" y aunque no quiso darle el nombre, no insistió. Luego atendió a la niña quien estaba muy confundida y la orientó. Por lo tanto, hizo contención.

Otra muestra del trabajo de la Red fue un caso atendido por la joven integrante del Comité Pro Mejoras del barrio pues ella trabaja en la farmacia del Centro de Salud y por su ubicación a la entrada del centro, ha atendido varios casos.

Uno de ellos se trataba de una señora afectada por violencia física y psicológica ejercida por su marido. Para atenderla, la joven buscó un lugar más apropiado que la ventanilla de la farmacia, allí pudo escucharla y orientarla ofreciéndole el

apoyo de la Red Manos Amigas. Entre las alternativas, le propuso el servicio de albergue de la Casa de Refugio en Chillogallo ya que la señora se encontraba en situación de crisis. Horas más tarde la mujer regresó a decirle que sí tenía interés en ir al albergue, luego se confirmó el cupo y se llamó al servicio de taxi que mantiene esta institución para que lleve a la señora junto con una hija.

En las reuniones semanales de la Red, la representante de la ONG informaba acerca de la recuperación de la señora y sobre el tratamiento que se estaba haciendo. Además se mantenían entrevistas con el marido. Luego de varias semanas, la mujer egresó del albergue. Como la respuesta que recibió fue favorable, manifestó su gratitud organizando y participando en cursos de nutrición al interior de la Casa. También, motivó a su hermana, quien vivía una situación similar a la suya, para que concurra a la consulta externa de la Casa de Refugio.

MIENTRAS SE ELABORABA ESTE DOCUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN

Aunque están fuera del período delimitado para la sistematización de la experiencia, es importante exponer algunas actividades que se están llevando a cabo, porque permiten visualizar dicha experiencia como un proceso continuo.

Al finalizar el primer año de la Red Manos Amigas, que coincide con el necesario corte para hacer esta sistematización, el Comité Central está comenzando a desarrollar nuevas iniciativas de capacitación para sus sectores. Han concurrido a las reuniones semanales funcionarios de otras unidades de salud, por ejemplo. Ellos conocen, por referencias de terceros, de las actividades de la Red Manos Amigas y se interesan por integrarse y capacitarse para coordinar acciones en torno a la violencia intrafamiliar.

Al concluir este trabajo de sistematización el Comité Central convocó a las escuelas de la zona a un taller de capacitación sobre la VIF. También se invitó al director y dos profesores de una escuela del sur de Quito, Cutuglagua, donde trabaja el representante del sector educativo y coordinador del Centro Comunitario de Capacitación de El Carmen. Este encuentro tuvo inmediatos resultados. El director de la escuela de Cutuglagua informó a todo su equipo de profesores sobre los temas tratados en el taller.

Dos días después, una profesora le pidió a su compañero, miembro del Comité Central de la Red Manos Amigas, que atendiera a una niña de 15 años. Ella quería irse de su casa en donde vivía con su madre, un hermano y adonde llegaba esporádicamente el "amigo" de su madre. La niña era maltratada física y psicológicamente por su madre y temía ser abusada sexualmente por el visitante. El profesor la escuchó comprometidamente y ofreció apoyarla.

En la reunión semanal del Comité Central de la Red expuso el caso y se acogió su propuesta de intervención; acompañarla hasta la consulta externa de la Casa de Refugio en Chillogallo para que mantenga una entrevista de continencia y orientación y para que conozca ese albergue. El profesor también manifestó sus sentimientos. Por un lado se sentía extrañado por la confianza que él podía inspirar a una niña quien se había animado a contarle sus conflictos. También sentía satisfacción porque en su escuela se comenzaban a atender los problemas de la violencia intrafamiliar y porque él era capaz de dar una respuesta adecuada a una situación concreta. Luego de varios días nos decía, "siento que a esta niña se la ve más alegre y contenta en la escuela, creo que así va a aprender mejor".

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

APRENDIZAJES

El análisis de este trabajo tuvo como eje el proceso de involucramiento de los actores sociales en el desarrollo de respuesta colectivas y particulares frente a la violencia intrafamiliar. Nos interesaba establecer, con mayor claridad, cómo la propuesta metodológica produjo este involucramiento. También queríamos analizar en las diversas etapas los elementos de la propuesta que ayudaron o dificultaron este proceso y cómo facilitó o viabilizó las bases de la sostenibilidad de la Red Manos Amigas.

LA RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL ES VALORIZADA POR LA COMUNIDAD

Uno de los factores fundamentales en el desarrollo de esta experiencia es la relación que como Cepam se mantenía desde hace aproximadamente doce años, con la comunidad del barrio El Carmen y con el sector salud. Esta relación se fue construyendo a partir del trabajo realizado por el Área de Salud de Cepam. Posteriormente fue retomada por las coordinadoras de este proyecto y particularmente por la Coordinadora de la Casa de Refugio - Cepam en Chilligallo.

En el transcurso de las diversas etapas de la experiencia que estamos sistematizando, la relación fue en proceso ascendente. Es decir que el grado de compromiso del Cepam ante la comunidad cada vez fue mayor. Comenzó por la investigación de la Ruta Crítica, luego en el proceso de devolución y posteriormente en las actividades del Comité Central de la Red Manos Amigas.

Hacerse cargo de una vinculación comunitaria comprometida y responsable, significó en este trabajo asistir y participar también en otras actividades de la vida de la comunidad que constituían experiencias importantes relacionadas con la tarea central de este proyecto. Por otro lado, significó también abrir espacios de atención individualizada para personas de la comunidad que demandaron ese tipo de atención a sus particulares situaciones personales.

La relación establecida entre el equipo y la comunidad fue distinta en las diversas etapas. En la primera fue de mayor presencia, especialmente con fines de la investigación y para buscar un espacio en la vida comunitaria. En la segunda fue una presencia para coordinar acciones colectivas que permitieran la devolución de los resultados de la investigación con miras a la sensibilización de los actores y a la constitución de la Red. En la tercera etapa, ya constituida la Red, la relación fue de mayor compromiso en la medida que los integrantes se fueron apropiando de la coordinación.

Es significativo destacar, en este elemento de relación, que hacia el final de la experiencia el vínculo establecido sirvió para asesorar la elaboración de dos proyectos por parte de la comunidad en su búsqueda de financiamiento para sus actividades y en ellos se incluyó parte de las actividades de la Red.

Al finalizar la experiencia que estamos sistematizando, se hace necesario un cierre operativo de esta relación pues está cercano el término del proyecto. Sin embargo, esto no significa que se termina el vínculo establecido con la coordinadora del proyecto, con el Cepam y con la Casa de Refugio en Chilligallo.

UN CENTRO DE CAPACITACIÓN EN EL BARRIO

Contar con la existencia y funcionamiento del Centro Comunitario de Capacitación en el barrio El Carmen, constituyó uno de los puntales para el desarrollo de esta experiencia. Este espacio físico, contiguo al Subcentro de Salud, fue el sitio de reuniones de la Red Manos Amigas y su referente más importante para todos los eventos de capacitación que sobre VIF se realizaron.

El Centro Comunitario de Capacitación constituyó un agente dinamizador de procesos de participación en el barrio. En sus instalaciones también se reúne la directiva del Comité Pro Mejoras del barrio y el grupo de danzas Auqui Palla, constituido por jóvenes hombres y mujeres.

LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, UN PROBLEMA QUE NOS TOCA A TODOS

La propuesta metodológica debía responder a la pregunta: ¿cómo incidir en las representaciones sociales de los actores para que, al modificarlas, produzcan un proceso de cambio de actitudes en la atención a la VIF?

Un elemento que estuvo presente en todos los talleres de sensibilización y capacitación, así como en las reuniones de la Red, era que al hablar de la violencia intrafamiliar estábamos tratando de un problema social del cual muy pocos se podían excluir. Que era un tema doloroso emocionalmente. Que además, revisarlo y analizarlo generalmente removía recuerdos no gratos, situaciones aparentemente olvidadas o evadidas, que producían molestia o incomodidad. Esa es una de las explicaciones de las resistencias que presentaban algunos de los actores sociales.

Por esto, en los talleres que se organizaron, el tema de la VIF fue tratado de manera objetiva

en cuanto a los datos estadísticos, las manifestaciones de la violencia y otros aspectos que intervienen, pero sobre todo lo analizamos dando cabida a la subjetividad. Es decir, fueron talleres en donde visiblemente se produjo movimiento del mundo interno de las y los asistentes. Para lograrlo, los realizamos con técnicas de manejo grupal para el tratamiento de la subjetividad de las personas, en un ambiente de continencia y respeto.

Optar por esta metodología no fue sencillo. Corriamos el riesgo del rechazo o de que las personas se alejen y no respondan a nuevas convocatorias. Sin embargo, consideramos que para lograr el involucramiento era necesario que las personas sintieran en su vida misma las afectaciones de la violencia intrafamiliar, que aunque hubiesen quedado atrás, continuaban latentes. Las consecuencias aparecen en nuestras vidas y en la vida de todos, afectándonos de manera individual y colectiva.

Consideramos que el acercamiento a la subjetividad puede provocar cambios en las concepciones y por lo tanto preparar un terreno fértil para desarrollar acciones creativas, solidarias y comprometidas con la búsqueda de soluciones a la VIF.

Este tipo de intervención comunitaria debe prever la posibilidad de que, a partir de la sensibilización y capacitación, el equipo esté disponible y preparado para atender, contener, orientar, remitir y/o dar tratamiento a casos de violencia intrafamiliar que se presenten en las personas con las que se está realizando el trabajo. Por lo tanto, un elemento metodológico importante que se puede rescatar de esta experiencia es la formación que sobre el tema de VIF debe tener el equipo de trabajo responsable de la sensibilización y capacitación.

EL IMPACTO DE LA DRAMATIZACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA

La utilización del teatro como técnica para los talleres produjo impacto favorable para la participación en el análisis de la VIF. El guión de la obra de teatro fue elaborado a partir de los principales resultados de la investigación cualitativa y permitió visualizar todos los pasos del camino que recorre la mujer afectada por la violencia intrafamiliar cuando decide enfrentarla.

Además sirvió para observar la forma en que se expresa la respuesta de su familia y de los diversos sectores: salud, educativo, barrial, legal y de las ONGs.

La dramatización impactó favorablemente, porque es una técnica que dinamiza el ambiente del grupo, produce recreación y permite involucrarse con los personajes que intervienen. Su importancia reside en que no se queda solo en lo objetivo, también apela a la subjetividad. Los talleres en los que utilizamos esta técnica fueron muy dinámicos y se presentaron propuestas para enfrentar la violencia intrafamiliar.

En las reuniones de la Red Manos Amigas, cada vez que preparábamos un nuevo taller, aparecía la obra de teatro como una técnica adecuada para apoyar procesos de sensibilización y capacitación. Es decir, las diversas imágenes de las representaciones, se quedaban en la memoria de las personas, por lo que las recordaban con mucha facilidad.

EL EQUIPO: GENERADOR DE DEPENDENCIA O AUTONOMÍA DE LA RED

Otro elemento metodológico importante fue la definición del rol del equipo de trabajo que actuó como agente externo del proceso. Lo definimos como un facilitador del proceso, definición que resulta sencilla en el discurso, pero que se complica al momento de incorporarla en la práctica cotidiana. Por lo tanto, requiere ser

analizada y revisada con los mismos actores a fin de que ellos tengan conciencia de que el papel del equipo es transitorio, externo a la localidad, con una relativa y corta participación en la vida cotidiana de la comunidad que es donde la Red Manos Amigas tenía que comenzar a operar y a ver sus resultados.

Definir y programar la relación de dependencia desde un inicio para que pase a ser una relación que genere independencia es una tarea que demanda un esfuerzo consciente. La tarea debe ser asumida por el equipo y por los actores como una acción real por lograr el empoderamiento de éstos frente al problema de la VIF como un conflicto que también es de ellos y no sólo del agente externo.

Mientras realizábamos esta sistematización, encontramos que otro elemento metodológico de importancia fue incorporar a las reuniones del Comité Central de la Red Manos Amigas el análisis de casos atendidos por los diversos sectores. Dicha situación provocó el aumento del interés de los actores sociales presentes por capacitarse y estar en mejores condiciones para atender y orientar casos de VIF.

ELEMENTOS QUE AYUDARON O DIFICULTARON EL PROCESO DE INVOLUCRAMIENTO DE LOS ACTORES.

EN EL SECTOR SALUD

En la primera etapa el sector salud se vinculó de manera positiva al proceso de investigación cualitativa, proporcionando nombres de personas afectadas por la violencia intrafamiliar y facilitando el proceso de entrevistas en sus locales y con su personal.

Pero en la segunda etapa, relacionada con el proceso de devolución, el equipo presentó resistencias por lo que hubo poca asistencia a los talleres de sensibilización y capacitación. Este período coincidió con la disolución del Comité de Salud conformado con la organización ba-

rrial. Por todos lados las relaciones eran tensas y sin mayores posibilidades de integrarse a alguna actividad coherente.

También en ese momento se produjo la constitución de la Red Manos Amigas y la designación de dos personas del equipo de salud al Comité Central, quienes asistieron regularmente a todas las reuniones de la Red y se comprometieron con las actividades que se desarrollaron de difusión, capacitación, atención de casos y otras. El trabajo sirvió de base para que al momento en que se produjo el cambio de Subcentro a Centro de Salud, la nueva directora, sensible ante la violencia intrafamiliar, valorizara la representación ante la Red y nombrara a un delegado del área para que coordine con la Red y con los siete subcentros del área.

En la tercera etapa la propuesta metodológica contribuyó decididamente al involucramiento del sector salud. Se presentó a la Red Manos Amigas en una reunión del Comité Técnico del Área 7, constituido por la directora del centro y todos los directores de los subcentros de salud. Se estableció la posibilidad de generar un proceso de capacitación hacia todos los equipos de salud, actividad que se está realizando al cierre de esta sistematización.

La experiencia de la participación del sector salud en la constitución de la red Manos Amigas y en la atención a la violencia intrafamiliar será incluida en los contenidos de la capacitación para la conformación de un equipo en la Dirección Provincial de Pichincha. Esta actividad contará con el apoyo de este proyecto y tendrá a su cargo el proceso de capacitación de todos los equipos de salud de las 21 áreas de salud de la provincia de Pichincha.

EN EL SECTOR EDUCATIVO

En la primera etapa el sector educativo respondió de manera favorable a la investigación cualitativa ofreciendo facilidades para las entrevistas. En este sector, el factor tiempo siempre ac-

tuó como un elemento que dificultó su mayor involucramiento, en especial la relación que se pretendió establecer con uno de los colegios más grandes de la localidad.

Fue diferente la participación de dos instancias educativas del sector: la guardería infantil y el centro comunitario de capacitación que se vincularon desde los inicios a través de la investigación y posteriormente en el proceso de devolución y la constitución de la Red Manos Amigas.

Posteriormente, en la segunda etapa, estos dos centros educativos tuvieron una participación dinamizadora de actividades de la Red. Motivaron la organización de talleres de capacitación y difusión de la Red entre los usuarios de sus centros. Mientras finalizamos la sistematización, estos dos centros junto con el centro de salud son los principales referentes para la atención de casos de violencia intrafamiliar en el barrio y sus alrededores.

