

Atención Integral a Víctimas de la Violencia Contra la Mujer en Supuestos de Violencia Doméstica e Intrafamiliar

Asesoría especializada para diseñar y adaptar procedimientos y herramientas

Secretaría de Salud

HOJA DE RUTA

Tegucigalpa (HONDURAS)

Socios Operativos



Consorcio Liderado por



Socios Coordinadores



Hoja de Ruta

Secretaría de Salud

Tegucigalpa

Autoras: Marisa Pires y Luisa Lasheras

**Organización: Expertas (Comunidad de Madrid,
España)**

Programa EurosociAL II 2015

TABLA DE CONTENIDO

Introducción y objetivos -----	I
Recomendación I -----	4
Recomendación II -----	4
Recomendación III -----	5
Recomendación IV -----	6
Recomendación V -----	6
Recomendación VI -----	7
Recomendación VII -----	9
Recomendación VIII -----	10
Recomendación IX -----	11
Recomendación X -----	11
Recomendación XI -----	12

INTRODUCCIÓN

La misión de 5 días tuvo por objetivo principal establecer contacto y mantener reuniones con los actores institucionales de distintos niveles de la organización sanitaria, implicados en la implementación del “*Protocolo Integral a Víctimas de la Violencia contra la mujer en supuestos de Violencia doméstica y de Violencia Intrafamiliar y Guía de adecuación técnica para su aplicación*” (PAI), a fin de lograr información sobre las barreras que impedirían la aplicación del mencionado protocolo en el ámbito de la Secretaría de Salud (SESAL).

Para la elaboración de este informe se ha tenido en cuenta:

- El análisis de la información obtenida por las expertas a través del discurso de las y los profesionales entrevistados (informantes clave designados por la SESAL: 11 entrevistas y 2 encuentros grupales), por lo tanto recoge las dificultades, demandas y sugerencias que la experiencia de estos profesionales avala.
- La propia observación de las expertas al Informe enviado a la SESAL.
- Los comentarios remitidos por tres informantes clave de la SESAL sobre el informe que se les remitió con los puntos críticos identificados y las recomendaciones.
- Documentación científico-técnica actualizada en materia de violencia hacia las mujeres.

La Hoja de Ruta está estructurada en base a las recomendaciones fundamentadas en los puntos críticos identificados (Nota de misión- Honduras 22-26 de junio de 2015. Puntos críticos Identificados y recomendaciones de 23 de Julio de 2015). Cada recomendación está justificada y operativizada mediante la sugerencia de acciones concretas.

El Orden de las recomendaciones no es jerárquico aunque se ha pretendido articular desde las acciones macro a las micro, pudiéndose acometer muchas de ellas de forma paralela a corto, medio y largo plazo.

Esta Hoja de Ruta se ha elaborado con la intención de salvar las barreras que impedirían la aplicación del PAI en el ámbito de la Secretaría de Salud, contribuyendo de este modo a la mejora de la atención de las mujeres que sufren violencia.

RECOMENDACIÓN I

Conceptualizar la violencia hacia las mujeres con enfoque de género, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales (ONU, OMS, etc.) y abandonar los términos que invisibilizan la violencia hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres.

Justificación: En la normativa de la SESAL, la Violencia Doméstica (VD) no está conceptualizada de acuerdo con las definiciones de violencia hacia las mujeres de los organismos internacionales.

Tanto la ONU¹ como la OMS^{2,3}, como otros organismos internacionales nombran el fenómeno que nos ocupa como Violencia contra la Mujer basada en el género. El término género que inicialmente se utilizó para explicar que la violencia hacia las mujeres es un fenómeno construido socialmente actualmente sirve para invisibilizarla, y lo mismo sucede con otros nombres como violencia doméstica o violencia intrafamiliar. Estos términos no permiten discriminar entre victimario y víctima, ni permiten comprender la violencia contra la mujer dentro del contexto del estatus de subordinación en que viven las mujeres y las niñas en la sociedad, al remitir únicamente al contexto familiar y doméstico, ámbitos incuestionables en muchas culturas. Además se excluyen otros tipos de violencia que no suceden en el ámbito doméstico como son la violencia sexual y femicidios.

