

GUÍA PARA DOCENTES

**MÓDULO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL
DE SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA
BASADA EN GÉNERO DESDE LOS
SERVICIOS DE SALUD**



GUÍA PARA DOCENTES
“Módulo para el abordaje
integral de sobrevivientes de
violencia basada en género
desde los servicios de salud”

2026

Proyecto “Fortaleciendo el Marco de Protección
de Derechos y Respuesta Integral a las Violencias
de Género en República Dominicana”

Guía para docentes “Módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud”

Equipo consultor

Mirna Jiménez De la Rosa

Lillian Fondeur Quiñones

Equipo asesor Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

José Mordán

Jenniffer Hernández

Beanchi Dustey

Deyanira Luna

José Lucía Pérez

Equipo asesor Profamilia

Stephanie Bayast

Myrna Flores Chang

Leopoldina Cairo

Diagramación

Esteban Aquino García

 @profamiliard

Santo Domingo, D.N.

República Dominicana, abril de 2026

Guía para docentes “Módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud” esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación (AECID). El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Profamilia y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.

GUÍA PARA DOCENTES
“Módulo para el abordaje
integral de sobrevivientes de
violencia basada en género
desde los servicios de salud”

2026

Proyecto “Fortaleciendo el Marco de Protección
de Derechos y Respuesta Integral a las Violencias
de Género en República Dominicana”

Contenido

Presentación	9
Resumen ejecutivo	10
Introducción	18
Orientaciones generales para el uso de la Guía.	19
Metodología.	22

PRIMERA SESIÓN: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. Introducción y Atención Integral a Mujeres Adultas. 23

Tema I: Introducción a los conceptos básicos relacionados a la violencia basada en género (VBG) . 24

Actividad de aprendizaje 1	32
--------------------------------------	----

Tema II: Desigualdades de género, derechos humanos y violencia basada en género. 34

Desigualdades de género	34
Derechos de las Mujeres como Derechos Humanos	37
Instrumentos Jurídicos Internacionales y Nacionales de Protección de los Derechos Humanos de las Mujeres	38
Violencia Basada en Género, tipos de violencia.	42
Actividad de aprendizaje 2.	62

Tema III: Atención Integral en Salud a Personas en Situación de Violencia basada en Género según los documentos normativos nacionales 64

Identificación de casos de VBG en el ámbito de la salud	72
Su actitud puede sanar o dañar. Como personal de salud, su rol es crucial.	73

¡Cuidado con la revictimización!	73
Cuestionar: “¿Está segura?”, “¿Y usted no hizo nada?”.	73
NO HAGA ESTO	73
Consideraciones Éticas en la Atención Integral a Personas en Situación de Violencia Basada en Género	.77
Actividad de aprendizaje 3.	.79

SEGUNDA SESIÓN: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A NNA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA. Atención Culturalmente Competente y Cuidado del Personal de Salud 81

Tema IV: Protocolos nacionales de atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia 83

Actividad de aprendizaje 4.	.88
-----------------------------	-----

Tema V: Rol del personal de salud en la prevención y respuesta a la VBG 92

Rol del Personal de Salud en la Atención Legal y Denuncias de Violencia	.93
Capacidades para intervención en crisis	.95

Tema VI: Atención diferenciada y culturalmente competente. 97

Claves Relacionales: Sororidad en la Práctica Profesional	.98
Adaptación de la atención para poblaciones vulnerables..	.99
Actividad de aprendizaje 5.	101

Tema VII: Autocuidado del personal de salud ante la exposición a casos de VBG. 104

Estrategias de manejo del estrés y autocuidado.	106
Actividad de aprendizaje 6.	109

Presentación

Los talleres que se proponen en este documento constituyen la implementación de un módulo educativo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud. La ejecución de este módulo se realiza a modo de piloto en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina en el marco del proyecto “Fortaleciendo el Marco de Protección de Derechos y Respuesta Integral a las Violencias de Género en República Dominicana” liderado por Profamilia Inc.

El proyecto se propone contribuir al ejercicio pleno de los derechos humanos de personas en condiciones de vulnerabilidad y mujeres en República Dominicana a través de mejorar los conocimientos en el personal ejecutor de la ruta de atención sanitaria a sobrevivientes de Violencia basada en Género. Cuando se refiere al personal ejecutor se incluye a todo el personal de salud activo y en formación (residentes, personal médico, de enfermería, administrativo, técnico, etc.), no solo a las y los doctores. La importancia de la inclusión de todo tipo de personal se debe a que la revictimización puede ser perpetrada por cualquier eslabón de la cadena de atención.

Para el desarrollo de la presente guía se utilizó como referencia principal el documento “Género y Derechos: Texto base y Guía Metodológica para la facilitación”^[1] desarrollado en un proyecto anterior de Profamilia.

Este esfuerzo procura extender el alcance de sus resultados mediante la socialización de este módulo y la experiencia de su implementación piloto, hacia otros hospitales docentes de la Red Pública de Servicios de Salud de la República Dominicana.



1 Ramírez A., Santillán-Idoate, C. & Martínez-Bueno H. (2013) Género y Derechos: Texto base y Guía Metodológica para la facilitación. Profamilia Inc.

Resumen ejecutivo

La presente guía para docentes acompaña la implementación del **módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud**, diseñado como un proceso formativo presencial de **dos sesiones de 8 horas cada una**, dirigido al personal de salud, activo y en formación, del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, y concebido como experiencia piloto con potencial de réplica en otros hospitales docentes de la Red Pública de Servicios de Salud de la República Dominicana.

El módulo parte del reconocimiento de que la violencia que sufren las mujeres no es un hecho aislado ni accidental, sino el resultado de **desigualdades de género estructurales**, construidas socialmente y sostenidas por roles, estereotipos y relaciones de poder que colocan a las mujeres en una posición de subordinación. Estas desigualdades explican por qué la violencia basada en género afecta de manera desproporcionada a las mujeres a lo largo de su curso de vida y por qué el sector salud ocupa un lugar clave en su detección, atención y prevención.

El módulo parte del reconocimiento de que la violencia que sufren las mujeres no es un hecho aislado ni accidental, sino el resultado de desigualdades de género estructurales

Desde esta perspectiva, la guía organiza los contenidos en **dos grandes sesiones**, articulando teoría y práctica mediante **actividades de aprendizaje participativas**, que constituyen el eje central del proceso formativo.

La **primera sesión**, titulada *Violencia basada en género: introducción y atención integral a mujeres adultas*, introduce los conceptos fundamentales del módulo. A través del **Tema I**, se abordan las diferencias entre sexo y género, la construcción social de los roles y estereotipos, y su relación con la violencia. El **Tema II** profundiza en las desigualdades de género, los derechos humanos de las mujeres y los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que las protegen. El **Tema III** se centra en la atención integral en salud a personas en situación de violencia basada en género, de acuerdo con los **documentos normativos nacionales del Ministerio de Salud Pública**, incluyendo la identificación de casos, las consideraciones éticas y la prevención de la revictimización. Esta sesión incorpora actividades como análisis de casos reales, reflexión grupal y simulaciones, que permiten al personal de salud aplicar los protocolos nacionales desde un enfoque de género y derechos humanos.

La **segunda sesión** se orienta a profundizar la respuesta sanitaria en contextos de mayor vulnerabilidad. En el **Tema IV**, se trabajan de manera específica los **protocolos nacionales de atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia**, reconociendo las obligaciones diferenciadas del personal de salud frente a esta población. El **Tema V** aborda el rol del personal de salud en la prevención y



respuesta a la violencia, incluyendo la coordinación intersectorial, la atención legal y la intervención en crisis. El **Tema VI** introduce la atención diferenciada y culturalmente competente, enfatizando la necesidad de adaptar los servicios a poblaciones como adolescentes, personas migrantes, personas con discapacidad y personas LGBTQ+. Finalmente, el **Tema VII** se dedica al **autocuidado del personal de salud**, reconociendo el impacto emocional del trabajo con violencia y la importancia de prevenir el desgaste profesional mediante estrategias individuales y colectivas.