Mientras se termina la sistematización, desde el Centro de Capacitación Comunitario se está convocando a reuniones de todas las instancias barriales para constituir la Comisión Educativa del barrio El Carmen en la que está participando la Red Manos Amigas.

EN EL SECTOR LEGAL

La vinculación con el sector legal se produjo desde la primera etapa de esta experiencia. Fue cuando, conjuntamente con la Comisaría de la Mujer, se consideró la posibilidad de instalar en el barrio el servicio de la comisaría por un solo día, para difundir su existencia y motivar la denuncia de casos de violencia intrafamiliar. Su participación fue favorable en el proceso de investigación y posteriormente en la constitución de la Red Manos Amigas.

Constituida la Red se presentaron las condiciones apropiadas, generadas por la intervención de Cepam ante el Ministerio de Gobierno, para que la Comisaría Sexta de la Mujer y la Familia,

podiera concurrir de manera itinerante una vez al mes, en cada barrio del sur de Quito. El barrio El Carmen, fue el primer barrio escogido para este fin por la presencia y participación de la Red manos Amigas.

El análisis de esta experiencia en la Red deja un balance positivo ya que su participación en la preparación, convocatoria e instalación de la Comisaría significó una de las primeras actividades coordinadas de la Red. El elevado número de usuarias atendidas desde las primeras horas de la mañana en que se instaló la Comisaría, sirvió de toma de conciencia de la magnitud del problema en el barrio. Además, llevó a una activa participación de los actores sociales de los sectores salud, educativo, barrial y ONG.

EN EL SECTOR COMUNITARIO

La propuesta metodológica, desde sus inicios, incluía la participación de la comunidad a través de sus organizaciones barriales. Sus dirigentes contribuyeron favorablemente en la etapa de la investigación cualitativa, facilitando la convocatoria de los grupos focales y para las entrevistas.

En las dos primeras etapas la constitución del Comité de Salud fue un intento por parte de la comunidad por crear una instancia de coordinación para el mejoramiento de la atención de la salud del barrio, aunque constituyera una experiencia fallida.

Luego, en el proceso de constitución de la Red manos Amigas, la participación de la comunidad tuvo un papel decisivo por el nivel de compromiso con que asumió la tarea.

En la tercera etapa, la Red Manos Amigas es considerada como un logro de la comunidad, del sector salud y del sector educativo local. También es considerada como una instancia del barrio El Carmen que sirve para atender y prevenir la VIF.

EN EL EQUIPO Y LA ONG EJECUTORA

El Cepam participó a través de su Área de Salud, de la Casa de refugio de Chillogallo y de la Comisaría de la Mujer y la Familia. Su presencia como coordinadora local de este proyecto fue fundamental en el desarrollo de esta experiencia, así como en el proceso de la investigación cualitativa y en el de la devolución de los resultados. En la constitución de la Red Manos Amigas, la Casa de Refugio tuvo un papel muy importante así como en los talleres de capacitación organizados por la Red para los sectores que intervinieron.

La participación de las Comisarias Itinerantes en la tercera etapa se convirtió un elemento dinamizador en los barrios del área de cobertura de la Red Manos Amigas. Su organización y convocatoria generó un proceso de amplia participación de varias instituciones barriales en donde se ha realizado esta actividad.

EN EL SECTOR DE LAS ONGS

El hogar Talita Kumi y la Fundación Vida y Juventud también participaron como representantes de este sector ante la Red. Sin embargo su presencia se ha visto afectada por falta de su personal y dificultades con los horarios de reuniones de la Red. A pesar de ello, se cuenta con sus servicios como parte de la Red Manos Amigas. La Casa de Refugio tiene estrecha relación con ambas y mantienen referencia y contrareferencia de casos.

La presencia de la ONG con experiencia o no en el tratamiento de la VIF es valorizada por los actores sociales participantes en la Red Manos Amigas ya que ofrecen servicios concretos para la atención a la VIF y se constituyen en recursos para las iniciativas de capacitación que se propongan en la Red.

LA SOSTENIBILIDAD DE LA RED MANOS AMIGAS

Si bien cierto que la preocupación por la sostenibilidad de la Red no estuvo presente desde un inicio, esto no significa que algunos de los elementos de la propuesta metodológica no apuntaran a este fin. Por ejemplo, definir al equipo ejecutor de la experiencia con un rol de facilitador de un proceso de empoderamiento comunitario frente a la violencia intrafamiliar significó introducir un aspecto que influyó favorablemente en el transcurso de las tres etapas.

Esta definición sirvió tanto al equipo como al resto de los actores sociales. Unos y otros tomaron conciencia del esfuerzo que para ambos significaba: despegarse del proceso, por el lado de la ONG y apropiarse del proceso, por parte de los otros actores sociales involucrados.

Fue a partir de la tercera etapa que comenzó a surgir la preocupación en ambas partes sobre la sostenibilidad de la Red. En dos ocasiones la coordinadora local del proyecto apoyó la elaboración de proyectos de desarrollo del barrio que incluyeron actividades relacionadas con los objetivos de la Red manos Amigas. Luego de realizar la sistematización esperamos hacer un seguimiento a estos proyectos para su feliz término.

Sin embargo, es necesario señalar que el tema de la sostenibilidad no ha sido un asunto tratado con la suficiente profundidad y la preocupación que merecía. En los últimos meses del proyecto, se espera poder atender con mayor compromiso el punto a fin de que se produzcan propuestas en este sentido.

LECCIONES PRÁCTICAS Y CONCLUSIONES TEÓRICAS

La sistematización de esta experiencia nos ha permitido constatar que la técnica de desarrollo de la comunidad, herramienta utilizada en la formación académica de algunas profesiones como Trabajo Social, Medicina, Gerencia Social y otras, tiene total vigencia para la atención y el tratamiento comunitario de la violencia intrafamiliar.

Algo que habíamos recogido en la sistematización de la experiencia de la Casa de Refugio – Cepam fue la propuesta de incorporación de la subjetividad como herramienta para lograr el proceso de involucramiento de los actores sociales en el abordaje de la violencia intrafamiliar. En esta experiencia pudimos reafirmar que es un aporte teórico válido.

Así mismo, la sistematización permite ratificar que la VIF es un problema multicausal que, por lo mismo, requiere una intervención coordinada de los diversos sectores de la sociedad. La experiencia de involucramiento de los actores sociales en el abordaje de la violencia intrafamiliar, en el barrio El Carmen, permite visualizar con bastante claridad la importancia de la coordinación de los distintos actores sociales.

También con este trabajo podemos reafirmar que la VIF es un problema que requiere ser detectado, denunciado, atendido y prevenido. La acción coordinada de los sectores sociales así lo demuestra al haber llevado a cabo, en el transcurso de apenas diez meses acciones para detectar la violencia intrafamiliar en los sectores salud y educativo, acciones de denuncia a través de las Comisarias Itinerantes en los barrios, actividades de atención con los casos intervenidos por los sectores comunitario, educativo y de salud y los trabajos para prevenir la VIF con el sector educativo a través de los talleres con jóvenes, niños y niñas, educadoras comunitarias de la guardería y otras.

Igualmente esta experiencia confirma que conocer las representaciones sociales de los actores constituye un elemento fundamental en el proceso que intenta generar cambios en las concepciones y prácticas para atender adecuadamente la violencia intrafamiliar.

Además, una nueva alternativa para intervenir en la VIF se está probando con esta experiencia. Se trata de la participación local de la comunidad a través de todos los actores sociales presentes que, de manera coordinada responden adecuadamente para detectar, denunciar, atender y prevenir la violencia intrafamiliar.

La sistematización de esta experiencia nos permitió aprender que es necesaria la conformación de un equipo representativo de la localidad, capaz de emprender, de manera independiente, actividades para dar tratamiento a la VIF.

Un elemento metodológico importante que se puede rescatar de esta experiencia es la formación que sobre el tema de VIF debe tener el equipo de trabajo responsable de la sensibilización y capacitación de los actores sociales.

Mientras estábamos realizando esta sistematización, encontramos que otro elemento metodológico de importancia fue incorporar a las reuniones del Comité Central de la Red Manos Amigas el análisis de casos atendidos por los diversos sectores. Dicha situación provocó el aumento del interés de los actores sociales presentes por capacitarse y estar en mejores condiciones para atender y orientar casos de violencia intrafamiliar.

Creemos que sería importante que en el equipo ejecutor de esta iniciativa comunitaria para atender la VIF, se encuentren uno o dos promotores de la misma localidad destinando tiempo

y recursos personales al desarrollo de ese trabajo. De ser posible, estos promotores que podrían ser integrantes de cualquiera de los sectores, deberían contar con una mínima remuneración por este trabajo que sería adicional al que probablemente ya tuvieran.

Consideramos que la iniciativa comunitaria que pudiera generarse por intervención de agentes externos o de la propia comunidad debería contar con el apoyo de personas y/o instituciones con conocimiento y experiencia en el manejo de los problemas de violencia intrafamiliar para garantizar un sustento teórico - metodológico en el desarrollo inicial del proceso y que pueda ser un referente para posteriores situaciones que la red local necesite.

Debemos tener en cuenta que el proceso de involucramiento de los actores sociales ante el problema de la violencia intrafamiliar es un trabajo de mediano y largo alcance. Sus resultados son lentos y limitados, dependen de dinámicas propias de la vida de cada localidad que no se pueden forzar ni acelerar sin tomar en cuenta otros intereses del barrio.

Pensamos que definir una estrategia para el manejo de las resistencias que se presentan en el abordaje de la VIF es de gran importancia cuando se trata de convocar la participación de los actores sociales.

Creemos que la incorporación de hombres a los grupos donde se impulsa el abordaje de la violencia intrafamiliar es fundamental para difundir el discurso y una actitud comprometida no sólo por parte de las mujeres de la localidad sino también de los hombres.

BIBLIOGRAFIA

ANDER EGG, Ezequiel. Desarrollo de la Comunidad, 1980.

CEPAM-QUITO, Informe Final de la Investigación Cualitativa de la Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la VIF.

CEPAM-QUITO, Informes analíticos sobre la ejecución del proyecto: Violencia contra las mujeres y las niñas, una intervención coordinada desde la comunidad. Período: enero de 1996 a enero de 1999.

CEPAM-QUITO, Area de Salud. Memorias del Seminario Nacional sobre Medicina Legal, CEPAM, OPS/OMS, Quito, 1999.

CORDERO, Laura Luisa; PONCE, Máximo. Participación infantil, ciudadana y lúdica, sistematización de la experiencia de participación infantil en el Programa Niños por la Comunidad de la ciudad de Guayaquil. Abya Yala, Centro de Estudios Sociales, Guayaquil, 1998

GOMEZ DE LA TORRE, Virginia; LOPEZ ANGEL, Martha. Damos la vida, exigimos vivir. Sistematización de la experiencia de un modelo de salud alternativa. En: CORDERO, Tatiana (ed.) De otros partos y nacimientos. Historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género. OPS/OMS, Cepam Quito, Cepam Guayaquil, Sendas, Quito, 1996

GOMEZ SANTOS Rosario; RUIZ, Anna Cristina; SEGURA, Maritza. Un lugar para pensar en mí, en ti y en nosotras. Sistematización de la experiencia Casa de Refugio para Mujeres y Menores. Cepam, Quito, 1997

GOMEZ, Rosario; SEGURA, Maritza. Continencia, Casa de Refugio-Cepam, Quito 1996

GOMEZ, Virginia, LOPEZ, Martha. Una utopía posible, Cepam/Terranova, Quito, 1998.

HEISE, Lorie y Col. Violencia contra la mujer la carga oculta sobre la salud, Washington D.C. OPS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1994.

Ley contra la violencia a la Mujer y la Familia, Registro Oficial No 839 del lunes 11 de diciembre de 1995.

OPS/OMS, Documento del proyecto: Violencia contra las mujeres y las niñas, una acción intervención coordinada desde la comunidad, 1995.

OPS/OMS, Protocolo de la Investigación Cualitativa de la Ruta Crítica de la mujer afectada por la Violencia Intrafamiliar (VIF). 1996.

UNICEF, La Ciudad que Queremos, sistematización de la experiencia realizada en Guayaquil por Patricia Gómez de Rhor y Laura Luisa Cordero, Guayaquil, 1997.

LA ACCION COLECTIVA, UNA ALTERNATIVA VALIDA PARA ENFRENTAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

SERVICIOS PARA UN DESARROLLO ALTERNATIVO DEL SUR. SENDAS

Sistematización de la experiencia del Proyecto de Prevención
y Atención a la Violencia contra las Mujeres y
las Niñas en el cantón Sigsig

SISTEMATIZADORAS:
Zaida Crespo
Monserath Suárez

ASESORIA EN SISTEMATIZACION
Laura Luisa Cordero

INTRODUCCION

*"Ella está en el horizonte me acerco dos pasos
ella se aleja dos pasos, camino diez pasos y
el horizonte se corre diez pasos más allá.*

*Por mucho que yo camine nunca la alcanzaré.
¿Para qué sirve la Utopía?
Para eso: sirve para caminar"*

Eduardo Galeano

El derecho a vivir una vida sin violencia no solo es un derecho sino una obligación de todos y todas, por lo que fue el objetivo de la propuesta ejecutada por SENDAS en el marco del proyecto de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres y las niñas, en el cual se consideró fundamental la promoción y el mejoramiento de los servicios existentes en el cantón Sigsig.

Este proceso propendió crear nuevas actitudes basadas en cambios socio - culturales hacia un enfoque que posibilite la atención integral de los casos de mujeres y niñas afectadas por la VIF, y a los/as beneficiarios/as el pleno ejercicio de los derechos como ciudadanos/as.

Trabajar con el mejoramiento de la calidad de los servicios y el involucramiento de prestatarios/as en las tareas de prevención constituyó el eje principal del proyecto, lo que se realizó a través del acercamiento, producción y difusión de información y cambios en las formas tradicionales de atención y registro, lo que constituyó una experiencia enriquecedora.

Lograr la participación e involucramiento de los/as prestatarios/as, con quienes se desarrolló la experiencia, concluyó con un valioso aporte al momento de ponerlo en práctica. Se partió de las concepciones teóricas propuestas

desde el enfoque de género, el mismo que ha sido asumido como parte de su forma de vida, y les ha permitido visibilizar los límites de su aplicabilidad.

La presente sistematización pretende dar una mirada analítica de cómo los diferentes sectores se involucraron y aportaron para lograr integrar el enfoque de género en sus prácticas cotidianas, teniendo que enfrentar al reto de ofrecer servicios de calidad.

La intervención se inició con la investigación a profundidad sobre Ruta Crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar. Partimos de sus resultados y sistematizamos la experiencia de involucramiento de actores sociales que dividimos en dos períodos claramente definidos. El primer período se caracterizó por el acercamiento a los diferentes actores sociales, siendo la principal estrategia utilizada la sensibilización y la capacitación. En el segundo, los prestatarios/as asumieron la responsabilidad de aplicabilidad en la práctica, demostrando su involucramiento que se concretó con la conformación de la Red Intersectorial, en el marco de la cual se plantearon estrategias de intervención y planes de trabajo para influir en la problemática de la Violencia intrafamiliar.