Propuesta I: ACCIONES CONCRETAS

Introducir cambios paulatinos en los documentos oficiales e ir creando opinión hasta poder nombrar el fenómeno como Violencia hacia la Mujer basada en el género en toda la documentación sanitaria.

RECOMENDACIÓN 2

Incorporar la planificación estratégica de atención a la violencia hacia las mujeres con enfoque de género como problema de salud pública, dentro de la SESAL, integrándola como una actividad normalizada de los servicios de salud y con asignación presupuestaria propia.

Justificación: La violencia hacia las mujeres no es asumida como un problema de salud pública. A pesar de las dimensiones pandémicas de la Violencia hacia las Mujeres no forma parte de los problemas de salud considerados de mayor prevalencia como es el caso del Dengue, Chikungunya, Tuberculosis, etc.

Una estrategia de Salud Pública proporciona el máximo de beneficios al mayor número de personas ya que focaliza su atención en la colectividad en lugar de hacerlo individualmente en la persona. Se sustenta en la evidencia científica, tiene una visión interdisciplinaria y presta la mejor atención y seguridad a la población en su conjunto. Con este enfoque la Organización Panamericana de la Salud responde a la violencia hacia las mujeres con *la Estrategia y el Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud*. Respuesta que ha de

1 Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Cuadragésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994; Viena (Austria): UN; 1993 (resolución A/RES/48/104) [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S. [Consultado el 14 de septiembre de 2015]

2 Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. 67 Asamblea Mundial de la salud; del 19 al 24 de mayo del 2014; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.15). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-sp.pdf. [Consultado el 16 de septiembre del 2015].

3 Organización Mundial de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. 156ª Sesión del Comité ejecutivo del 22 al 26 de junio de 2015; Washington DC. EUA: OPS; 2015 (CE156/14). [Consultado el 16 de septiembre del 2015].

servir de Hoja de Ruta para prevenir y afrontar la violencia contra las mujeres en el periodo 2015-2020⁴.

Del discurso de los profesionales entrevistados se deduce que, a pesar de que las Consejerías de Familia (CF) realizan actividades de prevención primaria, la presión asistencial dificulta la generalización de estas intervenciones. Establecer una estrategia de salud pública que atienda a los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y potencie la promoción de la salud reducirá la incidencia de violencia hacia las mujeres a largo plazo, además de hacer más efectiva la atención sanitaria.

Propuesta 2: ACCIONES CONCRETAS

Constituir una Comisión institucional interna de la SESAL en el seno de la cual se diseñe un plan sanitario estratégico para la atención integral a la Violencia contra las mujeres basada en el género. Se sugiere que esté compuesta por representantes de todas aquellas unidades de la SESAL que tengan alguna responsabilidad en el abordaje salubrista y asistencial de esta problemática, incluidos los representantes de la cooperación externa que desarrollan programas actualmente (Médicos sin Fronteras, Médicos Mundi, etc.) y el movimiento asociativo de mujeres. El Plan Estratégico para ser efectivo debe contar con una asignación presupuestaria propia y ha de implicar a todos los profesionales del sector salud en el afrontamiento del problema y, no solo, a los componentes de las CF.

RECOMENDACIÓN 3

Adaptar y utilizar las herramientas propias de la Salud Pública, como son la vigilancia epidemiológica, los sistemas de información sanitaria, la investigación, la evaluación, la formación de profesionales, la educación para la salud, la coordinación intersectorial, etc. para un afrontamiento efectivo del problema

Justificación: Estas herramientas mejoran la respuesta del sector salud a la violencia contra las mujeres ya que permiten caracterizar y dimensionar el fenómeno, así como priorizar las actuaciones y reorientar, en caso necesario, los servicios y programas vinculados al plan estratégico. Es decir, contextualizan, ordenan e integran el trabajo desarrollado por todos los dispositivos de salud entre sí y con otros sectores a través de la coordinación intersectorial⁵.