Tabla 1. Actividades de aprendizaje por tema y sección

Sesión / Tema	Nombre de la actividad	Resumen de la actividad
Sesión 1 – Tema I Introducción a los conceptos básicos relacionados a la VBG	Explorando las construcciones de género: de lo biológico a lo social	Dinámica participativa que permite diferenciar sexo y género mediante un ejercicio grupal de identificación de atributos asignados a mujeres y hombres. Promueve la reflexión crítica sobre estereotipos de género, su origen social y cómo estos contribuyen a la naturalización de desigualdades y de la violencia basada en género.
Sesión 1 – Tema II Desigualdades de género, derechos humanos y VBG	Desigualdades de género y derechos humanos	Actividad orientada a analizar cómo las desigualdades de género constituyen violaciones a los derechos humanos de las mujeres. A través del intercambio y la reflexión, se vinculan estas desigualdades con situaciones concretas de discriminación y violencia presentes en la sociedad y en los servicios de salud.
Sesión 1 – Tema III Atención integral en salud a personas en situación de VBG	Identificación de casos de violencia basada en género en el ámbito de la salud	Mediante el análisis de situaciones y casos, la actividad fortalece la capacidad del personal de salud para reconocer signos y síntomas de VBG, aplicar criterios éticos y brindar una atención inicial empática, oportuna y alineada con los protocolos nacionales vigentes.
Sesión 2 – Tema IV Protocolos nacionales de atención integral a NNA en situación de violencia	Aplicación de los protocolos nacionales de atención a niños, niñas y adolescentes en situación de violencia	Actividad enfocada en conocer y aplicar los protocolos nacionales para la atención integral de NNA en situación de violencia, enfatizando el enfoque de derechos, el interés superior del niño, la protección y la coordinación interinstitucional.
Sesión 2 – Tema V Rol del personal de salud en la prevención y respuesta a la VBG	El rol del personal de salud en la prevención y respuesta a la violencia basada en género	Espacio de reflexión y análisis sobre las responsabilidades del personal de salud en la prevención, detección temprana, intervención en crisis y acompañamiento de personas sobrevivientes de VBG, destacando la importancia del trabajo en red y la no revictimización.
Sesión 2 – Tema VI Atención diferenciada y culturalmente competente	Claves Relacionales: Sororidad en la Práctica Profesional	Actividad a fortalecer las capacidades del personal de salud en la articulación interinstitucional para la prevención, detección y atención de la violencia de género, con enfoque diferenciado y culturalmente competente.
Sesión 2 – Tema VII Autocuidado del personal de salud ante la exposición a casos de VBG	Estrategias de manejo del estrés y autocuidado	Actividad destinada a reconocer el impacto emocional del trabajo con casos de VBG y a promover estrategias de autocuidado, manejo del estrés y apoyo entre pares, como elementos clave para la sostenibilidad del trabajo del personal de salud.

La guía se sustenta en **evidencia científica y normativa** que reconoce la violencia basada en género como un grave problema de salud pública, con consecuencias profundas en la salud física, mental y social de las mujeres, tales como lesiones, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, depresión, ansiedad, estrés postraumático y riesgo de suicidio. Asimismo, retoma estándares internacionales y lineamientos nacionales que destacan que una atención inadecuada puede generar **revictimización**, mientras que una atención empática, informada y protocolizada puede convertirse en un factor clave de protección y recuperación.

En conjunto, esta guía propone un proceso formativo basado en competencias, aprendizaje experiencial y trabajo colaborativo, que busca fortalecer las capacidades del personal de salud para brindar una atención integral, humana y de calidad a mujeres y a otras personas sobrevivientes de violencia basada en género, en estricto apego a las normas y protocolos nacionales vigentes.

Ideas clave

Violencia basada en género (VBG) y su abordaje desde los servicios de salud

1. ¿Por qué una mujer sufre violencia y por qué esta violencia está “normalizada”?

- La violencia contra las mujeres **no ocurre por conflictos individuales**, sino porque existe una **desigualdad histórica de poder entre hombres y mujeres** que ha sido aprendida y reproducida socialmente desde la infancia (familia, escuela, religión, medios y servicios de salud).
- **Ejemplo sencillo para el personal de salud:** Cuando una mujer dice “él me cela porque me quiere” o “yo tengo que aguantar por mis hijos”, no está justificando la violencia: está **repitiendo lo que la sociedad le enseñó** sobre su rol de sacrificio y obediencia.
- La violencia se vuelve “normal” cuando:
 - Se considera un asunto “privado” de la pareja.
 - Se minimizan las agresiones (“solo fue un empujón”, “no fue tan grave”).
 - Se culpa a la mujer (“¿qué hiciste para provocarlo?”).
- Estudios muestran que **muchas mujeres no denuncian** porque temen represalias, sienten vergüenza o no confían en que las instituciones las protejan, lo que refuerza la invisibilidad del problema (Mirlashari et al., 2023), (Knežević, 2020).

2. Impacto de la violencia basada en género en la salud de las mujeres

- La VBG es reconocida como un **problema de salud pública**, porque afecta de forma directa y sostenida la **salud física, mental, sexual y reproductiva** de las mujeres.
- **Impactos frecuentes en salud física y sexual:**
 - Lesiones recurrentes, dolor crónico, cefaleas.
 - Embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual.
 - Complicaciones ginecológicas y obstétricas. (Shalak et al., 2023)
- **Impactos en salud mental (los más comunes):**
 - Ansiedad, depresión, insomnio.
 - Trastorno de estrés postraumático (TEPT).
 - Consumo de alcohol u otras sustancias como forma de afrontamiento. (Chadwick et al., 2023), (Laz-Figueroa et al., 2025)
- **Ejemplo sencillo para el personal de salud:** Una mujer que acude muchas veces por “dolores inespecíficos”, crisis de ansiedad o problemas de sueño puede **no estar exagerando**: su cuerpo está expresando una situación de violencia crónica que no ha podido verbalizar.

3. Signos y síntomas que deben hacer sospechar violencia de género

El personal de salud suele ser **el primer contacto institucional** de una mujer en situación de violencia, por lo que reconocer señales tempranas es clave.

- **Signos físicos frecuentes**
 - Lesiones repetidas o mal explicadas.
 - Retraso en buscar atención médica.
 - Embarazos no planificados de repetición.
 - Dolor pélvico crónico sin causa clara. (Leone et al., 2019)
- **Signos psicológicos y conductuales**
 - Ansiedad, tristeza persistente, llanto fácil.
 - Miedo excesivo o hipervigilancia.
 - Baja autoestima, culpa constante.
 - Conductas evasivas o silencio ante preguntas simples. (Keynejad et al., 2024)



- **Signos en la relación con el acompañante**

- La pareja responde por ella.
- No la deja estar sola con el personal.
- Controla sus decisiones o minimiza sus síntomas.
- **Ejemplo sencillo para el personal de salud:** Si una mujer parece nerviosa cuando se le pregunta si se siente segura en casa, **esa incomodidad ya es una señal clínica**, aunque no haya moretones visibles.

La violencia basada en género **no es un problema privado ni aislado**, sino una **expresión de desigualdad estructural** que impacta gravemente la salud de las mujeres. El personal de salud tiene un rol clave para **identificar señales, evitar la revictimización y abrir una puerta segura a la atención integral**, tal como promueve el módulo formativo utilizado como base de este documento.

Conducta a seguir ante un caso de violencia basada en género desde los servicios de salud

1. Garantizar una atención segura, empática y sin juicios

La primera respuesta del personal de salud es determinante: una actitud empática, respetuosa y libre de cuestionamientos evita la revictimización y facilita la revelación de la violencia.

Se debe **escuchar, creer y validar** a la mujer, evitando frases que minimicen o cuestionen (“¿está segura?”, “¿por qué no se fue antes?”).

¿Qué hacemos en este caso?

Cuando una mujer admite que es víctima de violencia basada en género → Escuchar y decir: *“Lamento que estés pasando por esto. No es tu culpa y aquí queremos ayudarte”*.

La literatura muestra que un entorno sanitario empático **aumenta la probabilidad de revelación y continuidad en la atención**, mientras que respuestas incrédulas o moralizantes refuerzan el silencio (Mirlashari et al., 2023).

2. Identificar y valorar integralmente la situación

El personal de salud debe **sospechar VBG ante signos físicos, psicológicos o conductuales**, aun cuando la mujer no verbalice violencia explícitamente.



La valoración debe ser **integral**, considerando:

- Riesgo inmediato para la vida.
- Impacto físico, mental, sexual y reproductivo.
- Presencia de hijas, hijos u otras personas dependientes.

¿Qué hacemos en este caso?

Mujer con consultas repetidas por ansiedad, insomnio o dolor crónico → preguntar de forma privada y cuidadosa por su seguridad en casa.

Estudios en servicios de salud muestran que muchos casos de VBG se manifiestan inicialmente como síntomas inespecíficos o de salud mental (Chadwick et al., 2023), (Leone et al., 2019).

3. Priorizar la seguridad y atender las necesidades inmediatas de salud

La seguridad de la mujer es prioritaria: si hay riesgo vital, se deben activar los mecanismos de emergencia disponibles.

Se debe brindar atención médica completa, incluyendo:

- Tratamiento de lesiones.
- Atención en salud mental.
- Atención en salud sexual y reproductiva cuando corresponda.

¿Qué hacemos en este caso?

Si la mujer teme regresar a su casa → el personal debe **conocer y activar la red institucional** (unidades de atención integral, casas de acogida, líneas de emergencia).

La OMS y múltiples estudios coinciden en que tratar solo la lesión física **sin abordar la seguridad y la salud mental** perpetúa el daño (Shalak et al., 2023).

4. Registrar adecuadamente y respetar la confidencialidad

- El **registro clínico claro, objetivo y respetuoso** es parte del abordaje integral y puede ser clave para procesos legales posteriores.
- El registro debe:
 - Evitar juicios de valor.
 - Usar las palabras de la sobreviviente cuando sea posible.
 - Respetar estrictamente la confidencialidad.

Una documentación adecuada mejora la continuidad de la atención y la protección legal de las sobrevivientes (Ali, 2023).

5. Informar, orientar y derivar sin imponer decisiones

- El rol del personal de salud **no es obligar a denunciar**, sino:
 - Informar derechos y opciones.
 - Facilitar el acceso a la red de apoyo.
 - Respetar las decisiones de la mujer.

¿Qué hacemos en este caso?

Explicar rutas de atención, apoyo psicológico y legal, y dejar claro que puede decidir cuándo y cómo usarlas.