CONTEXTO GEOGRÁFICO, SOCIO - ECONOMICO Y CULTURAL

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

El cantón Sigsig, ubicado al sur oriente de la cordillera de los Andes ecuatorianos, a 70 Km de la ciudad de Cuenca, en la provincia del Azuay de la cual forma parte, está conformado por seis parroquias rurales. Tiene una extensión de 286 Km², de los cuales 149 Km² corresponden a la microcuenca del río Santa Bárbara en la cual se encuentran las parroquias San Sebastián y Cutchil que son las zonas de intervención de Sendas y por ende el espacio geográfico en el cual se desarrolla el Proyecto de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres y las Niñas.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

La población del Sigsig es de 31.411 habitantes, de los cuales 6.627 pertenecen al área urbana y 24.784 al área rural. Del total de la población, 16.797 son mujeres (3.578, área urbana y 13.219, área rural) y 14.614 son hombres (3.049, área urbana y 4.565, área rural).¹

El 60% de la población total se encuentra entre los grupos de edad de 1 a 30 años, con lo que se concluye que Sigsig tiene una población joven, eminentemente rural y mayoritariamente femenina.

Aproximadamente el 62% de la población está considerada como población económicamente activa, PEA, es decir, 10.713 personas, de las

cuales 8.312 pertenecen al área rural y 2.401 al área urbana, de ahí que la PEA del sector rural sea de un 78.9% y 21.1% sea PEA urbana. Del total de la PEA 9.464 son mujeres y 6.179 son hombres.

En cuanto a la educación, de 23.138 personas de 10 años y más, un 14% es analfabeta y, dentro de este grupo, 71.4% son mujeres. Por otra parte en cuanto a escolaridad, un 70% de la población de 6 años y más tiene solo estudios primarios, un 24% está cursando estudios secundarios, apenas el 1% accede a la Universidad y el 17% no tiene ningún nivel de educación; ello limita las posibilidades de desarrollo.

SERVICIOS BÁSICOS EXISTENTES

Del total de 9.759 viviendas particulares existentes en el cantón, encontramos que solo las ubicadas en el centro cantonal poseen agua entubada y clorada, un 50% de la población rural tiene agua entubada pero no tratada y el otro 50% debe obtener el agua de vertientes, pozos, ríos, etc.

El 20% de la población quema la basura, mientras que el 80% la deposita al aire libre y no dispone de ningún sistema de eliminación.

El 49% de la población urbana y el 90% de la población rural no dispone de sistemas de eliminación de aguas servidas. En cuanto a la dotación de luz eléctrica, el 94% de la población urbana cuenta con este servicio mientras que en la zona rural, solo el 81%.²

Esta situación da cuenta de una carencia de servicios básicos, que sin duda tiene repercusiones en la calidad de vida de la población.

Las parroquias y sus comunidades están vinculadas por carreteras en mal estado (camino vecinales) con la cabecera cantonal del Sigsig, centro socioeconómico y político de esta micro región. Cabe señalar que no todas las parroquias se articulan en su relación con el centro cantonal. Jima, Ludo, San Bartolomé y San José de Raranga establecen su relación con Cuenca, por su ubicación geográfica y por las vías de comunicación.

El cantón Sigsig cuenta con un Hospital Cantonal ubicado en el centro urbano y el dispensario del Seguro Social Campesino; además cuenta con subcentros de salud en todas las parroquias y en las comunidades de Sarar y Zhimbrug. La cobertura de servicios de salud es insuficiente para atender las demandas de toda la población. Las acciones de salud preventiva son escasas, pudiendo afirmarse que, en general, los servicios que prestan son curativos.

CARACTERÍSTICAS PRODUCTIVAS

La estrategia de producción y reproducción de los campesinos locales está determinada por los medios de producción disponibles; el medio agro - socio - económico que le rodea y su conocimiento, posibilita a los/as productores/as tomar decisiones y organizar la producción.

Su medio ambiente es frágil y se ve agravado por el inadecuado uso y manejo de los recursos naturales como el agua, la tala indiscriminada de bosques, los procesos de erosión de los suelos; faltan de fuentes de trabajo en la zona, hay demanda de mano de obra barata y no calificada desde otras regiones del país, feminización de las artesanías y de la pobreza. Todas son características que hacen que los/as pequeños/as productores/as tengan que buscar alternativas productivas para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Los/as productores/as enfrentan condiciones agroecológicas no muy propicias para la producción agropecuaria, términos de intercambio económicos desfavorables entre productos agropecuarios, artesanales y productos manufacturados y de servicios, difícil acceso al crédito, insuficiente infraestructura física, especialmente la vialidad. Estos fenómenos, sumados a otros problemas sociales relacionados a la educación, salud, dotación de servicios, relaciones de poder desiguales, espacios de recreación, alcoholismo, bajos niveles de organización y movilización social, dan como resultante la falta de perspectiva económica en la región, que dificulta su desarrollo socio - económico.

Lo antes señalado, incide para que el Sigsig sea un cantón que deporta población desde hace varias décadas. Entre 1950 y 1982 la tasa de crecimiento poblacional fue de -6.3%, -8.3% respectivamente en las parroquias Sigsig y Cutchil. La tasa de migración está en el orden del 12%.

Los jóvenes migran temporal o definitivamente de su lugar natal. Los hombres migran principalmente a la costa para trabajar en las bananeras, camaronerías o en las minas; en cambio, las mujeres migrantes que tienen un nivel promedio de educación más alto se radican en Cuenca. Esto implica una pérdida considerable de capital humano y de dinamismo socio - económico para la región. Aparte de esta migración permanente, existe una fuerte migración temporal especialmente masculina, ya que los hombres migrantes trabajan durante la mayor parte del año en las camaronerías y bananeras de la costa y en las minas de oro de la sierra y oriente.

Además de las condiciones precarias en el que se inscribe el movimiento migratorio, éste tiene un impacto social y económico nefasto en la zona de origen. La migración implica una desarticulación del hogar (abandono de la familia por los hombres) y un debilitamiento importante

1. QUESADA, Milton, 1998, CENSO SIGSIG, Familia, Mujer, Migración Internacional y Actividades Productivas. Universidad de Cuenca, UNFPA, Programa de Población y Desarrollo Local Sustentable, PYDLOS, Cuenca.

2. *Ibidem*

de la organización social de la región. También provoca una pérdida de la identidad socio-cultural de los migrantes (costos del desarraigo).

Por otro lado las tareas reproductivas de las mujeres y su intensidad están relacionadas con la etapa del ciclo reproductivo familiar: mujeres de familias jóvenes están más comprometidas con el trabajo reproductivo que de aquellas familias con hijos grandes quienes comparten las tareas domésticas, especialmente las hijas mujeres (Vanderschaeghe, Martínez, 1992, citado por Martínez, 1997).

Ante la ausencia del hombre, la mujer también asume responsabilidades comunitarias y organizativas para la dotación de servicios e infraestructura, lo que se traduce en el trabajo en mingas y participación en reuniones.

Las mujeres tienen instancias de participación en espacios organizativos mixtos o solo de mujeres (seguro social campesino, comités de padres de familia, comités de madres, etc.), sin embargo el acceso a instancias de dirección y toma de decisiones es limitado, quizás porque acceder a espacios de dirección y decisiones implicaría una sobrecarga de tareas. (Vanderschaeghe, Martínez, 1992, citado por Martínez, 1997).

¿QUIÉNES FUERON LOS ACTORES?

SECTOR EDUCATIVO

En el que se incluyen 22 mujeres y 16 hombres. Algunos/as maestros/as únicamente trabajan en la zona, su residencia permanente es fuera del cantón. Debido a su formación, realizan su labor sin enfoque de género. Su quehacer se limita a dar sus clases sin tomar en cuenta las circunstancias que rodean a cada alumno/a, ello hace que se homogenice a los/as estudiantes sin considerar su individualidad.

SECTOR SALUD

En el que participan 15 mujeres y nueve hombres, de los cuales uno es odontólogo, dos son inspectores sanitarios de subcentros de salud y los demás son médicos. El personal femenino está conformado por una médica, y las enfermeras y auxiliares de enfermería del hospital cantonal y dispensario del Seguro Campesino y la auxiliar de estadística del hospital. Las enfermeras y algunos auxiliares de enfermería habían asistido anteriormente a un taller sobre género sin embargo su conocimiento era elemental. Los médicos, por su parte, nunca habían tenido esta oportunidad por lo que su actual conocimiento es inicial. Todos los médicos, salvo el Director del hospital, viven en Cuenca.

Los actores que intervinieron en la experiencia fueron, por una parte, aquellos que participaron en forma permanente de las actividades propuestas por el proyecto, a los que definimos como población directa; y, la comunidad en general, que de una u otra manera fue beneficiaria de la intervención, constituyéndose en población indirecta en la experiencia.

POBLACION DIRECTA

La población directa estaba conformada por los prestatarios/as³ de los diferentes sectores: legal, educación, salud, comunitario.

SECTOR LEGAL

Conformado por cinco hombres: Comisario Cantonal de Policía, Secretario, Jefe Político del Cantón y dos Agentes de policía. Quienes laboran en las instancias legales no son profesionales del derecho, más bien son personas que por coincidencias políticas son nombradas como autoridades cantonales. Los policías son itinerantes. Ninguno de los prestatarios había tenido formación previa en género, peor aún en violencia intrafamiliar. El secretario es un empleado de carrera por lo tanto no es de libre remoción. Por su trabajo es el que más en contacto ha estado con la problemática de la violencia intrafamiliar por ser el que recepta las denuncias.

3 La persona(s) que tienen a su cargo brindar servicios de apoyo para las mujeres afectadas por la VIF. Pueden ser funcionarios del sector jurídico-legal, policial, salud, educativo y miembros/as de organizaciones comunitarias. También se considera como prestatarios a aquellas personas que cumplen una función social en la comunidad y que desde la perspectiva de las mujeres afectadas, forman parte de su ruta crítica al ayudarlas a romper con el silencio en las relaciones violentas. Citado en: OPS. Ruta crítica de las mujeres maltratadas.

SECTOR COMUNITARIO

Está constituido por 57 mujeres y seis hombres entre quienes se encuentra el Vicario del Cantón.

Las mujeres involucradas en esta propuesta pertenecen a organizaciones de mujeres o mixtas. Asociadas según intereses del grupo, que está generalmente orientado a la satisfacción de necesidades inmediatas. Las características de estas organizaciones responden a los objetivos y a la diversidad de sus socias. Así, las miembros de la Asociación de Ceramistas son mujeres mestizas que viven en el centro del Sigsig y además trabajan en instituciones públicas, tienen sus propios negocios y/o son amas de casa; la Asociación 16 de Abril está conformada por pequeños/as productores/as agrícolas, en su mayoría perteneciente a los diferentes sectores rurales del cantón, muy pocos provienen del centro, sin embargo sus características socio-económicas y culturales son similares. La Asociación de Vivanderas del mercado agrupa a pequeñas negociantes tanto del centro como de los sectores; y la Asociación de Mujeres Flor de Mayo que ha concentrado a campesinas de Cutchil en torno a la confección de ropa.

EL VICARIO CANTONAL

Es un sacerdote joven, que presta asistencia eclesial a la población del Sigsig desde hace aproximadamente seis años, es una persona que manifiesta una manera diferente de entender la realidad social del cantón, se ha preocupado por los problemas que más afectan a la población como el alcoholismo, ante el cual ha emprendido una lucha permanente a fin de reducir su índice. Asimismo está comprometido en trabajar por los derechos de las mujeres en el proyecto de atención⁴ y prevención⁵ de la violencia intrafamiliar.

LAS MUJERES AFECTADAS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El abuso contra la mujer incluye el maltrato físico, psicológico, sexual y/o patrimonial por parte de un hombre contra su esposa o compañera, con la intención de atemorizarla y tener control sobre ella y sus recursos. El abuso contra la mujer es la manifestación de las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres en las estructuras sociales, económicas y políticas propias de una sociedad patriarcal.

Las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar responden a características diferentes de acuerdo a la procedencia de cada una de ellas y a sus condiciones personales, sin embargo, podemos decir que la violencia intrafamiliar afecta indistintamente a mujeres jóvenes, adultas, casadas, en unión libre, separadas y de cualquier condición social. La mayoría de las mujeres que han acudido a los distintos sectores durante su ruta crítica⁶ son campesinas de los sectores aledaños a la parroquia Sigsig.

POBLACION INDIRECTA

En esta experiencia constituyen población indirecta los hombres, mujeres, niños/as, jóvenes de las parroquias Sigsig y Cutchil del cantón Sigsig.

La población del cantón Sigsig se caracteriza por ser mestiza en su mayoría, únicamente en las parroquias de Ludo y San José de Raranga la población es eminentemente indígena, quichua hablante.

Los/as pobladores/as de la zona de intervención son, por lo general, pequeños productores, esencialmente fruticultores con escasa partici-

pación en el mercado nacional, más bien su producción está orientada al autoconsumo.

Las costumbres y tradiciones como aspectos culturales inciden en la forma de ser y actuar de la población. Esto se hace evidente cuando se aborda la problemática de la violencia contra las mujeres en la cual se mantienen como factores inhibidores⁷ para la toma de decisiones en la búsqueda de solución por parte de las mujeres.

EL EQUIPO

Inicialmente se constituyó el equipo local para la investigación cualitativa de la Ruta Crítica en convenio con la Corporación Mujer a Mujer, para la incorporación de dos profesionales: una trabajadora social con experiencia en trabajo de atención a mujeres afectadas por la VIF adquirida al ser integrante del equipo multidisciplinario del la Comisaría de la Mujer de la ciudad de Cuenca, y una educadora recién integrada al equipo de esta ONG y por lo tanto sin mayor experiencia sobre el tema.

Una vez culminada la investigación cualitativa, el equipo de trabajo quedó conformado por la coordinadora y una capacitadora. Sin embargo, al estar incorporado en el programa de desarrollo, los técnicos y técnicas de los otros componentes se constituyeron también en actores institucionales que permitieron enlazar las estrategias del proyecto con las del programa en general mediante la difusión, información y capacitación a los integrantes de los grupos contraparte.

LAS INSTITUCIONES

FUNDACIÓN SENDAS (SERVICIOS PARA UN DESARROLLO ALTERNATIVO DEL SUR)

Es una organización no gubernamental nacional de desarrollo, reconocida legalmente el 5 de marzo de 1993, por acuerdo ministerial N.º 0292. Inició su trabajo en 1990 en la sierra sur y tiene su sede en la ciudad de Cuenca.

El área de trabajo de Sendas comprende tres provincias de la región sur andina de Ecuador: Cañar, Azuay y Loja. De acuerdo a la división político-administrativa del país, en ellas se ubican 29 cantones y comprende una superficie de 24.022 Km² (8,7% del territorio nacional).

Las acciones más significativas de Sendas actualmente se localizan en la provincia del Azuay en los cantones orientales Gualaceo y Sigsig, así como en los barrios periféricos suburbanos del norte de la ciudad de Cuenca.

La intervención institucional se basa en la articulación entre ejecución de proyectos y asistencia técnica especializada; la presión política; la coordinación entre los diferentes sectores sociales; y, la intervención en el desarrollo de la región sur andina del Ecuador, propiciando un desarrollo sustentable y un cambio en las relaciones de género, en las que mujeres y hombres tengan igualdad de oportunidades y equidad en los impactos de las intervenciones.