Propuesta 3: ACCIONES CONCRETAS

Sistematizar e informatizar en la medida de lo posible la recogida de información (hoja de tamizaje obligatoria para todas las consultas médicas, monitoría y evaluación periódicas). Una vez analizada esta información es indispensable difundirla entre las y los profesionales del sistema de salud y otros agentes sociales clave para que sirva como refuerzo de la estrategia.

RECOMENDACIÓN 4

⁴ Ídem 3

⁵ OPS. Violencia contra las mujeres. Políticas públicas sobre Violencia Doméstica. Unidad de Género etnia y salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15259&Itemid=. [Consultado el 15 de septiembre de 2015].

Diseñar un protocolo/guía clínica de actuación sanitaria dirigida a todas las y los profesionales del sistema de salud que incluya la prevención primaria, la detección precoz y la atención sanitaria de la violencia como problema de salud, previamente a su derivación a las CF para el abordaje especializado.

Justificación: Aunque no se puede generalizar a todo el sistema sanitario, durante la misión se pudo comprobar que ciertos profesionales no han interiorizado la VD como una forma de violencia hacia las mujeres que requiere un posicionamiento y un abordaje específicos. Por el contrario, con frecuencia, es considerada una forma de violencia más, en un contexto de elevada violencia social. Esto podría explicar que siendo tan escasos los recursos de atención a las mujeres se dedique parte de ellos a la reeducación de los agresores, se establezcan medidas de conciliación de la vida familiar y compartan espacios físicos víctimas y agresores; en contra de las recomendaciones internacionales de afrontamiento de la violencia hacia las mujeres⁶.

Disponer de un protocolo facilita un marco conceptual único para todo el sistema sanitario^{7,8} ofreciendo pautas de actuación seguras y eficaces para afrontar las distintas formas de violencia, lo que contribuye a reducir la variabilidad en la atención sanitaria y evita intervenciones subjetivas vinculadas a creencias, valores y actitudes personales que pudieran dañar o no mejorar la situación de la mujer.

Propuesta 4: ACCIONES CONCRETAS

Elaborar e implementar un protocolo que contenga los conceptos clave, describa todas las fases del Plan de Actuación (medidas de prevención primaria, detección y atención), la forma de registrar y la evaluación, así como las habilidades profesionales y la metodología (escucha empática, no emisión de juicios de valor, etc.). El protocolo ha de incluir los instrumentos y actividades ya disponibles como son las Hojas de Tamizaje y la Escala de Valoración del Riesgo, la forma de derivación, información de recursos y la asesoría jurídica, así como otras medidas que aumenten la seguridad de la víctima (Plan de Seguridad).

Evaluar la efectividad de la metodología que se emplea en los grupos de hombres remitidos a las CF y considerarla los resultados en el marco conceptual del trabajo con maltratadores.

RECOMENDACIÓN 5

Sensibilizar y/o formar a todos los profesionales del sistema sanitario para que puedan identificar también los casos de violencia no manifiestos, de forma semejante a como detectan otros problemas de salud.

⁶ Ángeles Álvarez (coord.). Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja. Cuadernos para el Debate, Nº 1. Grupo 25. 2006. Disponible en: <http://www.luisbonino.com/pdf/CUADERNOS-G25.pdf>. [Consultado el 15 de septiembre]

⁷ *Ídem 5*

⁸ Raquel Fernández. Sistematización del “Análisis de los Servicios de atención a las mujeres en Situación de violencia de género y de los grupos de masculinidades de las Consejerías de familia de Honduras” Ed. Instituto Nacional de la Mujer (INAM). Tegucigalpa, 2013. Disponible en: http://www.inam.gob.hn/web/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=36:sistematizacion-del-analisis-de-los-servicios-de-atencion-a-las-mujeres-en-situacion-de-violencia-de-genero-y-de-los-grupos-de-masculinidades-de-las-consejerias-de-familia-de-honduras-septiembre-2012&Itemid=110. [Consultado el 15 de septiembre de 2015]