Evidencia científica:

Las intervenciones centradas en la autonomía de la mujer se asocian con mejores resultados en salud y recuperación (Keynejad et al., 2024).

La conducta adecuada ante la VBG **no requiere ser especialista**, sino actuar con **empatía, enfoque de derechos, atención integral y conocimiento de la red de apoyo**, entendiendo que cada contacto en salud puede ser la **única oportunidad segura** para una mujer en situación de violencia.

Introducción

La violencia basada en género (VBG) constituye uno de los problemas de salud pública más relevantes a nivel mundial y en la República Dominicana, debido a su alta prevalencia y a las profundas consecuencias que genera en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y de otras personas en condiciones de vulnerabilidad a lo largo de su curso de vida. No se trata de hechos aislados ni de conflictos individuales, sino de una manifestación de desigualdades estructurales de género que han sido construidas y reproducidas socialmente mediante normas culturales, relaciones de poder y estereotipos que legitiman el control y la subordinación.

Desde el campo de la salud, comprender la violencia basada en género implica reconocerla como un determinante social crítico de la salud, con impactos que pueden manifestarse de manera aguda —como lesiones físicas o crisis emocionales— y también de forma crónica, a través de dolor persistente, trastornos de salud mental, complicaciones ginecológicas y obstétricas, enfermedades cardiovasculares, conductas de riesgo y mayor mortalidad. Asimismo, la exposición a violencia tiene efectos intergeneracionales, afectando el desarrollo y la salud futura de niños, niñas y adolescentes que viven en entornos violentos.

La atención a la violencia basada en género no es una función adicional ni opcional dentro de los servicios de salud, sino parte integral de la responsabilidad ética y profesional del personal sanitario

El sistema de salud ocupa una posición estratégica en la respuesta a la violencia basada en género. En muchos casos, el personal sanitario constituye el primer —y a veces el único— contacto institucional para una persona sobreviviente. Cada consulta representa una oportunidad para identificar señales de violencia, ofrecer apoyo seguro y activar mecanismos de protección. La evidencia muestra que una atención empática, informada y libre de revictimización puede convertirse en un factor decisivo para la seguridad, la recuperación y el acceso a derechos, mientras que una respuesta inadecuada puede profundizar el daño y el silencio.

En este sentido, la atención a la violencia basada en género no es una función adicional ni opcional dentro de los servicios de salud, sino parte integral de la responsabilidad ética y profesional del personal sanitario. Brindar una atención basada en el enfoque de género, derechos humanos e interseccionalidad contribuye no solo a la protección de las personas sobrevivientes, sino también al fortalecimiento de sistemas de salud más humanos, equitativos y de calidad.

Esta guía ha sido elaborada con el propósito de acompañar a docentes y facilitadores en el desarrollo de procesos formativos que fortalezcan las competencias del personal de salud para la prevención, detección y atención integral de la violencia basada en género, promoviendo prácticas clínicas y relacionales que reconozcan la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas atendidas.



Orientaciones generales para el uso de la Guía

Esta guía ha sido diseñada para apoyarle en la facilitación de talleres dirigidos al personal de salud, con el objetivo de fortalecer sus capacidades para el **abordaje integral de personas sobrevivientes de violencia basada en género (VBG)**.

Estas orientaciones buscan ser un apoyo práctico y sencillo para que pueda utilizar este material con confianza y eficacia.

1. Conozca la estructura de la guía

La guía está organizada en **dos sesiones principales**, cada una con temas y actividades de aprendizaje:

- **Primera sesión:** Introduce los conceptos básicos de género, desigualdad, derechos humanos y violencia basada en género. Incluye un resumen del protocolo nacional de atención integral en salud.
- **Segunda sesión:** Aborda protocolos específicos para Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), la atención culturalmente competente y el **autocuidado del personal de salud**.

Cada tema incluye:

- **Contenido teórico:** Información esencial escrita en un lenguaje claro.
- **Actividades de aprendizaje:** Dinámicas grupales prácticas (análisis de casos, reflexiones) para aplicar los conocimientos.
- **Ideas clave:** Resúmenes al final de cada actividad que destacan los puntos más importantes.

2. Prepare el taller con anticipación

- **Lea la guía completa antes de facilitar:** Familiarícese con los contenidos y actividades. No es necesario ser un experto o experta en género, sino tener claros los conceptos básicos que se presentan.
- **Revise los materiales necesarios:** Cada actividad lista los recursos requeridos (pizarra, marcadores, tarjetas, casos de estudio). Prepárelos con antelación.

- **Consulte los anexos y documentos oficiales:** La guía hace referencia a normas y protocolos nacionales (ej. Ley 24-97, protocolos del MSP). Tenga a mano los enlaces y documentos resumidos en los anexos para aclarar dudas.

3. Facilite con un enfoque práctico y seguro

- **Usted es un facilitador o facilitadora, no un profesor o profesora:** Su rol es guiar la reflexión y el aprendizaje colectivo, no solo transmitir información. Las actividades están diseñadas para que el conocimiento surja de la experiencia y el debate del grupo.
- **Cree un ambiente de confianza y respeto:** Muchos contenidos pueden generar opiniones diversas o tocar experiencias personales. Recuerde al grupo la importancia de escuchar sin juzgar y de mantener la confidencialidad.
- **Utilice el lenguaje de la guía:** Los conceptos (género, interseccionalidad, revictimización) están explicados de manera sencilla. Apóyese en estas definiciones para evitar confusiones.
- **No necesita tener todas las respuestas:** Si surge una pregunta compleja, puede decir: *“Es una pregunta muy importante. Volvamos a la guía para revisar juntos lo que propone”*, o *“Podemos investigar eso en los protocolos oficiales del MSP”*. El objetivo es aprender en conjunto.

4. Aproveche las actividades de aprendizaje

Las actividades son el corazón de los talleres. Para facilitarlas con éxito:

- **Siga las instrucciones paso a paso:** Cada actividad tiene un objetivo, tiempo estimado, materiales e instrucciones claras.
- **Gestione el tiempo:** Respete los tiempos sugeridos para asegurar que se cubran todos los temas.
- **Promueva la participación:** Invite a todas las personas a compartir sus ideas. Si alguien es más tímido, puede hacer preguntas directas pero amables.
- **Enfatice las “Ideas clave”:** Al final de cada actividad, lea o pida a un participante que lea este resumen. Esto ayuda a fijar los aprendizajes más importantes.

5. Recuerde el perfil de las y los participantes

- **Son profesionales de la salud:** Valore su experiencia práctica y relacione los contenidos con situaciones reales que ellos y ellas enfrentan en sus servicios de salud.

- **Pueden tener poco conocimiento previo sobre género:** Sea paciente con los conceptos nuevos. Use los ejemplos y casos de la guía, que están contextualizados en el ámbito sanitario.
- **El autocuidado es fundamental:** La última actividad de la guía está dedicada al bienestar del equipo. Tómese el tiempo para realizarla completa. Un personal de salud cuidado puede ofrecer una mejor atención.

Usted no está solo o sola en este proceso. Esta guía es su herramienta principal y está diseñada para que cualquier profesional de la salud, con compromiso y preparación, pueda usarla efectivamente. **Su labor es crucial para transformar la atención a las personas sobrevivientes de violencia y construir servicios de salud más humanos, empáticos y libres de discriminación.**

Esta guía ha sido elaborada con el propósito de acompañar a docentes y facilitadores en el desarrollo de procesos formativos que fortalezcan las competencias del personal de salud para la prevención, detección y atención integral de la violencia basada en género

Metodología

El diseño de este taller sobre atención integral a la violencia basada en género para personal de salud se fundamenta en una metodología pedagógica basada en competencias.

Se espera que al finalizar este módulo de capacitación el personal pueda brindar atención integral, basada en un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad, a mujeres en cualquier etapa de su curso de vida que sean sobrevivientes de violencia basada en género, garantizando una respuesta efectiva, empática y segura desde los servicios de salud, en apego a las normativas y protocolos nacionales vigentes.

Promueve el aprendizaje significativo a través de la reflexión crítica, la aplicación práctica y el trabajo colaborativo

Se trata de un proceso participativo y experiencial, que promueve el aprendizaje significativo a través de la reflexión crítica, la aplicación práctica y el trabajo colaborativo. Se combinan exposiciones conceptuales con actividades interactivas, como análisis de casos, debates, simulaciones y ejercicios grupales, fomentando la integración de conocimientos teóricos con habilidades prácticas. Además, se incorporan los enfoques de género, interseccional y de derechos humanos, garantizando que las y los participantes desarrollen competencias para brindar una atención empática, informada y culturalmente competente. La evaluación del aprendizaje se realiza mediante una prueba pre y post taller, junto con la observación de la participación activa y el desempeño en actividades prácticas, asegurando un proceso formativo integral y orientado a la mejora de la calidad en la atención a sobrevivientes de violencia.





PRIMERA SESIÓN: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.