Nuestros temas de interés son derechos sexuales y reproductivos; agroecología y agroeconomía; comunicación y capacitación de género; sistemas de producción artesanal; desarrollo rural; y, prevención y atención a personas afectadas por violencia intrafamiliar.

4 Atención: dar respuesta de calidad a las situaciones de violencia que se presentan en determinado espacio de servicios.

5 Prevención: implementar estrategias tendientes a evitar la recurrencia de casos de violencia intrafamiliar en determinado sector.

6 Ruta crítica: la secuencia de las decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una persona afectada para enfrentar la violencia que experimenta y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda. OPS, La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar, 1998.

7 La ruta crítica es un proceso iterativo continuado tanto por los factores impulsores relacionados con las mujeres afectadas por VIF y las acciones comprendidas por éstas/as, así como las respuestas de los prestarios de servicios. Los factores inhibidores tienen que ver con aquellos aspectos que impiden a las mujeres iniciar o continuar con la ruta crítica y están relacionados con la percepción y actitudes que las mujeres afectadas tienen sobre la violencia intrafamiliar; con el conocimiento e información sobre la misma, asimismo, con la percepción sobre los servicios obtenidos durante su experiencia previa en cada uno de ellas en cuanto se refieren a acción, apoyo, decisión y resultados que obtienen. OPS, La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar, 1998.

Los principios fundamentales que orientan nuestra acción son el desarrollo sustentable, el enfoque de género y el enfoque participativo.

Nuestra misión consiste en generar y fortalecer procesos de empoderamiento de grupos marginados, especialmente mujeres, entendiéndolo como el proceso de cambio de las relaciones de poder existentes entre los diferentes grupos humanos para reducir la brecha de inequidad de género, clase, etnia y edad.

En las relaciones de género, el proceso de empoderamiento significa la alteración radical de los procesos y estructuras políticas y mentales que reproducen la posición de subordinación de las mujeres. Propende a aumentar las autonomías individuales, y a estimular la resistencia, la organización colectiva, el desafío a la subordinación, los procesos de superación de desigualdades e inequidades de género y la redistribución del poder.

SENDAS EN EL SIGSIG

En Sigsig hemos transitado desde un proyecto que ejecutaba acciones de capacitación y asistencia técnica en producción y comercialización frutícola, huertos y crianza de cuyes en 1993, a un Programa de Desarrollo Integral que actualmente incluye los componentes de crédito, producción, comercialización, planta de transformación hortifrutícola a pequeña escala, escuela de líderes y lideresas, centro de producción y experimentación agrícola, ensayos agroecológicos, rehabilitación y manejo de canales de riego, y atención y prevención de la violencia contra mujeres y niñas en el cantón, con el fin de mejorar la calidad de vida de los/as pequeños/as productores/as agropecuarios pobladores de Sigsig y Cutchil, aumentando sus ingresos y mejorando su condición y posición social, en especial de las mujeres.

El Programa de Desarrollo Integral del Sigsig cuenta con algunas propuestas teórico conceptuales, entre ellas, la propuesta productiva am-

biental que se sustenta en el encadenamiento productivo de dotar, producir y conservar, comercializar y transformar. Al hablar de dotar nos referimos solo a aquellos servicios relacionados con la producción agropecuaria, sino también a la dotación de otro tipo de servicios de orden social relacionados a un mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, y a eliminar la brecha de inequidad en el acceso y control de los recursos y beneficios que ofrece la intervención. En este sentido podemos hablar de la propuesta de salud integral como un concepto englobador al entenderla como un proceso de bienestar humano.

De esta forma se plantea en la práctica concretar la integración y la integralidad del programa en la perspectiva de mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente mujeres.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Organismo internacional, que brinda asesoría técnica y metodológica en la definición de políticas y estrategias de salud pública al Estado ecuatoriano.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)

Secretaría de Estado, encargada de definir las políticas de salud para el país. Es la rectora de la salud pública en el Ecuador.

CORPORACIÓN MUJER A MUJER

Organismo no gubernamental de la ciudad de Cuenca, que trabaja en atención y prevención de la violencia intrafamiliar y actúa como contraparte de la Comisaría de la Mujer y la Familia del cantón Cuenca.

En su trayectoria la Corporación ha ejecutado programas de prevención en algunos colegios de la ciudad de Cuenca. Como estrategia para abordar el problema con las mujeres afectadas

por la violencia intrafamiliar, mantiene grupos de autoayuda que propenden a mejorar la autoestima a partir del reconocimiento del problema y el intercambio de experiencias con iguales, fortaleciendo la sororidad y la búsqueda colectiva de alternativas.

MUNICIPIO DEL CANTÓN SIGSIG

Organismo de poder local encargado de la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación del desarrollo local del cantón.

SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Institución que ofrece servicios en prevención, atención y recuperación de la salud a los campesinos afiliados al sistema de Seguro Campesino. Cuenta con dispensarios en todos los cantones de la provincia.

ROL DE LOS ACTORES

EL ROL DE LA POBLACIÓN

La población desempeñó un papel de beneficiaria. En el desarrollo de esta propuesta, tanto el rol de los hombres como el de las mujeres fue inicialmente de informantes claves desde cada una de las fuentes establecidas para la investigación cualitativa. Posteriormente fueron beneficiarios de la sensibilización permanente y secuencial mediante la cual, a través de la aplicación de técnicas adecuadas, se pretendió cambiar las representaciones sociales de la población acerca del problema de la violencia intrafamiliar.

Asimismo fueron beneficiarios de la capacitación, cuya finalidad era lograr compromisos para renovar su práctica cotidiana con una visión de la realidad diferente que les permitiera

entender las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres como la principal causa de violencia de género, trascendiendo de lo superficial, cotidiano, individual y parcial a lo social, colectivo, histórico y estructural, adquiriendo una visión holística de la realidad.

Estos procesos posibilitaron establecer relaciones más estrechas con el equipo técnico del proyecto al momento de la conformación de la Red Intersectorial.

ROL DE LOS ACTORES SOCIALES DE LA PROPUESTA

Por actores sociales nos referimos a los/as diferentes miembros/as organizados/as de la sociedad civil como organizaciones no gubernamentales, asociaciones y organizaciones populares, iglesia, hombres, mujeres y jóvenes que conforman la población, cuya responsabilidad conjunta con el poder local y las instancias estatales se orienta a trabajar por el desarrollo integral de la comunidad. Los prestatarios de los diferentes sectores involucrados como parte de la sociedad civil se constituyeron en actores sociales de la propuesta colectiva para enfrentar la violencia intrafamiliar.

Los sectores que intervinieron como actores directos del proceso conformaron la Red Intersectorial contra la violencia intrafamiliar, considerándola como "una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes" y su rol fue protagónico a partir de la formalización de este espacio colectivo.

La participación de los distintos sectores fue diferenciada, no necesariamente entre hombres y mujeres, sino más bien desde el interés demostrado para involucrarse en las diferentes etapas del proceso.

SECTOR LEGAL

En el primer período de la experiencia su rol fue de beneficiarios de la capacitación y de realizadores de las respectivas convocatorias al personal de las Tenencias Políticas. En el segundo período formularon estrategias de atención y prevención de la violencia intrafamiliar y se plantearon compromisos de acción lo que les condujo a iniciar la atención específica a la violencia intrafamiliar, con la recepción de las denuncias, aplicación de la Ley, coordinando acciones con los otros sectores involucrados. En este período se incorporaron fichas detalladas de registros.

El nivel de compromiso de los/as prestatarios/as de este sector fue diferenciado, debido básicamente a la inestabilidad política por el cambio de autoridades provinciales. El Comisario con el que se inició el proceso mostró un nivel mayor de involucramiento tanto con las mujeres como con el proyecto, no así el comisario reemplazante, que demostró un supuesto compromiso con las afectadas, pero les otorgó un trato acorde a sus representaciones sociales, propias de su condición de hombre inmerso en una sociedad patriarcal. Fue renuente a participar en las actividades propuestas desde el espacio colectivo para abordar la violencia intrafamiliar, manifestó poca colaboración y desacuerdos con los otros sectores integrantes de la Red. Esto se debió, en particular, a que no tuvo la oportunidad de participar en los eventos de sensibilización y capacitación organizados durante la ejecución del proyecto.

La experiencia con las autoridades de la Jefatura Política ha sido positiva: tanto el primero como la segunda, demostraron interés por la propuesta y su involucramiento fue decisivo en acciones de capacitación con los funcionarios del sector, así como en las campañas de sensibilización pública.

SECTOR SALUD

Al inicio del proyecto, los/as prestatarios/as de salud fueron beneficiarios/as de la capacitación. Posteriormente su rol fue más protagónico, de beneficiarios pasaron a asumir un papel de facilitadores del proceso de capacitación al personal del Área de Salud No. 10 y a los voluntarios de salud. El Director del Hospital es coordinador de la Red Intersectorial y la enfermera es integrante del equipo de capacitadores de la Red. Ellos implementaron información desagregada por sexo en las historias clínicas y especificaron el registro de las atenciones por violencia intrafamiliar. También emprendieron campañas de prevención a través de la difusión de mensajes alusivos a la problemática.

SECTOR EDUCATIVO

De igual manera, los/as prestatarios/as de educación, participaron inicialmente en los eventos de capacitación y sensibilización. Durante el proceso de capacitación su accionar se centró en la formulación de estrategias, planificación y coordinación de actividades preventivas a ser insertadas en los programas curriculares y posteriormente se constituyeron en protagonistas de la propuesta de la Red Intersectorial y asumieron la responsabilidad del equipo de capacitación; en ese momento se incorporaron más docentes comprometidos para ejecutar las acciones propuestas desde la Red.

SECTOR COMUNITARIO

El sector comunitario desde el inicio del proyecto participó como beneficiario de las jornadas y eventos de sensibilización y capacitación, aún en el segundo período se mantuvo este rol. Su intervención dentro de la Red Intersectorial se limita a la asistencia irregular a reuniones, además su participación en las mismas es poco propositiva. Su accionar se circunscribe a la detección de casos de mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, proporcionándoles orientación para el inicio o continuación de su

ruta crítica. Sobre el proyecto tienen una visión encaminada hacia la superación, revalorización y reivindicación de los derechos de las mujeres.

IGLESIA

El vicario del Sigsig fue considerado como un actor fundamental no solamente por su presencia en las comunidades sino también por su posición frente a la problemática social de la población del cantón. Así, conjuntamente con las autoridades cantonales, emprendió campañas de lucha contra el alcoholismo. Durante la investigación cualitativa sobre la violencia intrafamiliar, él actuó como informante clave y su información fue fundamental para orientar la ejecución de la propuesta. Posteriormente, al momento de la conformación de la Red Intersectorial, su actitud no fue del todo positiva toda vez que experiencias anteriores de formación de espacios colectivos para trabajar por el desarrollo no habían funcionado. Aunque estuvo convencido de la propuesta que apoyó inicialmente siguió sin asistir a las reuniones, priorizando otras actividades.

Sus actitudes de preocupación frente a casos de mujeres afectadas por VIF y su sugerencia de asumir el seguimiento como responsabilidad de la Red, nos hacen presumir su reconocimiento de este espacio como propuesta válida para enfrentar colectivamente el problema de la Violencia intrafamiliar contra las mujeres y las niñas.

RELACION ENTRE EL EQUIPO Y LA POBLACION

La relación establecida con los diferentes actores de la propuesta respondió a un proceso que ha sido diferenciado con cada uno de ellos dependiendo de la intensidad de las relaciones, del énfasis intencionado en el trabajo con determinado sector y de otras circunstancias que marcaron dicho proceso. Sin embargo, podemos afirmar que la relación entre el equipo y los prestatarios de los sectores y otros actores sociales ha estado caracterizada por una coordinación permanente y el intercambio de experiencias y saberes.

LO QUE PRETENDIAMOS HACER

SIGSIG, UNO DE LOS CANTONES MAS POSTERGADOS DEL PAIS

La violencia doméstica, el alcoholismo y la migración son los problemas sociales más graves que afectan a la población del Sigsig, así lo demuestran los testimonios recogidos en la elaboración del Diagnóstico de Unidades Domésticas⁸ y el Diagnóstico de los Sistemas de Producción así como el proceso de la investigación cualitativa de ruta crítica de mujeres afectadas por VIF.

El alcoholismo es un problema que involucra no solamente a los hombres, es muy común ver a mujeres, durmiendo o protagonizando escándalos públicos bajo los efectos del alcohol.

La migración y el alcoholismo son, entre otros, factores desencadenantes de actos violentos contra las mujeres. Los esposos que migran, especialmente a la costa, regresan y provocan escenas de celos ocasionados muchas veces por el chisme que se genera alrededor del comportamiento sexual y la movilidad de las mujeres. Dichas escenas terminan, generalmente, con agresión física, sexual, psicológica y/o patrimonial contra las mujeres.

OBJETIVOS DE CAMBIO

Como respuesta a los problemas encontrados en la zona de intervención y por la inquietud de la Organización Panamericana de la Salud para

atender un problema social y de salud pública, como es la violencia intrafamiliar cuyas consecuencias afectan a la salud integral de las personas, se planteó y ejecutó el Proyecto de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres y las Niñas. El mismo se inició con la investigación cualitativa sobre la Ruta crítica de las mujeres como fase previa a la conformación de un espacio colectivo que potenciará el mejoramiento de la calidad de los servicios ofertados a las víctimas de la violencia intrafamiliar.

Los resultados esperados que orientaron las actividades desarrolladas durante la ejecución del proyecto fueron establecidos por la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Proyecto Subregional Andino:

- Redes establecidas en cada comunidad de ejecución del proyecto entre organizaciones de la sociedad civil, sector salud, del orden y educativo para responder a la violencia intrafamiliar e intervenir con los agresores
- Sistema de recolección y difusión de la información sobre violencia contra la mujer y las niñas en cada lugar de ejecución, así como enlaces con profesionales sensibilizados de los medios de comunicación.
- Propuestas de reformas legales existen, destinadas a modificar dependencia sobre médicos forenses y otras barreras legales que impiden una acción jurídica y legal.
- Sistema de monitoreo del proyecto en funcionamiento nacional y local.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS

Las estrategias planteadas en la propuesta fueron:

- Investigación cualitativa sobre la ruta crítica de las mujeres afectadas por VIF.
- Coordinación interinstitucional e intersectorial en el ámbito local y provincial; conformación de la Red Intersectorial contra la Violencia Intrafamiliar a las mujeres y las niñas; mesas de trabajo y discusión en torno a reformas legales.
- Sensibilización y capacitación a prestatarios de servicios de los diferentes sectores involucrados en la propuesta: salud, educativo, legal y comunitario; a los representantes de medios de comunicación social.
- Movilización social, mediante actos o eventos públicos de sensibilización ciudadana por las fechas claves como: día internacional de la mujer, día internacional contra la violencia intrafamiliar, campaña por el derecho de la mujer a acceder a servicios de salud de calidad.
- Comunicación y difusión de información sobre la violencia intrafamiliar y la ley 103, Contra la Violencia a la Mujer y la Familia.
- Advocacy y cabildeo como medidas de ejercer presión política y negociación.
- Sistematización de la experiencia.