Justificación: Durante la misión se comprobó que la atención descansa sobre los operativos específicos de las CF y no en el conjunto de la red asistencial como cabría esperar en cualquier problema de salud. El papel que se asigna a las y los profesionales de salud que no pertenecen a las CF es de detección y de derivación y no de atención a la salud de las mujeres, no existe capacitación generalizada de los prestadores de servicios de salud.

Los sistemas de salud tienen un papel crucial en una respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres. Existe consenso de que las y los profesionales de salud deben saber cómo identificar mujeres que experimentan violencia basada en el género y proveer los primeros apoyos, como son la escucha empática, el apoyo psicosocial continuado, la atención completa a las víctimas tras un asalto sexual además de referir a otros servicios.

A pesar de este reconocimiento del papel del sistema sanitario, se pudo comprobar que las CF reciben pocos casos de mujeres maltratadas derivados por las y los servidores de salud, observación que coincide con los hallazgos encontrados en las Jornadas de Consulta realizadas con motivo de la elaboración del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2013-2022.

La capacitación en el área de violencia debe incorporar competencias para prevenir la violencia hacia las mujeres, además de detectar, evaluar, atender, orientar referir y registrar casos. Para ello, es preciso considerar las diferentes formas de violencia y situaciones de vulnerabilidad que aparecen en las distintas etapas del ciclo vital (abusos en la infancia, embarazo adolescente, matrimonio precoz, cargas familiares,...), así como tener en cuenta las actitudes profesionales que puedan derivar en la revictimización de la mujer⁹¹⁰¹¹¹².

Propuesta 5: ACCIONES CONCRETAS

Diseñar e impartir cursos y talleres dirigidos a los profesionales de los establecimientos sanitarios (medicina, enfermería, y de salud pública) que contemplen técnicas de promoción de la salud y prevención así como metodologías que, además de las competencias antes señaladas, faciliten la reflexión ético-conceptual sobre creencias, actitudes, y prácticas en torno a la violencia hacia las mujeres, así como sobre los obstáculos relacionados con las consecuencias derivadas de la notificación de los casos detectados (miedo al maltratador, miedo a declarar en los juzgados, problemas de seguridad de la víctima y/o del notificador, etc.).

⁹Argelia Sierra Aguilera; María Antonio Nufio. Calidad de atención a las mujeres víctimas sobrevivientes de violencia por razones de género, en los servicios de salud pública: Caso del Hospital regional Atlántida y la Unidad de Salud Metropolitana. Centro la Ceiba, Atlántida. Tegucigalpa, agosto de 2012

¹⁰ *Ídem* 5

¹¹ Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf. [Consultado el 15 de septiembre de 2015]

¹² *Ídem* 3

RECOMENDACIÓN 6

Sería deseable que los profesionales de medicina y enfermería de los centros de salud trabajasen estrechamente con las CF para incrementar la detección y la intervención precoz de casos.

Justificación: Como se ha expuesto de forma reiterada el sector salud tiene un papel clave en la prevención y atención a este problema de salud pública. Por una parte, las mujeres acuden con frecuencia consultando por su salud o por la de las personas a su cargo. Esto supone una oportunidad para la identificación de situaciones de riesgo o de vulnerabilidad antes de que la violencia se manifieste. Por otra parte, los efectos de la violencia sobre la salud física, mental, sexual y reproductiva lleva a las mujeres a consultar sus problemas de salud y sus malestares con más frecuencia que lo hacen las mujeres de población general que no sufren violencia por parte de sus parejas¹³¹⁴.

Propuesta 6: ACCIONES CONCRETAS

Actividades formativas (talleres, seminarios,...) en el centro de salud donde participen ambos colectivos de profesionales.