Introducción y Atención Integral a Mujeres Adultas

Competencia: *El personal de salud aplica el protocolo nacional reconociendo las múltiples formas de discriminación (edad, etnia, discapacidad, etc.) en simulaciones de atención inicial a mujeres adultas, con enfoque de género y derechos humanos.*



Duración: 8 horas

Actividad	Evaluación inicial
Objetivo de aprendizaje	Identificar el punto de partida respecto a conocimientos y actitudes del personal de salud sobre el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud
Tiempo estimado	15 minutos
Materiales	Cuestionario inicial impreso
Instrucciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entregue a cada participante un cuestionario y pídale que lean atentamente cada enunciado y señalen la opción CORRECTA 2. Con la entrega del cuestionario se explica los posibles tipos de respuestas. 3. Recoja el cuestionario y guárdelo explicando a los y las estudiantes que lo volverán a utilizar al final de la unidad

TEMA I: INTRODUCCIÓN A LOS CONCEPTOS BÁSICOS RELACIONADOS A LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG) ^[2]

Las características anatómicas y fisiológicas que identifican a las personas como del sexo femenino o del sexo masculino pueden clasificarse en hormonales, genéticas, cromosómicas y genitales

Todas las personas nacemos con un sexo biológico a partir del cual se nos designa como del sexo femenino o del sexo masculino.

Sexo: Es el conjunto de características biológicas y genéticas presentes en los sistemas, funciones y procesos de los cuerpos humanos, es decir, el sexo es un conjunto de características con las que se nace.

Las características anatómicas y fisiológicas que identifican a las personas como del sexo femenino o del sexo masculino pueden clasificarse en hormonales, genéticas, cromosómicas y genitales. Siendo que el sexo se ubica en el campo de la biología, éste es una condición que no se elige y tampoco puede modificarse sin contar con la intervención de la ciencia médica. El género por el contrario es un concepto social.

² Resumen construido a partir del documento “Género y Derechos: Texto base y Guía Metodológica para la facilitación” del Instituto Especializado de Estudios Superiores de la Policial Nacional desarrollado con el apoyo de la Asociación Pro-bienestar de la Familia – Profamilia.

Género: Conjunto de valores socialmente construidos que dan lugar a la concepción de “lo femenino” y “lo masculino” basados en el sexo asignado al nacer. El género se adquiere en el proceso de socialización de las personas desde el momento en que nacen.

A través del género la sociedad transforma la sexualidad biológica de las personas en diferencias sociales. Cada cultura y sociedad determina las responsabilidades, pautas de comportamiento y funciones diferentes que deben cumplir hombres y mujeres; las relaciones de género tienen por tanto una base cultural. Es un hecho social e histórico y por consiguiente el género es cambiante, sufre modificaciones acordes con los cambios sociales que experimenta cada conglomerado humano en un tiempo y espacio determinado.

A través del género la sociedad transforma la sexualidad biológica de las personas en diferencias sociales

El género es una **categoría analítica** que revela cómo las diferencias biológicas se convierten en desigualdades sociales, políticas y económicas.

El concepto de género evolucionó desde la mirada de las diferencias físicas entre hombres y mujeres, hacia referirse a las diferencias de comportamientos y roles sociales. Esta transformación conceptual ha sido fundamental para demostrar que las diferencias entre hombres y mujeres no son “naturales”, sino construidas socialmente. Los aportes en las ciencias sociales de John Money (1955) y Robert Stoller (1968) contribuyeron a consolidar este enfoque. Pensadoras como Simone de Beauvoir (1949) y Kate Millett (1969) revelaron cómo el patriarcado convierte estas diferencias en desigualdades, mientras Gayle Rubin (1975) y Joan Scott (1986) mostraron que el género es un sistema de poder que organiza toda la vida social. Esta mirada es fundamental en salud: cuando una mujer u otra persona de un colectivo en condiciones de vulnerabilidad sufre violencia, no es un hecho aislado, sino el resultado de un entramado de normas que justifican el control sobre su cuerpo y sus decisiones.

En 1975, Gayle Rubin (antropóloga), define por primera vez la categoría **sistema sexo-género**, describiéndolo como *“el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”*.

Actualmente la categoría sexo-género es una importante herramienta de análisis de las ciencias sociales que permite comprender y cuestionar los valores y creencias

que fundamentan las relaciones de subordinación y dominación existentes entre las personas justificadas por su sexo. La comprensión de los factores que intervienen en la construcción de las desigualdades de género contribuye a identificar y establecer nuevas relaciones humanas que erradiquen la discriminación hacia las mujeres.

A través de la asignación de género se impone a hombres y mujeres una manera distinta de comportarse, de pensar y sentir. Podemos decir entonces que: sexo no es igual a género, y género no es igual a mujer. El género es una categoría relacional que explica la construcción social de la diferencia entre hombres y mujeres. De tal manera que la expresión “violencia de género o basada en género, o discriminación de género” se está haciendo referencia a las desigualdades o discriminación que enfrentan las mujeres por pertenecer al género ubicado en posición de subordinación respecto al otro género: al masculino.

Podemos decir entonces que: sexo no es igual a género, y género no es igual a mujer.

Esta división de lo masculino y lo femenino a partir de las diferencias biológicas es uno de los principales fundamentos de la organización de la vida social y la participación de las personas en los procesos productivos y reproductivos. De acuerdo con esta división, las actividades productivas, asignadas a los hombres, se realizan en el espacio público y las reproductivas, atribuidas a las mujeres, en el espacio privado (el hogar).

En este contexto resulta pertinente definir a qué se llama feminidad y masculinidad. **Las feminidades** son el conjunto de atributos, roles y expectativas socialmente construidos asociados a las mujeres a lo largo de su curso de vida en una cultura determinada. En la mayoría de las sociedades, tradicionalmente estos incluyen estereotipos^[3] (como la pasividad o el cuidado exclusivo del hogar) que limitan su autonomía y acceso a derechos, aumentando su vulnerabilidad a violencias basadas en género. Es una categoría histórica y cultural que ha sido utilizada para justificar la subordinación de las mujeres. Su deconstrucción es clave para avanzar hacia sociedades igualitarias.

En ese mismo orden, **las masculinidades** son construcciones sociales y culturales dinámicas que definen lo que significa “ser hombre” en un contexto específico. Incluyen normas, roles, comportamientos e identidades asociados a los hombres, muchas de las cuales pueden perpetuar desigualdades de género o violencia cuando

³ Estereotipos: una imagen o idea simplificada y generalizada sobre un grupo de personas, que se asume como “verdad” sin considerar diferencias individuales. Los estereotipos suelen ser rígidos, perpetuarse culturalmente y generar prejuicios.

se basan en estereotipos de dominación. Las normas tradicionales de masculinidad (como la supresión de emociones o la asociación entre hombría y agresividad) son barreras para la igualdad de género y deben transformarse.

La identidad de las personas como hombres y mujeres responde a una construcción social; por consiguiente, las características que definen la masculinidad y la feminidad no son naturales, sino culturales y aprendidas. Pero **eso no significa que exista una sola identidad femenina y una sola masculina** puesto que en la conformación de la identidad participan otras condiciones como edad, clase social, orientación sexual, entre otras. El modelo hegemónico o dominante de feminidad y masculinidad responde a un contexto determinado, por ello cambian de una cultura a otra, de unas épocas a otra, incluso de unas mujeres a otras o de unos varones a otros.^[4]

Esta diferencia ha definido el estatus social de mujeres y hombres, en tanto se ha atribuido mayor valor a lo público, concebido como el espacio de la política y de interés general; este es el espacio en donde se producen las mercancías que poseen un valor monetario en el mercado. Mientras en el ámbito privado es donde se realiza el **trabajo de cuidado** que, a pesar de su importancia en la reproducción de la vida, a 2025 para la casi totalidad de países carece de valor monetario, no tiene valor de cambio en el mercado, aunque sí un valor de uso. Ese trabajo no reconocido por la economía, no retribuido y no recompensado es realizado casi de manera exclusiva por las mujeres.

Como resultado de esas diferencias en el posicionamiento de unas y otros en las esferas pública y privada, **las relaciones de género** se constituyen como **relaciones de poder y dominación** de los hombres hacia las mujeres y las personas de la diversidad sexogenérica.

Las identidades masculina y femenina, construidas a partir de los estereotipos de género impiden el reconocimiento de hombres, mujeres e intersexuales como seres humanos con iguales posibilidades y capacidades para pensar, sentir o hacer, independientemente de las diferencias físicas.

De una generación a otra se transmiten esos imaginarios estereotipados gracias a la **socialización**. Que es el proceso de convivencia de las personas, mediante el cual quienes integran una sociedad aprenden y transfieren experiencias que permiten la reproducción del sistema social. En el proceso de socialización las personas desarrollan las habilidades y prácticas aceptadas socialmente.

La identidad de las personas como hombres y mujeres responde a una construcción social; por consiguiente, las características que definen la masculinidad y la feminidad no son naturales, sino culturales y aprendidas

4 Larrauri, Maite (1993). Citada en: Mayobre Rodríguez, Purificación (s,f). *La construcción de la identidad personal en una cultura de género*.

Durante ese proceso los seres humanos suelen ser formados desde una mirada binaria como masculinos y femeninos, aprenden a desarrollar las actitudes consideradas como adecuadas para cada género y a reprimir aquellas que no coinciden con lo establecido. Es decir, la **socialización de género** es el proceso por el cual se aprende, se interioriza, comprende y aceptan las normas, creencias y valores colectivos que cada cultura dicta como lo adecuado para cada sexo.

En esta guía, cuando se habla de **roles de género** se refiere a las acciones, las funciones y normas que la sociedad establece sobre cómo debe actuar y sentir una persona dependiendo si es socializada como mujer o como hombre.