RESULTADOS ALCANZADOS

- Como resultado del proceso de capacitación, cada sector definió sus propias estrategias de intervención para enfrentar la VIF.
- La sensibilización y capacitación al personal de salud dio como resultado el mejoramiento en la calidad de atención, el reconocimiento de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública, asumir la responsabilidad de la capacitación al personal de unidades operativas y voluntario/as de salud.

- De igual manera, los/as educadores/as asumieron la necesidad de realizar cambios en la metodología de enseñanza al incorporar la visión de género en su práctica diaria, para lo cual formularon una propuesta de organizar círculos de estudio sobre educación con enfoque de género.
- Los prestatarios legales modificaron sustancialmente sus prácticas: hay una concepción diferente sobre la VIF, sus causas y las alternativas; se estableció un sistema de registro de casos.
- Se conformó y está funcionando la Red Intersectorial para enfrentar la Violencia Intrafamiliar en el cantón Sigsig. Desde la Red se formularon exigencias al Municipio para la construcción de la cárcel, la misma que fue aprobada por el Concejo Cantonal. Esto significa que la Red se constituyó no solamente en un espacio de ejecución de propuestas sino de presión política y negociación.
- La conformación de la Red repercutió en la articulación de un sistema de referencia y contrareferencia que permite una atención integrada a las personas afectadas por violencia intrafamiliar, lo que implica, obviamente, un mejoramiento de la calidad de los servicios en cada sector.
- Las mujeres afectadas por VIF, reconocen su problema y buscan ayuda participando en los grupos de auto apoyo.
- La población del cantón reconoce la violencia intrafamiliar, como un problema social. La violencia intrafamiliar ha sido identificado como uno de los problemas prioritarios que afecta a la zona, más aún cuando ésta es vinculada al alcoholismo como factor predisponente.

RESULTADOS NO ESPERADOS

A partir de la práctica diaria de los prestatarios del sector salud se propuso un protocolo de atención que pretendía recoger observaciones

⁸ SIGUENZA, Marcia. Estudio de Unidades Domésticas, Serdas 1994, Cuenca. VANDERSCHAEFGE, MARTINEZ. 1992. Citalo por Martínez, 1997

extraídas de la experiencia y vivencia personal y profesional para mejorar la calidad de la prestación que ofertan a las mujeres afectadas.

La recolección de la información sobre denuncias de violencia intrafamiliar en la comisaría cantonal se realizaba en un cuaderno sin ninguna especificidad; luego de la implementación de una ficha única de registro fue posible analizar toda la información existente y sistematizarla en un folleto que fundamentaba la necesidad de trabajar en colectivo para superar este problema, y a su vez permitía visibilizar la VIF como un problema público, ya no como una situación individual de las mujeres.

LAS PIEDRAS QUE ENCONTRAMOS EN EL CAMINO

DE LOS OTROS ACTORES

Las características culturales de la población, ratificadas con la investigación cualitativa y expresadas a través de las representaciones sociales que hombres y mujeres tienen sobre la violencia intrafamiliar son consecuencia de un tipo de formación producto de la sociedad con una estructura patriarcal determinante. Esto, que no es particular solo del Sigsig, ha marcado comportamientos y actitudes violentas al interior de las familias y en la sociedad en general.

Las representaciones sociales y actitud de las mujeres ante la violencia intrafamiliar, el conocimiento e información acerca de ella, además de la percepción sobre los servicios debido a su experiencia previa en cuanto a acción, apoyo, decisión y resultado que obtienen, constituyen impedimentos para que las mujeres no se reconozcan como sujetas de derechos y por ende no los ejerciten.

La naturalización, inmutabilidad y legitimidad de la violencia intrafamiliar, devienen en que las mujeres minimicen el problema, con consecuencias concretas como soslayar la violencia sexual

dentro del matrimonio, minimizar la violencia física, invisibilizar las otras formas de violencia aunque se reconozca y se viva la afectación de cada una de ellas. Ello conlleva la ausencia de búsqueda de soluciones para resolver la violencia intrafamiliar y la imposibilidad de iniciar la ruta crítica. Es decir, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar no rompen el silencio.

Por otra parte, lo que connotan sobre ellas mismas es la visión tradicional de lo que es ser mujer. Están confinadas al espacio doméstico; la dependencia total del hombre es fundamental incluso en mujeres que generan ingresos. Está invisibilizado su aporte y reproducen roles y atributos socialmente asignados. El marianismo es implícito y sustenta su desvalorización, su baja autoestima y el ejercicio de la violencia.

El triple rol de las mujeres como amas de casa, trabajadoras agrícolas/ artesanales y miembros de la comunidad hace que la participación en las diferentes acciones implementadas por el proyecto y propuestas desde la Red, sea limitada. Así por ejemplo, las épocas de comercialización pico de la fruta impiden a la población, especialmente a las mujeres, responder más activamente a las convocatorias a reuniones y participar en las actividades programadas por cuanto dedican su tiempo a cosechar y comercializar la producción. Eso les permite mejorar sus ingresos y subsistir, así como cumplir con su obligación para con la organización a la que pertenecen.

¿Y LAS NUESTRAS?

Al inicio de la propuesta, se había planeado trabajarla desde el área de Derechos Reproductivos y Salud Integral. Sin embargo el proyecto sería ejecutado en el Sigsig donde Sendas ejecuta otros proyectos en el marco del programa de desarrollo integral.

En el proceso de estos proyectos se había evidenciado que las situaciones de violencia en las vidas de las mujeres afectan su capacidad de

respuesta y su involucramiento en acciones y propuestas de desarrollo. Además, un principio fundamental de la intervención institucional es el enfoque de género como eje transversal y justamente el proyecto contra la violencia de género permite concretar la tríada género, salud y desarrollo, orientando el trabajo con esa perspectiva.

Sin embargo, pese a estas consideraciones conceptuales, ya en la práctica no se ha materializado esta tríada por la falta de definición de estrategias claras de abordaje para que las mujeres y las contrapartes visibilicen la problemática de la misma manera como priorizan la satisfacción de necesidades prácticas de sobrevivencia frente a la producción agropecuaria.

HAY PIEDRAS MÁS PESADAS ...

El propósito del proyecto fue incidir en la esfera ideológica manifestada en el conjunto de ideas, percepciones, mitos y tradiciones que la gente tiene con respecto a la violencia intrafamiliar; en la esfera estructural que tiene que ver con la estructura y calidad de los servicios que se ofertan en VIF; y en la esfera política que hace relación a la normatividad existente en torno a la violencia intrafamiliar y a las políticas de Estado. Frente a estas estrategias macro de intervención existieron limitaciones que, si bien no son todas exclusivas de la realidad del Sigsig, sin embargo, constituyeron barreras significativas para el desarrollo de la propuesta.

- Políticas de los Ministerios de Salud Pública y Educación que no consideraban el enfoque de género.
- La existencia de un sistema de información del Ministerio de Salud Pública que no recogía la violencia intrafamiliar como problema de salud pública; de igual manera en los establecimientos educativos no estaba prevista la indagación a ningún nivel, ni registro de los casos de los alumnos/as provenientes de hogares con problemas de violencia.

- En el sector legal, la falta de infraestructura apropiada para atender, sancionar y penalizar los casos de violencia intrafamiliar constituyó una dificultad, que con la acción coordinada de la Red se ha buscado solucionar mediante la negociación con instancias locales.
- La legislación existente no significa un factor sine qua non para la solución de los problemas de violencia que afectan a las mujeres y niñas/os.
- Existen vacíos legales en la Ley 103, y hace falta reformas en los códigos Penal y Civil que permitan operativizar la aplicación de la justicia en beneficio de los grupos más vulnerables. Hace falta mecanismos de vigilancia para el cumplimiento de las normas y leyes para que no queden como letra muerta.
- En la formulación de sus objetivos las organizaciones priorizan la satisfacción de las necesidades prácticas sobre las estratégicas, lo que dificulta que asuman las diversas actividades propuestas por el proyecto.
- Falta de concordancia en tiempos entre las instituciones y organizaciones de mujeres.

DIFICULTADES EXTERNAS

- Cambios de gobierno que implica a su vez cambios de autoridades cantonales.
- Paros en los sectores de salud y educativo.
- Paros del Seguro Social Campesino, de la CONAJE y de transportistas.
- Condiciones climatológicas desfavorables.

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS APLICADAS

La metodología que empleamos en las actividades de sensibilización y de capacitación fue la de acción – reflexión – acción, a partir de situaciones vivenciales, lo que permitió recrear la

práctica de los/as participantes para conjuntamente construir los conceptos. Además, esta metodología vivencial logró que la gente se apropie del problema, reconstruya su experiencia personal y asuma la violencia como un problema que no es aislado y que afecta a la gran mayoría de mujeres.

La utilización de técnicas participativas de la dinámica de grupos, permitió una inserción más activa de todas las personas asistentes a los diferentes eventos.

En los eventos públicos realizados para celebrar las fechas claves, se aplicaron algunas estrategias como los mitines populares, ferias, celebraciones eucarísticas participativas, exposiciones, concursos y competencias deportivas.

CAMBIOS EN LA METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Durante el desarrollo de la experiencia los cambios que se realizaron fueron básicamente en cuanto a las técnicas. La incorporación de dinámicas grupales hizo que la metodología fuera más participativa, que respondiera a las particularidades e intereses de cada grupo. La aplicación de ciertas técnicas como las charlas y conferencias que no propician la interacción ni el debate no dieron resultado y nos impulsaron a revisar la metodología y buscar una permanente renovación de las herramientas metodológicas.

En la marcha del proceso utilizamos historias vivenciales y los ejemplos testimoniales extraídos de nuestra cotidianidad y de los insumos de la investigación cualitativa sobre la ruta crítica, con lo que logramos vincular la problemática de "otros" con la vida misma de los/as participantes. Esta identificación personal con la problemática desentraña otro tipo de sentimientos como la solidaridad y el repudio a los comportamientos violentos, lo cual es clave para lograr mayor involucramiento en una apuesta colectiva para enfrentar la violencia intrafamiliar.

La experiencia como facilitador en procesos de capacitación del representante del sector educativo fue una coyuntura válida para constituir un equipo capacitador al interior de la red. Se realizó un taller en el cual se socializó un conjunto de técnicas novedosas para incluirlas en los currículos de capacitación.

Algunos de los cambios introducidos en las técnicas se debieron a la iniciativa de los/as facilitadores/as por la necesidad de generar mayor participación de las personas asistentes a los diferentes eventos. En temas específicos como el de autoestima se requirió técnicas que se adecuen a las características culturales de la población y generen mayor reflexión individual sobre su propio yo y su situación existencial.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

EL PUNTO DE PARTIDA

El Proyecto de Atención y Prevención de la VIF en el cantón Sigsig tuvo sus inicios a partir de la realización de la investigación cualitativa sobre "Ruta Crítica de Mujeres afectadas por Violencia Intrafamiliar". El equipo de investigación nacional que intervino estuvo conformando por profesionales de ONGs con una amplia trayectoria en el trabajo con enfoque de género: CEPAM de Quito y Guayaquil y SENDAS (Servicios para un Desarrollo Alternativo del Sur) de Cuenca, con la coordinación nacional de la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

Haciendo una breve reseña del proceso de la investigación, ésta se inició en enero de 1996, con jornadas de capacitación sobre investigación cualitativa, dirigida a los equipos investigadores. La información técnica fue insuficiente para comenzar el pilotaje de los instrumentos, que lo realizamos sin mayores elementos. Obviamente, al momento de la investigación como tal, este vacío técnico repercutió en la calidad de la información recolectada. Posteriormente tuvimos necesidad de seleccionar la información válida y completar la que era requerida.

El proyecto se presentó a las autoridades del Sigsig y representantes de los sectores comunitarios. A partir de ello iniciamos la investigación con la aplicación de entrevistas a representantes de los sectores de salud, educativo, legal y comunitario con el fin de recoger información sobre la oferta y calidad de los servicios. En este momento apreciamos augurios para el proyecto por el interés manifestado por algunos/as prestatarios/as para tratar la problemática.

El contacto con las mujeres afectadas por la VIF durante este proceso significó, para algunas, el rompimiento del silencio en su vida de violencia y para nosotras, la oportunidad para conocer de cerca sus experiencias en la búsqueda de apoyo para salir de su situación.

Durante el análisis de la información para completar el proceso de la investigación elaboramos los correspondientes informes, al inicio con algunas dificultades. Por ejemplo, al realizar el primer informe parcial del sector legal no teníamos claro lo que era el esquema implícito lo que implicó que el documento no cumpla con la calidad requerido. Estas dificultades las fuimos superando con el aporte de la investigadora nacional.

El proceso de la investigación cualitativa generó múltiples expectativas, tanto en la población como en las miembros del equipo que además estrechamos lazos de amistad, generada, en gran medida, por la superación colectiva de dificultades.

INICIANDO ACCIONES

La investigación cualitativa proporcionó los insumos necesarios para iniciar un proceso que debía orientarse hacia la formación y consolidación de un espacio colectivo que permitiera la confluencia de esfuerzos para brindar una atención integral a las personas afectadas por violencia intrafamiliar. Necesitábamos tener una visión común del problema, una forma homogénea de mirar la situación de abuso como producto de las relaciones inequitativas y el manejo del poder masculino y esta visión la lograríamos con la

incorporación del enfoque de género en las prestaciones de servicios de cada uno de los sectores, a más de promocionar la recuperación de valores positivos que contrarresten los comportamientos violentos en el ámbito doméstico, en establecimientos educativos y en la comunidad en general.

Nuestro énfasis fue en salud porque las perspectivas del proyecto nacional eran lograr que la violencia contra las mujeres y las niñas sea reconocida como un problema de salud pública, de ahí la necesidad de que los/as prestatarios/as asumieran cambios en su práctica inscrita en una "visión de salud integral, que a la vez que resuelve el motivo de la consulta, toma en cuenta la historia de vida, las actividades cotidianas y la subjetividad de quien lo demanda; además, contribuye a cambiar la subvaloración y baja autoestima, promoviendo la aceptación y ejercicio de sus derechos. Así las mujeres inician un proceso de percibirse a sí mismas como personas y ciudadanas sujetas de derechos. Se trata asimismo de mejorar la demanda de la población y particularmente de las mujeres a servicios de calidad, promocionando el desarrollo de la conciencia de sujetos/as de derechos y deberes"⁹

¿CÓMO NACIÓ LA RED?

Al hacer el análisis de la experiencia del involucramiento de los actores sociales del Sigsig en la construcción de una propuesta sectorial y colectiva para atender y prevenir la violencia intrafamiliar durante el proceso de sistematización, pudimos determinar que se había desarrollado en dos etapas o periodos claramente definidos.

Durante el primer periodo, en la fase de capacitación, se nombraron representantes de cada

sector y se formularon estrategias sectoriales que debían ser conjugadas en el espacio colectivo para definir estrategias colectivas desde la Red Intersectorial. Aunque no estaba oficializada la Red, ya empezaba a actuar.

El segundo periodo se inició con la convocatoria a la primera reunión de la Red, en la cual cada representante sectorial expuso sus propuestas y se planteó el plan de acción de la red. Con el acta constitutiva quedó oficialmente conformada la Red Intersectorial para Atender y Prevenir la Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres y las Niñas.