Realizar sesiones clínicas conjuntas sobre los casos sospechosos o detectados entre las y los profesionales de los establecimientos de salud y los de las CF.

Incluir en el protocolo sanitario un sistema estandarizado de seguimiento de casos y coordinación entre los profesionales de los establecimientos sanitarios y los de las CF para el seguimiento de acciones en salud puestas en marcha en materia de Violencia contra la Mujer.

RECOMENDACIÓN 7

Apoyar los procesos formativos que se están desarrollando con las CF incorporando el enfoque de género, la visión salubrista y contenidos de autocuidado de sus profesionales y actividades de supervisión.

Justificación: Aunque se han brindado talleres de autocuidado y el personal de las CF puede disfrutar de vacaciones profilácticas adicionales, esto no es suficiente ya que la

¹³ *Ídem* ¹³

¹⁴ Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M, Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Anes A, Lourido P, Romero I, Polo C. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2014. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Documento Técnico de Salud Pública. Madrid 2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+_2_.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true. [Consultado 16 de septiembre de 2015].

atención a la violencia y las otras actividades a las que se enfrentan son muy diversas y complejas, dado que además de intervenir en los casos de VD han de atender otras problemáticas que afectan a las y los usuarios del Centro de Salud (tal como problemas sociales de cualquier orden, la patología psiquiátrica/problemas de salud mental y la asesoría legal). Esta doble función agrava la sobrecarga producida por el contacto con los casos de violencia. La escucha de los relatos de violencia de forma continuada compromete la subjetividad del profesional confrontándole con las distintas dimensiones de su existencia¹⁵.

Propuesta 7: ACCIONES CONCRETAS

La formación de las y los profesionales de las CF debe consolidarse y visibilizarse en el plan estratégico que se diseñe.

Implementar de forma sistemática un programa específico de capacitación para todas las personas que laboran en las CF.

Incorporar en la capacitación contenidos y metodologías que permitan elaborar los efectos que trabajar con la violencia tiene sobre la salud de las y los profesionales, en la calidad de su trabajo y en la satisfacción con el mismo.

RECOMENDACIÓN 8

Considerar los hospitales como dispositivos de la red asistencial de salud capaces de realizar detección precoz de la violencia además de llevar a cabo la atención a los casos extremos.

Justificación: Durante la misión se constató que los hospitales se encontraban ausentes en el discurso de los profesionales. No se contemplan como dispositivos de atención a las mujeres maltratadas salvo en los casos más extremos en que la integridad de la mujer corre peligro, sin embargo son varios los servicios hospitalarios que podrían tener un papel relevante en la detección precoz de casos (especialidades de ginecología, obstetricia, traumatología, pediatría, etc.).

La falta de coordinación entre la atención dispensada en los centros de salud/CF con los hospitales y de los servicios hospitalarios entre sí tiene, entre otras consecuencias, la falta de seguimiento de los casos referidos y la revictimización de las mujeres. Como se recoge en un estudio realizado en 2012 para evitar la revictimización es necesaria una detección temprana del problema, la elaboración de protocolos de atención y la capacitación sistemática del personal sanitario¹⁶.

¹⁵ Lasheras Lozano Luisa, Pires Alcaide Marisa et al. Criterios de Formación en violencia de pareja hacia las mujeres. Documento de Salud Pública nº 122. Ed. Dirección Gral. de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Madrid 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCriteriosDTS-VPM.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196189&ssbinary=true> [Consultado 20 de septiembre de 2015]

¹⁶ *Idem* 11

Propuesta 8: ACCIONES CONCRETAS

Protocolo de intervención (prevención, detección y atención) para los servicios hospitalarios coherente con el protocolo elaborado para los Centros de Salud/CF que incluya la coordinación entre ambos niveles asistenciales y con el resto de los dispositivos de atención sanitaria (ONGs y otros servicios).

Formación de las y los profesionales del ámbito hospitalario en la atención integral a las mujeres que sufren violencia.