Desde la infancia y durante toda la vida, las personas están expuestas a los mensajes que refuerzan y reproducen los roles de género a través de las instituciones sociales o **espacios de socialización de género**, como la familia, la escuela, los medios de comunicación, la iglesia, el Estado, etc.

Los modelos establecidos en la familia tradicional presentan una clara jerarquía entre hombres y mujeres

La familia es la primera institución en donde la niñez aprende a relacionarse con el entorno, por ello no es fácil cuestionar o modificar lo que se enseña en ese espacio. Los modelos establecidos en la familia tradicional presentan una clara jerarquía entre hombres y mujeres en la que el padre es “la cabeza de la familia” y por consiguiente toma las decisiones más relevantes, tiene el control de los recursos y la mayor autoridad sobre el resto de los integrantes de la familia, incluyendo a las mujeres adultas.

En la familia se enseñan juegos diferentes a los niños y a las niñas. Los juegos y juguetes de estas últimas están relacionados con la maternidad, las tareas de cuidado de los demás, las labores domésticas o el cuidado de la apariencia de acuerdo con los parámetros de belleza femenina imperante en el contexto sociocultural. A los niños se les enseñan juegos con reglas basadas en la fuerza, la destreza de motricidad gruesa, vinculadas al uso de la fuerza y demostración de valentía.

Mientras a las niñas se les enseña a ser tiernas, maternales y emotivas, a los niños se les enseña e impone la represión de la expresión de sentimientos de ternura, miedo o amor, al tiempo que se sobrevalora en ellos las características de la racionalidad e independencia emocional.

Y el nacimiento de una persona intersexual desconcierta a las familias que sienten la obligación de criar en base a un patrón binario (femenino/masculino) en el que la persona, que físicamente no es ni mujer ni hombre, no encaja.

Por igual, en el currículo escolar (el explícito y el oculto⁵) se reproducen los estereotipos diferenciados por género. En la escuela se promueven y potencian capacidades y habilidades distintas entre los niños y las niñas. A las niñas se les orienta hacia el interés por las carreras vinculadas al cuidado y roles subordinados, mientras a los niños se les incentiva hacia las ciencias, las ingenierías, las tecnologías y las matemáticas (STEM). Ese tipo de actitudes junto al aprendizaje de contenidos en los cuales las figuras femeninas se presentan con roles disminuidos como en la historia, reproducen y reafirman los **estereotipos de género**⁶. En la medida en que los estereotipos de género son ideas preconcebidas sobre “lo que corresponde hacer o sentir a las mujeres” y “lo que corresponde hacer o sentir a los hombres”, esas ideas se convierten en prejuicios y a su vez en discriminación contra quienes no cumplen con ellos. La cultura dominante premia a quienes cumplen las normas establecidas y castiga a quienes no lo hacen.

Los estereotipos de género no sólo atribuyen cualidades contrarias a hombres y mujeres, también valoran de forma distinta un mismo comportamiento humano, dependiendo si es un hombre o una mujer quien lo asume o protagoniza. Ejemplo:

Cuando alguien se comporta de manera...	Si es niña se dice que es...	Si es niño se dice que es...
Activa	Nerviosa	Inquieto
Insistente	Terca	Tenaz
Sensible	Delicada	Afeminado
Desenvuelta	Grosera	Seguro de sí mismo
Obediente	Dócil	Débil
Introvertida	Tímida	Piensa bien las cosas
Audaz	Impulsiva, actúa sin pensar	Valiente

Tomada de: Vázquez, Norma. El ABC del género. Asociación equipo maíz. Citada en: Gasteiz, Vitoria (2008). Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades. Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer

5 Currículo explícito: es aquel que está desarrollado en los diferentes documentos oficiales: proyecto educativo, proyecto curricular, reglamento, programaciones. Está por lo tanto planificado consciente y voluntariamente. Currículo oculto: Son aquellas facetas de la educación que influyen en el aprendizaje sin que quienes participan en el proceso educativo sean conscientes ni de su transmisión ni de sus efectos. No está planificado ni reglado.

6 Estereotipos de género: creencias fijas sobre cómo deben ser, actuar o pensar hombres y mujeres según su sexo biológico, asignándoles roles, capacidades y limitaciones basadas en normas sociales (no en hechos). Refuerzan desigualdades y justifican la violencia.

Estos estereotipos no son inocuos; se traducen en roles de género específicos que asignan espacios, responsabilidades y valor social diferencial. Tradicionalmente, a las mujeres se les han asignado los **roles reproductivos** (trabajo doméstico, cuidado y educación de los hijos e hijas, mantenimiento del hogar y relaciones familiares), los cuales, a pesar de ser esenciales para la reproducción de la vida, carecen de reconocimiento social y económico. A los hombres, por el contrario, se les han asignado los **roles productivos** (elaboración y comercialización de bienes, servicios y recursos para el sustento familiar), que se desarrollan en el espacio público y están monetizados.

Esta división se refleja y perpetúa en el **mercado laboral** a través de dos fenómenos: la **segregación horizontal** (división de ocupaciones en “femeninas” -como enfermería o trabajo doméstico- y “masculinas” -como construcción o ingeniería-) y la **segregación vertical** (concentración de hombres en puestos de mayor jerarquía y salario, incluso dentro de un mismo campo). Como resultado, las mujeres suelen obtener menores salarios por trabajo de igual valor y enfrentan mayores obstáculos para acceder a puestos de liderazgo, además de cargar con la doble jornada laboral (productiva y reproductiva).

Las mujeres suelen obtener menores salarios por trabajo de igual valor y enfrentan mayores obstáculos para acceder a puestos de liderazgo

El **lenguaje** es otro poderoso mecanismo de socialización de género. Al utilizar el masculino como genérico universal, se **invisibiliza** a las mujeres como sujetas sociales copartícipes del desarrollo histórico, reforzando la idea de que lo masculino es la norma y lo femenino la excepción. Esta desvalorización sistemática de lo femenino obstaculiza la construcción de una autoestima positiva en las mujeres y refuerza su subordinación.

Como señala Marcela Lagarde (1994), para el género femenino, “el ser mujer significa la omnipotencia de ser para los otros y la impotencia de ser para sí mismas”. Frente a esto, surgen movimientos que promueven **nuevas masculinidades**, comprometidas con la deconstrucción de la masculinidad tradicional (basada en el poder, la supresión emocional y la agresividad), la asunción igualitaria de las responsabilidades de cuidado, la lucha activa contra la violencia de género y la promoción de modelos de hombres sensibles, pacíficos y cuidadores.

En los medios de comunicación se difunde una imagen de la mujer como objeto sexual, cuyo cuerpo es parte de la propaganda para la venta de mercancías, o bien la divulgación del comportamiento de sumisión como el ideal de mujer. En ese

comportamiento (sumisión y mercancía sexual) se basan las expectativas de la sociedad respecto a todas las mujeres. Para el hombre las expectativas sociales son de poder, rudeza, violencia y autoritarismo.

El trabajo es también una actividad humana que ha sido dividido en razón del género. Las tareas asignadas a hombres y mujeres suelen ser distribuidas de manera distinta, o con diferentes niveles de responsabilidad, en espacios y con recursos distintos para su realización, además con diferencias sobre el control de los beneficios que se generan de sus actividades laborales.

El trabajo es también una actividad humana que ha sido dividido en razón del género. Las tareas asignadas a hombres y mujeres suelen ser distribuidas de manera distinta, o con diferentes niveles de responsabilidad

En todos estos espacios de socialización de género el elemento común, al margen del contexto en que se desarrollan, es la asignación a las mujeres de las tareas relacionadas con el cuidado de las demás personas (crianza de los hijos e hijas, el sustento emocional de quienes integran el hogar, el cuidado de personas enfermas, envejecientes, etc.), así como las tareas necesarias para el cuidado de esas personas y la reproducción de la fuerza de trabajo: limpiar, cocinar, lavar, etc.

Por otra parte, los roles asignados al género masculino, como se ha mencionado líneas arriba, conllevan el trabajo que se realiza en el espacio público, el trabajo que genera ingresos o bienes para la venta en el mercado. Esta función “tradicionalmente” ubica a los hombres como los principales proveedores de los bienes materiales que requiere la familia para su sustento.

Resultado de la socialización de género, se otorga a los hombres poder sobre la vida de las mujeres, lo que suele legitimar y justificar que tomen decisiones por ellas, que controlen sus cuerpos, su tiempo y sus recursos. En otras palabras, es la socialización de género la que determina la subordinación del género femenino al dominio y poder del género masculino.

A través de la imposición de los roles y estereotipos de género se reproducen las diferencias entre hombres y mujeres, pero además se establecen y justifican la discriminación y opresión de las mujeres y cualquier persona que no se apegue a los mandatos del patriarcado^[7].

7 Ver anexo

Interseccionalidad¹⁸: es un marco analítico para comprender cómo diversos aspectos de la identidad social y política (como el género, la raza, la clase, la sexualidad, la discapacidad, etc.) se interconectan y se experimentan de manera simultánea, creando modos específicos de discriminación y marginalización.

Incorporar esta perspectiva implica analizar cómo los estereotipos de género (por ejemplo, la idea de que “las mujeres toleran naturalmente el sufrimiento”) invisibilizan casos de VBG o retrasan intervenciones oportunas. La OPS destaca que el personal de salud debe cuestionar sesgos propios y sistémicos, ya que estos influyen en la calidad de la atención, desde el diagnóstico hasta el seguimiento.