PRIMER PERÍODO NUESTROS PRIMEROS PASOS POR EL CAMINO COLECTIVO JUNIO 1997 - JUNIO 1998

PREPARANDO EL CAMINO

Una de las estrategias de intervención planteadas fue la sensibilización de los sectores. Se inició desde el momento mismo de la presentación del proyecto a las autoridades y a los representantes de instituciones públicas, privadas, organizaciones populares y de mujeres que actúan en el Sigsig.

La investigación cualitativa permitió, a través de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a los prestatarios, un primer nivel de sensibilización; es decir, se generó interés y motivación en los entrevistados para trabajar la problemática de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, esta motivación fue diferenciada pues algunos prestatarios, como los del sector educativo, al inicio no reconocían su responsabilidad frente al problema aduciendo no ser sus funciones y en otros casos insuficiencia de recursos humanos, materiales y económicos.

Una vez culminada la investigación cualitativa y al contar con la información necesaria, iniciamos el proceso más secuencial de sensibilización al momento de devolver la información a cada sector. Fue un proceso interesante pues nos permitió tener una visión más cercana de la forma de pensar de las personas con las que íbamos a trabajar y en quienes deseábamos iniciar para lograr cambios en su forma de actuar frente a la VIF desde su área de trabajo y en la manera de asumir el problema como parte de su vida. Asimismo, fue una oportunidad para que los/as prestatarios/as reflexionen sobre su propia práctica y vivencia personal y para proponer conscientemente alternativas que desde su cotidianidad pudieran enfrentar la violencia. Este fue el inicio de la conformación del espacio colectivo que nos habíamos propuesto como resultado esperado del proyecto.

No todo fue fácil. El acercamiento a las organizaciones comunitarias de mujeres constituyó un reto, pues las mujeres de las asociaciones no visibilizaban la importancia del abordaje de la violencia desde una propuesta colectiva. Privilegiaban los objetivos de su organización entre los que obviamente no se encontraba el trabajar frente a un problema que todavía era solo suyo, de su pareja, de su hogar, no era público. Además, "no tenían tiempo" para acudir a las convocatorias comunes para todas las organizaciones. Pensamos en una estrategia que nos permitiera llegar a nuestro cometido: participamos en sus asambleas y aprovechamos estos espacios para compartir con ellas los resultados de la investigación y poder reflexionar juntas sobre este problema; como respuesta nombraron su representante a la Red.

Algunas actividades se realizaron simultáneamente con la investigación. Tal es el caso del primer taller de diagnóstico participativo con el sector salud y otro de sensibilización en VIF que ejecutamos con los funcionarios del hospital y del dispensario de seguro campesino y con algunas prestatarias del sector informal. Si bien

fueron espacios de discusión, crítica y autocrítica sobre los servicios que prestan, se establecieron compromisos de superar dificultades, potenciar fortalezas y neutralizar amenazas. Cuando hablamos de fortalezas nos referimos a la predisposición de hombres y mujeres, funcionarios de salud para mejorar una práctica frente a la violencia intrafamiliar, que ya realizaban a pesar de todas sus falencias. Las amenazas se manifestaban en la actitud de ciertos profesionales resistentes a cambiar su actitud, que pensaban que el tratamiento de la VIF significaba una carga más de trabajo. Neutralizarlas era también el romper con la costumbre del facilismo de llenar registros en forma tradicional y mecánica sin incorporar otros indicadores que permitieran profundizar el análisis de los casos previo al respectivo tratamiento.

Con este mismo sector y partiendo de los resultados del taller anterior se realizó un taller de sensibilización de género, salud y género y violencia intrafamiliar, que tuvo la intención de generar en los/as participantes un primer acercamiento al enfoque de género y preparar el terreno para el proceso de capacitación más sostenido como se planteaba en la propuesta.

La oportunidad de contar con prestatarias del sector informal permitió confrontar dos maneras de enfrentar la violencia intrafamiliar. En primer lugar una atención impersonal con un enfoque medicalizante, biologicista con énfasis en la curación de lesiones físicas; por otra parte, una atención personalizada, basada en la solidaridad y la identidad de mujeres que posiblemente sufren o han sufrido el mismo problema, con una visión más vivencial de la real situación de las mujeres afectadas por VIF, con un acompañamiento más cercano a las mujeres durante su búsqueda de soluciones, y con propuestas alternativas desde la utilización de la medicina tradicional, natural para las curaciones como la sanción social para los agresores (crítica, aislamiento desde las otras mujeres).

9 María Matamala. Documento de trabajo. Citado por Soledad Guayasamín en: Calidad en los servicios de Salud. Proyecto "Mujer, Municipio y Sociedad Civil". Senidas. 1998.

Durante la fase de sensibilización habíamos logrado la representación sectorial para la Red, contábamos ya con prestatarios/as comprometidos/as a efectivizar y colectivizar las propuestas formuladas por cada sector. En esta fase, la participación de los actores era todavía como beneficiarios de la capacitación

Este período se caracterizó por el papel protagónico de Sendas, tanto en los eventos de sensibilización como de capacitación, fue responsabilidad del equipo la planificación, organización, coordinación y elaboración de materiales de información sobre los resultados de la investigación.

DE LA SENSIBILIZACIÓN A LA CAPACITACIÓN

La sensibilización se constituyó en la fase inicial del proceso, como el primer contacto con personas que jamás habían abordado el tema de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico de una manera seria y sistemática. La idea era partir de los resultados de la investigación sobre la ruta crítica en torno a los saberes de los prestatarios y prestatarias sobre la VIF, para luego ir paulatinamente profundizando en el análisis de la problemática desde otros ángulos más políticos, ideológicos y estratégicos.

De esta manera marcamos una diferencia entre el conocimiento elemental, motivador, que se logra mediante la sensibilización, y el conocimiento más profundo, analítico y crítico, que genera cambios y transformaciones al nivel de estructuras mentales e ideológicas y que permite asumir mayor compromiso y una actitud propositiva en la tarea de prevenir y atender la violencia intrafamiliar.

SECTOR LEGAL

Con los prestatarios y prestatarias del sector legal (para la capacitación se involucró a la secretaria de la Tenencia Política de Cutchil) se reali-

zó un abordaje de la violencia Intrafamiliar desde la conceptualización básica hasta los fundamentos básicos de la Ley contra la Violencia a las Mujeres y la Familia, con el propósito de proporcionar conocimientos y herramientas operativas para la correcta aplicación de la misma. Partíamos de la premisa de que tienen solo un conocimiento superficial que repercute en una deficiente calidad de sus servicios.

La movilidad del personal del sector legal, nos obligó a que en los talleres subsiguientes se reitera en los temas tratados con el fin de nivelar los conocimientos de todos los prestatarios.

Un gran porcentaje de los prestatarios de este sector son hombres y por ende también fueron mayoría en los eventos de capacitación, situación que podría explicar la manifiesta resistencia a los contenidos de género y causas de violencia, lo que provocó mayor debate para profundizar y reflexionar sobre el tema a través del análisis de vivencias cotidianas y testimonios extraídos de las entrevistas a profundidad y analizados como potenciales denunciantes. El conjunto de representaciones sociales de los prestatarios legales sobre la mujer y la violencia intrafamiliar, sumadas al desconocimiento y poco interés en cuanto a la aplicación de la Ley 103 era evidente en el manejo de las denuncias.

Lamentablemente, la Jueza de lo Civil del Sigsig se negó a participar en este proceso. A pesar de ser una pieza clave en la ruta crítica seguida por las mujeres por el buen número de trámites judiciales a ser resueltos y necesarios en la búsqueda de alternativas de solución a la violencia.

SECTOR SALUD

Con los prestatarios y prestatarias de salud, el proceso de capacitación fue paulatino, se inició con la fase previa de diagnóstico y sensibilización en género para luego profundizar el tema de la violencia intrafamiliar como problema social y de salud pública.

La capacitación en este sector tuvo características un tanto diferentes por el énfasis que desde el proyecto se había dado; nuestro propósito era justamente que la violencia intrafamiliar fuera reconocida como un problema de salud pública y asumida por el personal como un programa ministerial con la misma envergadura de otros programas como Inmunizaciones, Salud Materna e Infantil, etc. De ahí que se profundizara mucho más en el análisis y crítica de la práctica profesional, a partir de la definición de la misión, visión, atención en cuanto al diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pasos a seguirse en el abordaje de los casos, con el fin de lograr cambios sustanciales que permitan dar otra mirada a la VIF.

Como resultado de ese análisis, el personal médico y de enfermería propusieron un primer protocolo de atención que recogía su práctica retroalimentada con las propuestas nuevas vertidas desde la capacitación.

Durante el análisis de la Ley 103, especialmente en la parte concerniente a la obligatoriedad de la denuncia por parte de los/as prestatarios/as de salud, se provocó una serie de reflexiones derivadas del temor a denunciar los casos de violencia y a ser también objeto de represalias por parte de los agresores denunciados. Además, surgió la necesidad de esclarecer sobre la contraposición entre este determinante legal y la apuesta de la autodeterminación y libertad de las mujeres a decidir sobre la denuncia. Se acordó que los casos que presentarían mayor riesgo para la vida de las personas afectadas y que pudieran ser considerados como intentos de homicidio, deberían ser denunciados ante la autoridad competente.

Se logró el compromiso de aplicación de estas alternativas para brindar una mejor calidad de servicios a las mujeres afectadas; la responsabilidad de las asistentes fue replicar lo aprendido a todo el personal de salud; por último se comprometieron a coordinación con el sector legal para establecer un sistema de referencia en común.

La capacitación como estrategia se hizo extensiva a los prestatarios/as de todas las unidades operativas del Área de Salud No. 8, así como promotores/as de salud, para sensibilización de género y violencia intrafamiliar reconocida como un problema que afecta a las mujeres. Esta actividad fue asumida por la enfermera con base al protocolo de atención de la VIF.

SECTOR EDUCATIVO

La capacitación con el sector educativo responde a la apuesta del proyecto para todos los sectores, esto es, prevenir la violencia contra las mujeres y atender con calidad a las personas afectadas, de tal manera que, asumiendo una responsabilidad, estén en condiciones de abordar la problemática sin culpabilizar ni juzgar a las mujeres; y, partir de las vivencias y situación concreta de los/as estudiantes reconocer la existencia del problema y mantener la coordinación de servicios con los otros sectores. El rol del sector educativo hace énfasis sobre todo en la prevención a través de la integralidad en los procesos educativos.

En este proceso participaron dos escuelas y un colegio, todos mixtos, quedando al margen la escuela y el colegio particular de monjas y una escuela fiscal, que paradójicamente son femeninos, pues sus autoridades se negaron a participar. De esta manera contamos con veintidós maestras y dieciséis maestros, quienes se mostraron motivados por la propuesta.

El proceso de capacitación desarrollado con el personal docente de los establecimientos de educación generó interés en continuar de manera más sistemática a través de círculos de estudio, que, luego de un análisis más profundo de su quehacer profesional, pudieran incorporar el enfoque de género en la educación como alternativa para romper con un sistema eucactivo sexista, excluyente y discriminatorio como el actual. Además, el abordaje de la temática de VIF impulsó a otros maestros, a pesar de no ser representantes del sector, a involucrarse voluntaria y activamente a la Red Intersectorial.

Realizamos talleres con las miembros de las organizaciones de mujeres del cantón, para sensibilizar y capacitar sobre la VIF como un problema social y sobre los mecanismos para enfrentarla a partir del reconocimiento de la importancia de las mujeres organizadas en la formulación de estrategias y su capacidad para emprender acciones para entender y trabajar frente a esta problemática.

Además realizamos talleres orientados a satisfacer necesidades estratégicas de las mujeres las que tienen ver con la posición relativa de poder de las mujeres en sus espacios de actuar; por ejemplo, responsabilidad compartida en tareas productivas y reproductivas y autoestima. Así se logró un espacio de reflexión individual, a través de la introspección e interiorización sobre sus propias vivencias, procurando elevar los niveles de autonomía. Las participantes también demostraron interés por otros temas.

Las organizaciones participantes fueron: Asociación de Vivanderas "Jesús Cautivo", de Ceramistas "Cacique Dumas", "16 de Abril" y "Flor de Mayo", con un total de cincuenta y siete mujeres.

OTRAS ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Como una forma de reforzar la capacitación a los sectores, se pensó en el intercambio de experiencias con instituciones que ejecutan proyectos exitosos en el abordaje de la violencia de género e intrafamiliar. Se organizó una pasantía en instituciones como CEPAM y la Casa Refugio, Comisaría de la Mujer y la Familia y ODMU en la ciudad de Quito, a la cual asistieron representantes de todos los sectores. Fue una ocasión interesante para conocer un trabajo sistemático en VIF con una experiencia de muchos años como el caso del CEPAM y con características diferentes por la diversidad de las instituciones visitadas, que si bien el fin último de sus intervenciones es el tratamiento de la violencia

intrafamiliar, las estrategias, estilos y vinculaciones son diversos. Además tuvieron la oportunidad de compartir materiales de información y registro replicables en nuestro proyecto.

RESULTADOS DE LA SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Durante el proceso de la sensibilización y capacitación se propendió a que cada uno de los actores sociales concretara sus iniciativas a través de la formulación de estrategias, lo que a la postre redundó en su involucramiento, con el cual se logró el compromiso y participación de los diferentes actores de la propuesta colectiva. El involucramiento se manifestó por la decisión y predisposición para asumir responsabilidades de trabajo conjunto en el enfrentamiento de la violencia intrafamiliar. Este incluye la voluntad de incorporar sistemáticamente el enfoque de género en la planificación y gestión en el marco de una estrategia colectiva más amplia que permita visibilizar a la VIF como un problema social y de salud pública y como tal su resolución es responsabilidad de todos/as.

Esta incorporación fue diferenciada en cada uno de los sectores. El primer sector involucrado fue el comunitario, específicamente la Vicaría, manifestado en el apoyo al proyecto por sus perspectivas, lo que inicialmente facilitó ciertos contactos. En cambio, en los sectores salud y legal el involucramiento se dio a partir de los procesos de capacitación aproximadamente en la segunda mitad del período de preoficialización de la red.

PRIMERAS MANIFESTACIONES DE INVOLUCRAMIENTO DE LOS ACTORES SOCIALES

SECTOR SALUD

La sensibilización y capacitación a los funcionarios y funcionarias de este sector fue un primer y certero acercamiento. La invitación para que analizaran y trabajaran acerca de un tema que

jamás habían abordado justamente por considerarlo "privado", que concierne solo a aquellas personas que lo sufren, por creer que es un "problema de los demás" y no reconocer que la labor de los y las prestadores/as de salud es fundamental no solamente para curar las heridas, sino para entender a la violencia como un factor de riesgo muy importante para la salud de las mujeres y las niñas, tuvo mucha acogida y despertó interés en algunos profesionales, aunque no en todos. Sin embargo, por nuestra persistencia y por la continuidad de las acciones se involucraron todos los profesionales médicos y la médica.

Una de las manifestaciones del nivel de involucramiento logrado con los prestatarios/as de salud fue justamente el interés en la formulación del protocolo de atención en VIF derivado del análisis de la práctica profesional y un intercambio de experiencias entre los prestatarios/as de las diferentes estructuras de salud, Ministerio de Salud y Seguro Social Campesino, para consensuar un sistema único de atención en salud a la VIF expresado en el mencionado protocolo. Por otra parte, fueron importantes los acuerdos y compromisos asumidos por cada uno de los sectores en torno a la validación de este instrumento, el seguimiento y monitoreo de su aplicación y su readecuación con base a las dificultades de operativización. Para ello se conformó un equipo conductor del proyecto, que en la práctica no funcionó.