RECOMENDACIÓN 9

Articular por parte de la SESAL los programas y modelos piloto de intervención que coexisten, asumiendo el liderazgo para su implantación en todo el territorio de aquellos que se muestren efectivos.

Justificación: Durante la misión se observaron múltiples actores que implementan programas diversos y que van ocupando vacíos existentes por la falta de cobertura de las necesidades de salud de las mujeres debido a los escasos recursos destinados a la prevención, detección y atención a las mujeres maltratadas¹⁷. Un claro ejemplo es la ausencia de institucionalización de la atención a la violencia sexual salvo cuando la ejerce la pareja (no se contempla de forma explícita en la Ley, ni en las normas, ni en el PAI). El riesgo que entraña esta ausencia es la desaparición de los servicios al finalizar el periodo programado para su implementación (preocupación manifestada por los responsables de Médicos sin Fronteras con relación al Programa de Atención a la Violencia Sexual que finaliza en diciembre de 2015).

Propuesta 9: ACCIONES CONCRETAS

Evaluar la efectividad de los diferentes programas y servicios activos en el territorio.

Integrar y coordinar estas intervenciones en el Plan Estratégico de la SESAL, asignándoles presupuesto a fin de garantizar su sostenibilidad.

RECOMENDACIÓN 10

Utilizar la producción científico-técnica existente sobre Honduras en relación con la problemática de la Violencia hacia las Mujeres y operativizar sus recomendaciones en el nuevo escenario de la SESAL.

¹⁷ Instituto Nacional de la Mujer. Diagnóstico del estado de la situación de la violencia contra las mujeres en honduras. Última versión corregida y actualizada, mayo 2012. Disponible en: http://www.inam.gob.hn/web/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=27:diagnostico-del-estado-de-la-situacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-en-honduras&Itemid=110. [Consultado el 20 de septiembre de 2015]

Justificación: Existe un número significativo de investigaciones, evaluaciones y documentos técnicos y/o científicos sobre la violencia hacia las mujeres elaborados por distintas instancias del país, cuyas recomendaciones no han tenido la trascendencia que cabría esperarse en el ámbito de la salud, a juicio de las expertas. Esta documentación compilada con motivo de la misión se ha consultado y considerado para elaborar la Hoja de Ruta ya que analiza la situación en el país y aporta información relevante para la toma de decisiones en materia de violencia de género.

Propuesta 10: ACCIONES CONCRETAS

Tener en cuenta las conclusiones y recomendaciones de la citada documentación para optimizar las propuestas de intervención que se incorporen en el PAI por parte de la SESAL.

RECOMENDACIÓN II

Mejorar las condiciones y los espacios físicos en los que se trabaja en las Consejerías de Familia.

Justificación: Los medios con los que cuentan las CF para afrontar la alta demanda y la complejidad de los casos son insuficientes. No disponen de papelería, teléfonos institucionales, ni otros recursos materiales necesarios para la atención integral a las mujeres víctimas de violencia. Esta escasez de recursos impide realizar el seguimiento de los casos que atienden y, por tanto, tampoco pueden evaluar el efecto de sus intervenciones.

A pesar de que nos transmiten que se han realizado adecuaciones para evitar las limitantes físicas de algunas CF, se pudo constatar durante la misión las condiciones laborales y la precariedad con la que se dispensa la atención a la violencia hacia las mujeres en algunos de los espacios de trabajo. En ocasiones se comparte el mismo espacio para realizar los grupos con mujeres supervivientes y los de reeducación para los agresores, hecho que puede ser peligroso para las mujeres o al menos nocivo para su integridad emocional.

Propuesta 11: ACCIONES CONCRETAS

Separar a los hombres maltratadores de las mujeres víctimas, si no puede ser en el espacio por las limitantes físicas, hacerlo en el tiempo para evitar el encuentro de ambos, minimizar el riesgo de las mujeres y evitar la revictimización.