La OPS/OMS ha propuesto como meta eliminar disparidades en salud derivadas de normas de género injustas, especialmente en mujeres, personas LGBTQ+ y otros grupos marginalizados.

Revictimización: Daño adicional causado por una atención inadecuada a una víctima de violencia.

Sobreviviente: Término referido a una víctima de violencia que ha logrado ser resiliente por que ha logrado reparar los daños resultantes de su experiencia de violencia.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 1

Actividad	Explorando las construcciones de género: De lo biológico a lo social
Objetivos de aprendizaje	<p>Analizar críticamente la diferencia entre sexo y género, reconociendo los actores sociales que influyen en la construcción de roles y estereotipos, para fomentar una mirada desnaturalizada de las identidades. Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distinguir entre sexo (atributos físicos) y género (roles aprendidos). 2. Identificar estereotipos asociados a lo masculino/femenino y su origen sociocultural. 3. Reflexionar sobre cómo instituciones (familia, Estado, religión) reproducen normas de género. 4. Promover pensamiento crítico frente a la naturalización de desigualdades.
Tiempo estimado	60 minutos

8 Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics [Desmarginalizando la intersección de raza y sexo: Una crítica feminista negra a la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y las políticas antirracistas]. University of Chicago Legal Forum, *1989*(1), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>

Actividad	Explorando las construcciones de género: De lo biológico a lo social
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pizarra o papelógrafos ▶ Marcadores ▶ Tarjetas de colores
Instrucciones	<p>Divida la pizarra en dos partes. En un lado escriba la palabra mujer y en el otro, la palabra hombre. O coloque en una misma pared dos papelógrafos uno con cada palabra.</p> <p>En frente, organice a las personas en dos filas con la misma cantidad de participantes y entregue un marcador a quien encabeza cada fila.</p> <p>Explique que se trata de una carrera de relevos, en la que el marcador tiene el rol del “testigo”. Cada participante deberá escribir una cualidad o característica que corresponda a las mujeres o a los hombres, según la fila que le haya tocado. Para ganar el grupo debe cumplir con dos criterios: terminar primero y lograr el mayor número de aciertos.</p> <p>Al concluir la escritura, conduzca una reflexión colectiva a modo de corrección de lo escrito por cada grupo utilizando la pregunta ¿Existen mujeres / hombres que tienen esta característica? De esa manera se evidencia que las únicas características realmente diferentes entre mujeres y hombres son las biológicas y que estas corresponden al sexo; mientras que las características socialmente aprendidas es lo que se conoce como género y pueden estar presentes en cualquier persona independientemente de su sexo. También es un buen momento para explicar el concepto de estereotipos, estereotipos de género y desnaturalizar la justificación de desigualdades sociales en base a diferencias biológicas.⁹</p> <p>Posteriormente inducir una reflexión grupal a través de las siguientes preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuáles diferencias existen entre lo que hoy se considera «apropiado» para hombres o mujeres y como era en la época de su abuela? ▶ ¿Dónde los seres humanos aprendemos lo que consideramos «apropiado» para hombres o mujeres? ▶ Escriba en una pizarra o en papelógrafos las palabras: Escuela, Hospital, Familia y Medios de comunicación. Pida a las y los participantes que escriban en los papeles de colores ejemplos de cómo se expresan y se transmiten los estereotipos de género en estos espacios y los peguen debajo de cada palabra. Anime una reflexión respecto a qué se puede hacer para lograr que en esos espacios se transmitan imaginarios que promuevan la igualdad entre mujeres y hombres.

9 Ejemplo de cómo las ciencias de la salud han estado permeadas de los estereotipos de género: Eliot, L., Ahmed, A., Khan, H., & Patel, J. (2021). Dump the “dimorphism”: Comprehensive synthesis of human brain studies reveals few male-female differences beyond size. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 667-697. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.02.026>

Actividad	Explorando las construcciones de género: De lo biológico a lo social
Ideas clave	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Sexo es biológico; Género es una construcción social. ▷ La sociedad asigna roles y estereotipos diferentes y desiguales a hombres y mujeres. ▷ Lo femenino se asocia al espacio privado y al cuidado (devaluado). ▷ Lo masculino se asocia al espacio público y la producción (valorado). ▷ Esta división crea relaciones de poder que subordinan a las mujeres. ▷ La socialización (familia, escuela, medios, lenguaje) perpetúa estas desigualdades. ▷ La interseccionalidad explica cómo el género se cruza con otras opresiones (raza, clase). ▷ Romper estos mandatos es clave para la igualdad y la erradicación de la violencia.

TEMA II: DESIGUALDADES DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Desigualdades de género

La causa de las desigualdades entre hombres, mujeres e intersexuales no está en las diferencias sexuales, sino en la socialización de género que crea identidades en base a una visión binaria, a partir de las cuales se sobrevaloran los roles asignados a los hombres y se subvaloran los asignados a las mujeres. Es así como las diferencias se transforman en desigualdades y éstas en discriminación.

Las desigualdades en los roles de género ubican a las mujeres en situación de desventaja social, política, económica y cultural respecto a los hombres. Es decir, las diferencias de género a partir de los estereotipos de género determinan la posición subordinada de las mujeres dentro de la estructura social. Aunque el género no es la única característica que explica el escaso poder que poseen las mujeres—pues intervienen otras categorías como raza, clase social, etnia, preferencia sexual y condición de salud— en general, el pertenecer al género subordinado sin duda influye en las numerosas barreras políticas, institucionales y económicas que las mujeres deben enfrentar para ocupar posiciones de poder en la sociedad.

La discriminación contra las mujeres representa negación o restricción de sus derechos y limitación de las oportunidades para su desarrollo individual y colectivo. El grado en

que afecte a cada mujer depende de las condiciones específicas de su contexto. La discriminación contra las mujeres constituye una violación de derechos humanos y es un importante obstáculo para la construcción de sociedades justas y democráticas.

La discriminación se expresa de múltiples maneras:

- La discriminación económica, que explica las desigualdades de ingresos y menores oportunidades de las mujeres para obtenerlos, menor acceso a recursos productivos, la dependencia económica y la doble o triple jornada de trabajo, falta o disminuido control y disfrute de la riqueza que genera su trabajo.
- La discriminación social que se evidencia en menor acceso y disfrute de derechos sociales como alimentación, vivienda, educación y salud.
- La discriminación jurídica e institucional, en virtud de la cual se desconocen y/o no se protegen derechos a las mujeres en igualdad de condiciones que a los hombres.
- La discriminación cultural que ubica a las mujeres en situación de mayor desventaja y vulnerabilidad de sus derechos, como la mutilación genital, o frente a situaciones de riesgo como contraer el VIH o ser víctimas de violencia. Este tipo de discriminación contra las mujeres la desvalorización económica y social asignada al trabajo doméstico y de cuidados realizado mayoritariamente por mujeres.
- La discriminación en el campo político que se manifiesta en las mayores limitaciones de las mujeres para acceder y ocupar espacios de toma de decisión. De igual manera, la posición de subordinación de las mujeres determina la menor participación y en cargos menos importantes en comparación con los hombres en las instituciones sociales, económicas, religiosas.

Las instituciones de salud reproducen también las desigualdades de género. En República Dominicana dichas inequidades se evidencian en los siguientes datos:

1. La segregación de género en el sector salud dominicano se manifiesta tanto en la distribución de las ocupaciones (tabla 1) como en los espacios de toma de decisiones. Por un lado, se observa segregación horizontal, ya que las mujeres — que representan más del 80 % del personal sanitario según el Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud (MISPAS, 2025) — se concentran principalmente en profesiones vinculadas al cuidado. Por otro lado, también se evidencia segregación vertical, pues a pesar de esta mayoría femenina en la fuerza laboral, las principales instituciones del sector salud y de la seguridad social vinculada a la salud están actualmente encabezadas por hombres.

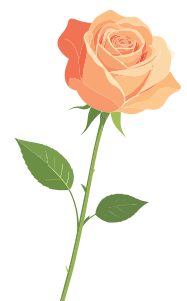


Tabla 1. República Dominicana: Dotación de personal por tipo de cargo y sexo en el Servicio Nacional de Salud, 2019

Categorías de cargos	Diciembre	Porcentaje de mujeres
Enfermeras auxiliares	11,187	95.1%
Enfermeras profesionales	4,708	97.3%
Médicos	17,759	69.3%
Otro personal de apoyo diagnóstico	38	92.1%
Otro personal sanitario	506	60.5%
Personal de bancos de sangre	33	93.9%
Personal de imágenes	780	54.4%
Personal de laboratorio	2,724	96.3%
Personal de nutrición	122	91.0%
Personal de odontología	2,487	82.6%
Personal farmacéutico	1,356	88.9%
Personal gerencial, técnico y administrativo	21,731	66.8%
Promotores de salud	2,767	85.6%
Psicólogos	570	88.4%
Total	66,768	77.4%

Fuente: Servicio Nacional de Salud (2019). Sección de Estadísticas y Producción de Servicios, Tablas métricas de Recursos Humanos; Repositorio de información y estadísticas de servicios de salud. En <https://repositorio.sns.gob.do/estadisticas-y-produccion/#39-106-wpfd-tablas-metricas-de-recursos-humanos>

2. Segregación vertical por género, verificada en el menor acceso de las mujeres que los hombres a puestos de dirección de las instituciones de salud y de organización gremial. En República Dominicana desde 1908 hasta 2025 de 48 nombres que han ocupado la máxima autoridad del hoy Ministerio de Salud Pública, solo una ha sido mujer (2%). En el caso del SNS y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) desde su creación en 2015 y 2005, respectivamente, ambas instituciones han sido dirigidas solo por hombres. Y aunque apenas representa casi una cuarta parte (28.6 %), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) ha tenido la mayor participación femenina como máxima autoridad. (Ver detalles en anexos)



Derechos de las Mujeres como Derechos Humanos

Lo que llamamos Derechos Humanos son un conjunto de condiciones mínimas inseparables de la naturaleza humana que tienen como base el respeto a la dignidad, la no discriminación y el acceso a oportunidades.