Al incorporar el Ministerio de Salud el componente de violencia intrafamiliar en el manual de normas y procedimientos de salud sexual y reproductiva, el equipo de salud del hospital cantonal asumió un papel importante para la validación de esas normas, y sus sugerencias fueron incorporadas en la respectiva revisión.

Una anécdota que de alguna manera da cuenta de la influencia que la intervención tuvo en el personal profesional del hospital es que cuando iniciamos el proceso de sensibilización y capa-

citación en salud, uno de los médicos de planta se mostró muy renuente a participar e involucrarse en el proceso; cuando nos observó revisar un muestreo de historias clínicas para clasificar la información por sexo, edad, procedencia y diagnóstico, comprendió la importancia de asumir una responsabilidad en esta tarea. Este cambio se reforzó con la invitación que le hicieramos para participar en el seminario taller sobre Medicina Legal organizado por la OPS y Cepam Quito; él fue de los primeros profesionales que comenzaron a registrar el sexo en la información y diagnosticar violencia intrafamiliar a partir de signos y síntomas que presentan las mujeres que llegan a consulta externa.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR LEGAL

Se involucraron de manera diferencial, dependiendo de las autoridades designadas para estas funciones. Durante la primera fase se contó con un comisario que asumió el enfrentamiento de la problemática de VIF desde el inicio de la capacitación y se evidenció un cambio actitudinal frente a los casos denunciados, se implementaron registros a través de expedientes individuales, procurando optimizar la aplicación de la Ley en Contra de la Violencia a la Mujer y la Familia. Con el cambio de autoridades se produjo un retroceso del involucramiento, no solo por la ausencia del personal ya capacitado y sensibilizado, sino fundamentalmente por el desinterés manifiesto por su reemplazante a cualquier tipo de capacitación y su resistencia a la coordinación con los demás sectores.

El involucramiento de la Jefatura Política Cantonal fue importante, ya que asumió las convocatorias a los funcionarios de las Tenencias Políticas con el afán de que la capacitación sea más amplia, además se responsabilizó de la planificación y coordinación con los demás sectores y de la ejecución de la movilización social por el Día Internacional de la Mujer (1998), evento que resaltó la participación de la mujer

organizada y convocó a aproximadamente dos mil personas entre hombres y mujeres, rebasando las expectativas planteadas. La marcha fue presidida por las autoridades locales, luego de la misa campal, se llevó a cabo un acto social y cultural en el salón de actos de la parroquia, en el que hubo un sociodrama sobre la VIF presentado por los niños de una escuela participante, música, títeres y teatro y en el que se aprovechó la oportunidad para entregar material de difusión, adhesivos y afiches.

Por la campaña electoral y el cambio de gobierno dejó sus funciones el Jefe Político, cargo que ha sido llenado por una mujer comprometida con la lucha por los derechos de las mujeres, con quien hemos iniciado ya actividades de coordinación.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR EDUCATIVO

La propuesta de intervención pretendía involucrar a todos los establecimientos educativos del centro cantonal pero a pesar de la insistencia, la escuela y el colegio regentados por la comunidad de Madres Salesianas se negaron, manifestando que la planta de profesores/as y las mismas monjas estaban conscientes de la problemática de la VIF y que la trabajaban a través de la Escuela para padres. Sin embargo, los contenidos de dicho programa solo contemplaban las relaciones entre padres/madres con hijos/as, con énfasis en conseguir el bienestar de los/as menores, la defensa de la familia nuclear como paradigma en la sociedad, el desconocimiento de otras formas y estructuras familiares con jefatura femenina y la sacralización del matrimonio y la maternidad como fin último de las mujeres.

En cambio, en una escuela fiscal femenina la directora no expresó resistencia sino indiferencia frente al proceso.

La participación del sector educativo en el período de preoficialización de la Red fue inicialmente de beneficiarios de la sensibilización y

capacitación lo que les condujo a la formulación de estrategias para enfrentar la problemática de la VIF.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR COMUNITARIO

Las organizaciones comunitarias de mujeres no manifestaron su involucramiento en la misma medida que los otros sectores, a pesar de que en las jornadas de sensibilización y capacitación, su participación se orientó desde su interés y motivaciones personales y/o familiares ya que algunas de ellas son o han sido víctimas de abuso en sus hogares.

En las organizaciones mixtas, el involucramiento de hombres y mujeres fue diferenciado; las mujeres se involucraron con mayor compromiso toda vez que tenían mayor identificación con el problema.

El Vicario, consciente de que la estrategia primaria para enfrentar la violencia intrafamiliar es la prevención, planteó intervenir en los cursos presacramentales, actividad que se mantuvo hasta el segundo periodo y que fue asumido en forma definitiva por uno de los integrantes del equipo de capacitación de la Red Intersectorial.

Dentro de las actividades programadas para los cursillos prematrimoniales y prebautismales, se consideró importante abordar el tema de la VIF para sensibilizar a la población en general, a través de diálogos, analizando los testimonios de los/as participantes, creando espacios de reflexión sobre la base de sus propias experiencias. Así se socializaron temas como los derechos humanos de las mujeres, tipos de violencia, causas de violencia intrafamiliar y se difundió la Ley 103. La asistencia de hombres a estos eventos fue mínima, la razón, "... tienen que trabajar para cumplir con su rol proveedor", la excusa que siempre está presente para justificar sus ausencias y responsabilizar de estas tareas únicamente a las mujeres.

El involucramiento del Vicario del Cantón al inicio fue motivador, inclusive para las personas del equipo, pero sin explicación aparente, su interés y participación decayeron notablemente incidiendo en el nivel de participación de las organizaciones de mujeres sobre quienes tiene mucha influencia. El cura desde el inicio de su labor pastoral en el cantón Sigsig, justamente por su compromiso con las clases postergadas y su interés por enfrentar la grave problemática social que afecta a la población como alcoholismo, pobreza, marginación de los servicios públicos, migración y por supuesto la violencia social y de género, se constituyó en protagonista en todos los espacios para análisis y reflexión sobre la situación social. Sendas, a través del desarrollo y evolución de su intervención, fue ganando un espacio también protagónico en el cantón y un reconocimiento de la población, especialmente de aquella considerada como contraparte directa, los pequeños productores. Esto generó cierta resistencia en el Vicario, la misma que reversionó en oposición a la intervención institucional. Sin embargo, no desconoce la importancia de mantener y fortalecer el espacio colectivo como una estrategia válida para enfrentar la violencia contra las mujeres.

SENSIBILIZANDO A TODA LA POBLACIÓN

Con el propósito de sensibilizar y difundir mensajes pertinentes sobre el problema social y de salud Pública de VIF, y de promover los derechos humanos de las mujeres, enfatizando el derecho a vivir sin violencia, se llevaron a cabo eventos públicos por cada fecha clave como el Día Internacional de la Mujer, Día de la No - Violencia, y la Campaña de Acción por la Salud de la Mujer. En los eventos realizados en el primer periodo, SENDAS tuvo un rol protagónico en la organización, coordinación y ejecución, con corresponsabilidad de la Asociación "16 de Abril".

Todos los eventos estuvieron precedidos por marchas que en su mayoría tuvieron una concurrencia masiva y la celebración de la Eucaristía, en la que el Párroco en su prédica reforzaba los contenidos temáticos a difundirse a través de mensajes y material escrito. Las misas contaron con la participación activa la comunidad.

Como parte de la estrategia de sensibilización colectiva se realizaron algunos eventos para celebrar las fechas claves:

- Por el Día de la no-violencia, la Feria de la salud y la No-Violencia, exposición de periódicos murales y collages alusivos al tema, preparados por las instituciones y organizaciones de mujeres; sociodrama presentado por las miembros de la Asociación 16 de Abril; y títeres, actos que se llevaron a cabo en la escuela 16 de Abril.

Asimismo, para identificar las alternativas de solución que la población tiene frente a la violencia y su nivel de conocimiento sobre violencia, se realizó una consulta popular, que tuvo buena acogida por hombres y mujeres. Sus resultados sirvieron de insumo para fortalecer el proceso de sensibilización y definición de estrategias en la difusión de estos contenidos.

- Por el Día mundial de la salud de la mujer y con la finalidad de promover los derechos sexuales y reproductivos dentro del marco de la salud integral de las mujeres, se organizó una caravana cultural y una exposición de periódicos murales, en coordinación con el Hospital San Sebastián.

Durante el segundo período, en conmemoración de esta misma fecha y con el propósito de promover el derecho de las mujeres a servicios de calidad, se coordinó una marcha con el hospital, y funcionarios del Seguro Social Campesino. Cabe recalcar que la marcha realizó un debate con la participación de representantes de las asociaciones de vivanderas, toquilleras, Seguro Campesino y el Hospital, fue la oportunidad para

que las mujeres expresaran su inconformidad con la calidad de los servicios. Este evento tuvo el aval de la Red de la Salud de la Mujer Latinoamericana.

Por el Día Internacional de la Mujer, se promovieron los derechos de las mujeres, en esta oportunidad, durante la misa se presentó un sociodrama con la participación de hombres y mujeres. Debemos mencionar que la marcha no tuvo el poder de convocatoria esperado, lo que nos condujo a hacer un análisis de sus causas y a definir estrategias para futuros eventos.

El siguiente año este evento fue convocado por los integrantes de la Red Intersectorial, por iniciativa de la Jefatura Política y demás organizaciones e instituciones públicas y sus resultados fueron analizados anteriormente.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

La relación constante con los diferentes actores sociales del cantón se constituyó en la base de la consolidación de la Red Intersectorial para enfrentar la Violencia Intrafamiliar contra las mujeres y las niñas.

Fue preciso buscar los caminos que nos condujeran a sustentar desde las propuestas sectoriales una propuesta colectiva; desde la negociación bilateral con cada uno de los representantes para concretar fechas de las reuniones hasta la propuesta de agendas para trabajarlas en las sesiones. Los compromisos que se fueron generando en este proceso de interrelación permitieron que la Red se constituyera a en un espacio que más allá de ejecutar acciones concretas, propusiera cambios sustanciales en las formas de actuar de los integrantes de la comunidad. La Red fue la base de la propuesta de constituir un espacio más amplio como el Consejo Cantonal de Salud pues, a partir de la intervención puntual en VIF, se ha planteado un trabajo en salud integral como parte de una agenda de desarrollo local para el Sigsig.

SEGUNDO PERÍODO LA RED COBRÓ PESO JUNIO - DICIEMBRE 1998

OFICIALIZACIÓN DE LA RED

Como resultado de las estrategias y actividades ejecutadas, en el primer periodo del desarrollo de la experiencia que estamos sistematizando la Red Intersectorial se constituyó de manera informal, en el segundo período se oficializó, lo que marcó un hito en el proceso. La constitución oficial de la Red se realizó en una reunión con los representantes de todos los sectores, del equipo de Sendas y de la OPS. Cada representante expuso sus propuestas de acción y los problemas que enfrentaban en el momento de la intervención en la atención y prevención de la VIF, priorizándose las estrategias y actividades a efectuarse y se concluyó con la firma del "Acta Constitutiva de la Red Intersectorial contra la Violencia Intrafamiliar".

INICIAMOS EL TRABAJO CONJUNTO

La capacitación continúa siendo empleada en este período como estrategia de intervención ya que permitía consolidar los conocimientos impartidos. Fue una estrategia que posibilitó rescatar las potencialidades de los prestatarios como capacitadores, de ahí que algunos, especialmente de los sectores salud y educativo, hayan asumido responsabilidades en ese sentido. En la Red Intersectorial se conformó un equipo de capacitadores/as con la coordinación del representante del sector educativo.

Asimismo, al interior de cada sector fueron constituidos núcleos de capacitación para los demás miembros; es más, se amplió la cobertura de la capacitación a otros espacios que no habían estado involucrados directamente en el proceso. Es el caso del sector educativo que propuso la apertura de círculos de estudio sobre educación con enfoque de género a maestros y maestras de otras escuelas de la zona; la enfermera del hospital es integrante del equipo

capacitador de la Dirección Provincial de Salud del Azuay y ha participado en eventos dirigidos a profesionales de salud de otras provincias.

También como estrategia se contempló la coordinación intersectorial, para tratar la violencia en forma integrada. Si bien el nivel de coordinación no fue igual con todos los sectores, se enfatizó con aquéllos que prestan servicios directos a las mujeres afectadas: salud y legal; para ello fue preciso realizar visitas a los diversos sectores, en las que se revisaron los registros sugiriendo modificaciones; se brindó asesoramiento y orientación, remitiendo los casos a otras instancias para que sean solventados oportunamente.

Las reuniones de la red fueron bimensuales, en un primer momento para elaborar el plan de acción de la Red Intersectorial y elegir la coordinación que recayó en el Director del Hospital; en las subsiguientes reuniones se abordaron diferentes tópicos como: problemas percibidos, las nuevas reformas constitucionales, intervenir a través de los medios de comunicación para difusión de mensajes en contra de la VIF, coeducación y transversalidad en el sistema educativo, etc. La evaluación fue un eje en todas las reuniones.

Otra de las estrategias propuesta para enfrentar la VIF, fue la conformación y dinamización de Grupos de apoyo. Si bien esta estrategia no apuntaba directamente a consolidar el involucramiento de los actores sociales en la propuesta colectiva, es importante no solamente como espacio protegido para mujeres afectadas por VIF, sino también como un espacio de coordinación interinstitucional que fomenta la corresponsabilidad de las prestatarias de salud en la conducción de estos grupos, además de que nació también como una propuesta desde la Red.

En los grupos de apoyo las mujeres participan con sus experiencias, conocimientos y habilidades. Se trata de apoyo entre similares, cada mu-

jer participa al resto, en su propia forma, las razones por las que acude al grupo de apoyo tal como las vive. El grupo trata de orientarla en forma integral para que identifique sus propias opciones, animarla en sus decisiones, apoyarla en la acción, en la medida de sus requerimientos y posibilidades.

LA RED INTERSECTORIAL EJECUTANDO ACCIONES

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR SALUD

En este segundo período, su involucramiento fue mayor y más trascendente, el mismo que se manifestó en cambios de actitud del personal frente a los casos de mujeres afectadas, la denuncia permanente de casos para el seguimiento por parte de Sendas, los cambios implementados en el sistema de registro e información del hospital que expresan un compromiso más serio con las actividades, el interés en los trámites médico legales frente a casos de violencia y otros.

El involucramiento se notó también en las enfermeras y médicos del hospital que ejecutaron eventos de capacitación con personal de las unidades operativas del área y con voluntarios/as de salud de las comunidades, revirtiendo en la atención que se brinda, en el registro de la información desagregada por sexos, en el diagnóstico en el caso de mujeres que presentan signos y síntomas que permiten presumir de un diagnóstico de VIF y en la calidad de los certificados médico legales para la tipificación de la violencia como infracción o delito, previa al trámite legal.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR LEGAL

Al inicio del segundo periodo el sector se integró activamente en la Red Intersectorial. Se elaboró y aplicó un registro de VIF, pero, por cuestiones de remoción de funcionarios debido al cambio de gobierno, se produjo un retroceso en el nivel de involucramiento, llegando a consti-

tuirse, en algunas ocasiones, en obtaculizador para la coordinación de las actividades de atención de la VIF, a pesar de que por razones de índole laboral en el cumplimiento de la aplicación de las leyes, el personero de la Comisaría intentó asumir su acción dentro de la propuesta colectiva planteada por la Red aunque con un enfoque patriarcal y figurativo que no favoreció al apoyo de las mujeres afectadas.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR EDUCATIVO

El involucramiento del sector educativo se inició en el segundo período de la experiencia, a partir de la sensibilización y la capacitación. Dicho involucramiento se manifestó en el interés de emprender acciones preventivas sobre violencia intrafamiliar a toda la comunidad educativa, con autocapacitación y con la participación activa en las gestiones emprendidas por la Red Intersectorial.

El proceso de capacitación incitó a los/as maestro/as a iniciar nuevos procesos en temas como la educación no-sexista, incorporando el enfoque de género en sus actividades docentes, esto significa que trabajar con enfoque de género no implica únicamente introducir cambios en el lenguaje, contenidos, espacios, materiales didácticos, sino especialmente analizar desde otra perspectiva las relaciones docente/alumno/a y docente/docente, asumir cambios no solamente en la tarea educativa sino en su forma de vida; a establecer círculos de estudio con los/as profesores/as de toda la zona, a generar procesos de sensibilización involucrando toda la comunidad educativa: padres y madres de familia, estudiantes y maestros/as. Permanentemente solicitan material bibliográfico que sustente su autoformación en género y violencia intrafamiliar asimismo hay interés en mantener una estrecha coordinación en actividades de gestión.

Por iniciativa propia el sector educativo planificó jornadas de sensibilización a la comunidad educativa, en coordinación con el equipo de

Sendas, a través de charlas dialogadas con maestra/as, madres y padres de familia. El interés se manifestó también al incorporar el tema de la violencia contra las mujeres y las niñas/os y la difusión de los derechos en actividades sociales y culturales propias de los establecimientos educativos.

LOS PRESTATARIOS DEL SECTOR COMUNITARIO

En la segunda etapa del proyecto, el involucramiento del sector comunitario se radicó en la participación, no muy regular, en las reuniones convocadas por la Red Intersectorial, a través de sus representantes. Su aporte en la toma de decisiones es menor con relación a los demás integrantes de la Red.

Su participación estratégica se circunscribió a la participación en las marchas ejecutadas en la celebración de las fechas claves, y a la participación en eventos de capacitación que en los últimos tiempos generó mayor interés y demanda, especialmente en temas de fortalecimiento socio organizativo y de derechos.

Como actoras activas de la red, las mujeres de las organizaciones, centraron su papel en detectar casos de VIF entre sus miembros u otras mujeres de los sectores y referirlas a las diferentes instancias existentes en el cantón y otras de la ciudad de Cuenca.

DESDE UNA PROPUESTA SECTORIAL UNA PROPUESTA COLECTIVA

El aporte de cada uno de los sectores en la formulación de estrategias, sirvió de insumo para la elaboración de la propuesta colectiva. La Red Intersectorial, a través de sus representantes, realizó la planificación de las actividades y estableció responsabilidades para su cumplimiento.

Lo que garantizó el involucramiento de los actores sociales es que las estrategias, planificación y ejecución de las actividades responden a

sus propias necesidades e intereses y están acordes a sus propios recursos personales y colectivos.

Las propuestas sectoriales que fueron formuladas y recogidas durante los talleres de devolución de información de la investigación fueron la base para la construcción de la propuesta colectiva. Algunas de las propuestas fueron:

- Reconocimiento de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública.
- Detección de casos de VIF; establecimiento de diagnósticos como violencia intrafamiliar; registro adecuado de los casos de VIF; y, expedición de certificados médico - legales coherentes con el problema de la usuaria afectada.
- Capacitación a los prestatarios para detectar y atender a las usuarias afectadas por VIF; en torno a los derechos de las mujeres; y, sobre la ley 103.
- Referencia y contrareferencia de casos de violencia intrafamiliar. Denuncia de casos ante la Comisaría. Estrategias de sanción comunitaria con posibilidades de reeducación.
- Campañas de sensibilización y concientización.

- Actividades de prevención mediante conferencias, actividades promocionales, socio-dramas, etc.
- Coordinación con otros sectores en el ámbito local, provincial y nacional.
- Creación de un fondo de solidaridad para atender casos de violencia en mujeres que no cuentan con recursos económicos suficientes y para la rehabilitación de los agresores. Solidaridad médica para personas indigentes.
- Seguimiento y apoyo técnico en el mejoramiento de la calidad de atención por parte de los diferentes sectores.

Estas estrategias recogidas en el Plan de Acción de la Red Intersectorial, son evaluadas permanentemente en las sesiones de la Red. Sobre esta base se replantean las que presentan dificultades insalvables o se plantean nuevas acciones. La Red es el espacio propicio para buscar alternativas frente a las dificultades que se presentan en uno u otro sector; asimismo, es allí donde se tratan divergencias, conflictos o posiciones opuestas; es un espacio en el que se busca el consenso para actuar.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL PROCESO

EL INVOLUCRAMIENTO DE HOMBRES Y MUJERES EN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIF

El involucramiento tanto de hombres como de mujeres del sector salud fue importante, la sensibilidad demostrada por los profesionales médicos fue motivadora, iniciaron el registro de la información desagregada por sexo y el diagnóstico VIF en las historias clínicas. Las enfermeras adquirieron el compromiso y responsabilidad de replicar los conocimientos adquiridos a todo el personal del área incluyendo a voluntarios/as de salud y comadronas, con el fin de mejorar la calidad de servicios de salud que prestan; de difundir mensajes pertinentes en contra de la VIF, tanto en sus lugares de trabajo como a toda la población a través de los eventos públicos.

En el sector educativo el involucramiento de los hombres fue mayor, el Director de una escuela y vicerrector del colegio han aportado en la planificación de acciones conjuntas para la sensibilización y capacitación, en la formulación de estrategias de prevención y una participación activa en la Red Intersectorial, apropiándose de su rol dentro de ésta; el involucramiento de las docentes se enmarca en las tareas de apoyo y colaboración en la ejecución, en igual medida que los demás docentes hombres. Dentro de este proceso se involucró otra escuela de la localidad, si bien no tiene una representación en la Red su involucramiento no ha dejado de ser menos importante en el proceso y de la misma manera fue el director el que asumió con mayor compromiso.

ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES SOCIALES

La mayoría de los actores sociales al inicio del proceso no conocían sobre violencia intrafamiliar o solo la habían oído mencionar, es claro que al finalizar el proceso los actores sociales conocían el tema y manejaban sus conceptos, este conocimiento no solo se quedó en el plano cognoscitivo, sino que facilitó y fortaleció las actitudes frente a esta problemática, lo que se vio reflejado en el abordaje de los casos detectados y el interés constante en planificar y ejecutar lo programado por la Red Intersectorial y sugerido por el proyecto.

Fueron las estrategias y metodología empleadas en las actividades de sensibilización y de capacitación, las que permitieron la reflexión crítica y participativa, que partiendo de situaciones vivenciales posibilitaron recrear la práctica de los/as prestatarios/as para conjuntamente construir los conceptos, ello repercutió en su inserción en el proceso de capacitación.

La sensibilización fue una oportunidad para que los/as prestatarios/as reflexionen sobre su propia práctica y vivencia personal y para proponer conscientemente alternativas que desde su cotidianidad pudieran enfrentar la violencia.

La metodología vivencial, logró que la gente se apropie del problema, reconstruya su experiencia y asuma la violencia como un problema que no es aislado y que afecta a la gran mayoría de mujeres.

SUSTENTABILIDAD DE LA PROPUESTA COLECTIVA

La sustentabilidad de la propuesta estuvo garantizada, en primera instancia, por la capacitación en la que manifestaron sus propios intereses y expectativas; luego por la participación en la conformación de la Red Intersectorial, elaboración de la propuesta y en la delegación de responsabilidades asumiendo cierto nivel de protagonismo en las actividades planteadas; pero la Red al momento en que estamos concluyendo la sistematización aún requiere de seguimiento por parte de Sendas.

La propuesta de trabajar desde la salud integral en el marco de una agenda de desarrollo más amplia en la que el poder local sea un ente dinamizador de la participación social y la interacción de los diferentes actores sociales del cantón, es una apuesta que garantizaría la sostenibilidad de las acciones para atender y prevenir la Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres y las Niñas, pues, mediante la conformación y consolidación del Consejo Cantonal de Salud,

se estaría construyendo el marco conceptual y político de una propuesta más integral e integradora.

La intervención de Sendas en el proyecto de atención y prevención de la VIF contribuyó desde el planteamiento de la propuesta y con la consecución de fondos de la OPS para su realización, con las tareas encaminadas a la promoción y motivación del mismo; en la programación, planificación y ejecución de actividades para impulsar el interés de los actores sociales, tales como la sensibilización, capacitación y coordinación intersectorial e interinstitucional. Se promovió la participación en la formulación de estrategias y la conformación de la Red Intersectorial, para que, conjuntamente y desde la Red, se establezca una planificación de actividades. A partir de ese momento Sendas dejó de tener protagonismo en el proceso, el cual fue asumido por la Red Intersectorial, mientras que el accionar del equipo es ahora de apoyo y seguimiento.

HEMOS APRENDIDO QUE...

Abordar la violencia intrafamiliar y de género desde una propuesta colectiva constituye un verdadero reto. La violencia contra las mujeres tiene detrás de sí una larga historia de inequidad y subordinación bajo estructuras sociales patriarcales en las cuales el paradigma HOMBRE sigue siendo el centro del desarrollo social, cultural, económico y político.

Es necesario dar un giro radical que va desde cambios en estructuras mentales de los individuos hombres y mujeres que conforman la sociedad hasta la ruptura de estructuras sociales y políticas que den paso a sociedades más justas y equitativas en las cuales hombres y mujeres, indios, negros y mestizos, pobres y ricos, niños/as jóvenes, adulto/as y ancianos/as, tengamos las mismas oportunidades, derechos y responsabilidades.

La violencia intrafamiliar contra las mujeres y las niñas, tiene un soporte cultural basado en costumbres, tradiciones, mitos y tabúes que hace aún más difícil erradicarla. De ahí que se requiera un proceso más sostenido de capacitación y sensibilización combinado con otro tipo de estrategias a largo plazo, como la negociación, presión política, información y comunicación permanentes, que permitan un abordaje más integral de esta problemática. El contenido cultural e ideológico del problema de la violencia contra las mujeres hace difícil lograr impactos claros en la incidencia y/o prevalencia del problema, por ello es que esta intervención, que además ha sido puntual, no garantiza que las representaciones sociales, base fundamental de la calidad de la prestación de los servicios des-

de los diferentes sectores, se tornen cada vez más en factores impulsores para las mujeres en búsqueda de solución durante sus largas rutas críticas. Sin embargo, debemos resaltar que, pese a la dificultad que representa lo antes señalado, se han tenido logros importantes de cambios en la manera de mirar la VIF y enfrentarla, pero debemos manifestar también que estos cambios no se han operado en todas las personas involucradas ni en el mismo nivel.

La corta permanencia del proyecto no garantiza la absoluta independencia en el funcionamiento de la Red Intersectorial. Esta requerirá todavía de un acompañamiento cercano de la ONG con el objetivo de que dinamice su consolidación como espacio colectivo de enfrentamiento a la violencia contra las mujeres en el marco de un proceso de análisis holístico de la salud en la realidad local.

Cambiar las estructuras mentales de adultos y adultas que tienen una carga importante de residuos patriarcales es una tarea harto difícil. A sabiendas de que la violencia es una conducta aprendida y que responde a la formación que reciben niños y niñas en escuelas y hogares, es fundamental orientar nuestra mirada hacia allá.

Los procesos de reforma educativa pueden constituirse en el vehículo para incidir en el tipo de formación que se imparte en los establecimientos educativos, que no debe ser sólo instrucción. Trabajar desde esa perspectiva para lograr una educación no-sexista con la incorporación del enfoque de género y una formación en valores que contrarresten conductas violentas, puede ser nuestro punto de partida.

No basta con que los establecimientos educativos revolucionen su enfoque, si en los hogares, los niños y las niñas siguen recibiendo una deformación (no formación) fortalecida por el trato diferenciado que profundiza cada vez más las brechas de género evidenciadas en el maltrato, la inequidad y subordinación de las que son objeto las mujeres.

Es fundamental mantener y fomentar un proceso sistemático de sensibilización ciudadana que permita lograr cambios en las nuevas generaciones que reformen las estructuras sociales de las relaciones de género. Aquí, los medios de comunicación social juegan un papel preponderante en la emisión de mensajes, que se contrapongan con los programas agresivos que se transmiten en algunos medios especialmente la televisión y que es el más utilizado por la población sobre todo infantil y femenina.

Los derechos, para ejercerlos, hay que conocerlos y asumírselos. Es importante mantener y reforzar un proceso permanente de difusión de los derechos humanos de las mujeres de tal forma que las mujeres del Sigsig se reconozcan como sujetas de derechos y exijan calidad en los servicios que demandan.

Para lograr el desarrollo de las autonomías política, cultural, económica y física de las mujeres como parte del proceso de empoderamiento hay que considerar la necesidad de sobrevivien-

cia de las mujeres y su familia. La satisfacción de necesidades prácticas o primarias puede ser el vínculo para satisfacer necesidades estratégicas que constituyan la base del fortalecimiento de la autoestima de las mujeres y de la autodeterminación para que las mujeres puedan tomar decisiones frente a su situación de violencia.

Si bien, un logro evidente del proyecto a nivel nacional ha sido que la violencia de género e intrafamiliar sea reconocido por el Ministerio de Salud como un problema de Salud Pública y que su abordaje sea asumido como un programa obligatorio para los prestatarios de este sector mediante la operativización de las normas de salud sexual y reproductiva con un componente específico de VIF, sin embargo, el camino por recorrer es todavía largo.

Es preciso incidir en otros ámbitos estatales como el sector de la Justicia. La Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia seguirá siendo un mito para las mujeres mientras los responsables de su aplicación no la conciben como un derecho de las mujeres forjado en la lucha por sus reivindicaciones políticas, mientras no reconozcan que la violencia es un problema social que rebasa el ámbito privado, mientras se siga culpabilizando y juzgando a las mujeres afectadas por el maltrato de sus parejas, mientras no haya justicia y equidad para todas y todos.

BIBLIOGRAFIA

GUAYASAMÍN CRUZ, Soledad Documento de trabajo: Calidad en los servicios de Salud. Proyecto "Mujer, Municipio y Sociedad Civil". Sendas 1998

OPS. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar. 1998

QUESADA, Milton. CENSO SIGSIG, Familia, Mujer, Migración Internacional y Actividades Productivas. Universidad de Cuenca, UNFPA, Programa de Población y Desarrollo Local Sustentable. PYDLOS, Cuenca. 1998

SIGUENZA, Marcia. Estudio de Unidades Domésticas. Sendas, Cuenca 1994

VANDERSCHAEGHE MARTÍNEZ. 1992. citado por Martínez. 1997



O. P. S.