Su disfrute les corresponde a todas las personas por igual, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional, posición económica, orientación o identidad sexual, o cualquier otra condición.

Los Derechos Humanos comparten una serie de características: universalidad, integridad, indivisibilidad, imprescriptibilidad, interdependencia e inalienabilidad. Y aunque suelen presentarse como neutrales, su implementación refleja y refuerza relaciones de poder que privilegian al hombre heterosexual, blanco y económicamente estable como modelo universal, excluyendo a quienes no encajan en este paradigma, lo que ha demandado luchas sociales transformadoras para ampliar su alcance.

Los Derechos Humanos comparten una serie de características: universalidad, integridad, indivisibilidad, imprescriptibilidad, interdependencia e inalienabilidad

En el ámbito de la salud, estos recorridos históricos tienen implicaciones profundas. Las mujeres han enfrentado violaciones específicas a sus derechos, como la negación de su autonomía reproductiva, el trato condescendiente o la atribución de sus síntomas a estereotipos de género. De igual modo, las personas de la diversidad sexual han sido víctimas de prácticas como las “terapias de conversión”, la patologización de sus identidades, la negación de atención o la falta de adaptación de los servicios a sus necesidades reales.

Aunque, por la condición de mujeres, se ha logrado el reconocimiento de algunos derechos específicos relacionados con la protección de la maternidad y la salud reproductiva, la mayoría de lo que llamamos derechos de las mujeres son los mismos derechos humanos universales revisados críticamente desde un enfoque de género, y en base a los principios de igualdad y no discriminación.

De esta manera, las mujeres tienen derecho a:^[10]

- vivir una vida libre de violencia y de discriminaciones de cualquier tipo,
- vivir en un sistema social en el que no existan relaciones desiguales de poder basadas en el género
- ser valoradas y educadas sin estereotipos de conductas y prácticas basadas en conceptos de inferioridad y subordinación entre los sexos
- contribuir al desarrollo y bienestar de la sociedad, participar en igualdad de condiciones que los hombres en la vida política, económica, social, cultural o de cualquier otra índole, disfrutando así de los derechos humanos universales.
- En el ámbito de la salud, ganan especial relevancia los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. (Ver declaración en anexo)

Instrumentos Jurídicos Internacionales y Nacionales de Protección de los Derechos Humanos de las Mujeres

Instrumentos internacionales

Los derechos humanos de las mujeres reconocidos en convenciones o tratados en los cuales la República Dominicana es Estado-Parte, adquieren carácter de Ley y por tanto son de aplicación directa e inmediata de manera obligatoria para todos los organismos e instituciones del Estado.

Los consensos, pactos, declaraciones y demás acuerdos internacionales que no tienen carácter vinculante para la legislación nacional, pero en los cuales el Estado ha participado y firmado su aceptación implican un fuerte compromiso ante la comunidad internacional y especialmente frente a la sociedad dominicana.

A continuación, se enumeran instrumentos jurídicos internacionales que tienen carácter vinculante, se comparten los enlaces para acceder a estos y se resaltan aspectos relacionados con la salud:

En el marco del Sistema universal de protección de Derechos humanos

- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)–conocida por CEDAW, por sus siglas en inglés-. Ejemplos de artículos sobre salud:

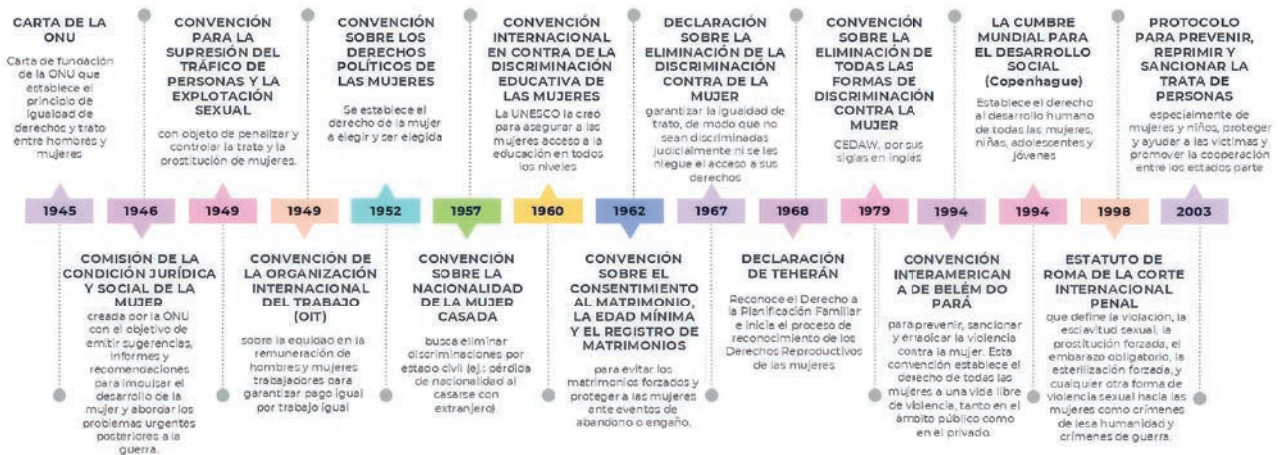
10 PNUD, América Latina Genera, gestión del conocimiento para la igualdad de género. Ídem.

- Art. 12: Exige eliminar la discriminación en servicios de salud (incluyendo planificación familiar y atención obstétrica).
- Art. 16: Derecho a decidir libremente sobre reproducción.
- La Relatora Especial sobre la Violencia contra las Mujeres y las Niñas (1994). Ejemplos con Enfoque en salud:
 - Informes destacan que la violencia de género es un problema de salud pública, y que abordan la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica
 - Recomienda a los Estados:
 - Capacitar al personal de salud en detección temprana de VBG.
 - Prohibir procedimientos médicos sin consentimiento (ej.: episiotomías rutinarias).
- El Protocolo Facultativo de la CEDAW (1999): Mecanismo clave que permite a mujeres denunciar violaciones a sus derechos sanitarios ante la ONU si el Estado no responde.
 - En el marco del Sistema regional Interamericano.
- La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará, 1994). Ejemplos de artículos sobre salud:
 - Art. 4: Derecho a vivir libre de violencia, incluyendo violencia obstétrica y denegación de atención.
 - Art. 7: Obliga a los Estados a modificar prácticas culturales que dañen la salud de las mujeres (ej.: matrimonio infantil).



En la imagen 1 se muestra una línea de tiempo con la Trayectoria del reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en el Derecho Internacional de Derechos Humanos.

HISTORIA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL



Instrumentos Nacionales

El marco jurídico nacional tiene en la **Constitución de la República** su instrumento de mayor rango. Previo a la Constitución de 1963, ninguna otra había reconocido derechos específicos a las mujeres, considerando sus necesidades e intereses específicos derivados de su condición de género. Este avance fue revertido con el golpe de Estado al gobierno del presidente Juan Bosch y desde entonces la Carta Magna, promulgada en 1966 y que sustituyó la de 1963, fue modificada en varias ocasiones, pero ninguna incluyó el reconocimiento de derechos fundamentales que requieren de particular protección para que las mujeres pudieran ejercerlos en igualdad de condiciones que los hombres.

En el año 2010 se conquistaron reformas importantes en la constitución vigente de las que se aportan detalles en la sección de anexos. En general, la carta magna da el reconocimiento (aún parcial) de las mujeres como sujetas de derechos y protagonistas históricas del desarrollo social de la nación.

De manera específica, la **Ley 24-97 sobre Violencia contra la Mujer e Intrafamiliar** constituye el instrumento jurídico más importante con que cuenta el país para hacer frente al grave problema de violencia contra las mujeres por su condición de género.

Posteriormente a la Ley 24-97 sobre Violencia Intrafamiliar, el Estado Dominicano ha aprobado un conjunto de disposiciones legales de distinta naturaleza para enfrentar la discriminación contra las mujeres y la consecuente violencia que se ejerce contra ellas por su condición de género.

Pese a los esfuerzos desarrollados por el Estado, la violencia basada en género continúa prevaleciendo en proporciones alarmantes en nuestra sociedad. La causa de dichas limitaciones remite fundamentalmente a la débil voluntad política para impulsar con carácter prioritario la intervención pública en las causas reales del problema, en lugar de enfocarse en los efectos. Los distintos estudios y evaluaciones identifican una intervención parcial, desarticulada y de reducida cobertura. Como resultado de ello se verifican altos niveles de tolerancia e impunidad que se traducen en alarmantes cifras de feminicidios, violaciones sexuales y otros actos de violencia contra las mujeres (niñas, adolescentes, adultas y envejecientes) y de la diversidad sexo genérica.

Ante esta situación, en el año 2011 un conjunto de instituciones de Estado y de la sociedad civil formularon el proyecto de Ley Orgánica para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. El proyecto de Ley sobre violencia contra las mujeres (VCM) asume un enfoque de integralidad que aborda este problema como una violación de derechos humanos, que requiere por tanto de la intervención del Estado. Este proyecto perimió en el Congreso Nacional, y aún en el 2025 no ha podido cursar de manera efectiva su proceso para convertirse en ley, a pesar de los esfuerzos sistemáticos del Movimiento Feminista y de Mujeres y de algunas congresistas e instituciones gubernamentales y de educación superior.

El Estado dominicano cuenta desde 2001 con un **Modelo Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar**, que promueve la descentralización de las acciones y el aprovechamiento de los recursos del Estado y de la comunidad a través de las Unidades de Atención Integral a víctimas de violencia de género, intrafamiliar y delitos sexuales de que dispone el país, en un abordaje integral y multidisciplinario que provee a las sobrevivientes de todos los servicios especializados requeridos en un mismo espacio.

Además, establece las Redes Locales, definidas como “un espacio que convoca a las diferentes instancias del barrio, municipio o provincia, responsables de dar a poyo a las personas agredidas”. Otro recurso disponible bajo la tutela del Ministerio de la Mujer son las Casas de Acogidas o refugios, creadas por la Ley 88-03, con el propósito de brindar protección a las mujeres sobrevivientes de violencia, junto a sus hijos e hijas. Asimismo, el Ministerio de la Mujer estableció la Línea de Emergencia para atender denuncias de violencia contra las mujeres.

Pese a los esfuerzos desarrollados por el Estado, la violencia basada en género continúa prevaleciendo en proporciones alarmantes en nuestra sociedad

Existe además un Centro de Mujeres Sobrevivientes de Violencia Doméstica, encargado de la asistencia psicológica y terapéutica de las víctimas que van saliendo de la ruta crítica de la violencia doméstica. República Dominicana también cuenta con el Centro de Intervención Conductual para Hombres, ubicado en el Distrito Nacional y que trabaja con el aprendizaje de la nueva masculinidad.



Entre las instituciones con responsabilidad en materia de violencia contra las mujeres destaca, además del Ministerio de la Mujer, la Procuraduría General de la República, institución responsable de ejercer la acción penal pública, la investigación de los hechos punibles, la representación y defensa del interés público y social, así como la vigilancia y cumplimiento de las normas del debido proceso legal; garantizando la protección de las víctimas y los testigos, y el respeto de los derechos humanos. Al interior de esta institución, en 2006 se estableció una Procuraduría Adjunta para Asuntos de la Mujer que a la fecha derivó a una Dirección de Violencia de Género.

Violencia Basada en Género

Tipos de violencia

Para la antropóloga argentina Rita Segato, (2003) ^[11] la violencia juega un papel fundamental en la reproducción de las estructuras de poder que caracterizan el modelo de sociedad que impera en la actualidad. No se trata de expresiones simples de odio, si no de un sistema ordenado, una maquinaria bien aceiteada para garantizar el mantenimiento del poder en las manos que lo tienen: hombres, ricos, blancos, heterosexuales.

Se inspira en los postulados de Carole Pateman (1993) ^[12] para analizar las relaciones de poder entre iguales y de estos con quienes consideran inferiores, los otros. Asumiendo que hay diversos criterios que suelen ser utilizados para categorizar a las personas y condicionar y normalizar las relaciones desiguales de poder.

En este orden, explica la existencia de dos ejes en que se disputa el poder y que se cruzan de forma perpendicular. Si se imagina la sociedad como un mapa que representa dos calles que se encuentran entre sí formando un ángulo recto, como una cruz (+), en la calle que queda en horizontal se representa el eje de los “pares”. En este eje se representan las personas que el sistema considera “iguales”. Entre ellos, hay rivalidad y competencia, pero también alianzas para mantener su posición.

11 Segato, R. L. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos (1.ª ed.). Prometeo Libros. Páginas 253-259.

12 Pateman, Carole (1993), O Contrato Sexual, San Pablo, Paz e Terra [traducción al castellano: El contrato sexual, Barcelona y México, Anthropos/UNAM, 1995] citado en Segato, R. L. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos (1.ª ed.). Prometeo Libros.

Mientras que la calle en vertical simboliza eje de “los otros”. Aquí se visualiza quienes son vistos como diferentes o inferiores. Este eje no es de competencia, sino de dominio directo: los de arriba (poder) oprimen a los de abajo. El centro del cruce es donde se decide quién tiene poder y quién no.

Si colocamos en este mapa un análisis de la realidad utilizando como criterios la identidad de género y la orientación sexual, los hombres serían representados en el eje horizontal; entre ellos pueden competir por quién es más “macho”, pero si uno es heterosexual y otro homosexual, la heteronorma los coloca en lugares distintos atribuyendo una jerarquía inferior a los que no se ajustan a la norma. En el eje vertical, en este ejemplo, quedarían las mujeres; respecto a ellas, los hombres no compiten, sino que las dominan. Peor aún: Una mujer lesbiana sufre en ambos ejes a la vez (machismo + homofobia). Otra forma de leer el plano construido por Segato se evidencia en estos ejemplos: un hombre blanco rico está en la parte alta de ambos ejes y una mujer indígena pobre está en la parte baja de ambos.

La violencia basada en género es un fenómeno que ocurre en todas las sociedades, aunque sus manifestaciones presentan diferencias derivadas del contexto histórico, social, cultural, económico y político.

La violencia basada en género no es una simple agresión; no se trata de un evento aislado, implica un patrón de agresiones de diferente naturaleza

La violencia basada en género no es una simple agresión; no se trata de un evento aislado, implica un patrón de agresiones de diferente naturaleza que si no es detenido tiene un comportamiento incremental que llega a los extremos del feminicidio.

El reconocimiento de este tipo de violencia como una forma extrema de discriminación y como una violación de derechos humanos es relativamente reciente (1993), fruto del esfuerzo y la presión continuada de movimientos y organizaciones de mujeres y feministas de todo el mundo, principalmente en la última década del siglo pasado.

La Declaración de Viena de 1993, adoptada en el marco de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos hizo un llamamiento a la eliminación de la violencia por motivos de género e impulsó la adopción, en ese mismo año, de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las mujeres, que fue el primer instrumento internacional que estableció formalmente que la violencia contra de las mujeres era una violación de derechos humanos. La Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995) se hicieron eco de este posicionamiento y recogieron compromisos

de los Estados participantes para su erradicación. Además, en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, dadas las terribles consecuencias que tiene sobre su bienestar físico y mental, y los elevados costos que lleva asociados.

Concepto de Violencia Basada en Género y Violencia contra las Mujeres

Se atribuye a las Naciones Unidas la definición de la violencia basada en género como *“cualquier acto lesivo basado en relaciones de poder desiguales dirigido contra personas o grupos de personas en función de su género, identidad o expresión de género u orientación sexual”*.^[13] Desde esta conceptualización, la Violencia contra las Mujeres resulta la más frecuente de las violencias basadas en género.

Al amparo de estos instrumentos internacionales se ha avanzado en la aprobación de estándares internacionales y de normativa estatal, y cada vez son más las políticas y programas aprobados para su combate. La violencia que sufren las mujeres ha dejado de ser un tema privado, un asunto doméstico, y ha pasado a convertirse en un problema público de primer orden, al que los Estados deben prestar atención prioritaria. Sin embargo, continúan existiendo desafíos en su aplicación, en especial en lo que se refiere a la prevención, protección y acceso a la justicia por parte de mujeres y niñas que la sufren, siendo inaceptables los altos índices de impunidad que aún la rodean.

La violencia basada en género debe comprenderse como un determinante social crítico de la salud, ya que se origina en desigualdades estructurales de poder entre hombres y mujeres

La violencia basada en género debe comprenderse como un determinante social crítico de la salud, ya que se origina en desigualdades estructurales de poder entre hombres y mujeres y produce efectos directos y acumulativos sobre el bienestar físico, mental y social de las personas afectadas. Desde esta perspectiva, la violencia no constituye únicamente un evento puntual o un conflicto interpersonal, sino un patrón de control y dominación que se sostiene en normas sociales, culturales e institucionales que naturalizan la subordinación de las mujeres y otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Reconocer la violencia basada en género como un fenómeno estructural permite al personal de salud comprender mejor sus manifestaciones clínicas, evitar interpretaciones individualizantes y asumir un rol activo en su prevención, detección y atención integral.

13 Ríos-Bellagamba, L., & Mendoza, M. (2021, noviembre 22). ¿Qué es la violencia basada en género?: Llamemos a la violencia por su nombre [Blog del Banco Interamericano de Desarrollo]. ¿Y si hablamos de igualdad? <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/llamemos-a-la-violencia-por-su-nombre/>

En todo caso, la violencia de género persistirá en tanto no se elimine la discriminación y se equilibren las relaciones de poder entre mujeres y hombres, algo que requiere cambios culturales que eliminen prejuicios y estereotipos contruidos sobre la idea de inferioridad de las mujeres.

Causas de la Violencia Basada en Género

Las raíces de la violencia de género contra las mujeres se cimentan en las relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres, y en una desigualdad estructural que coloca a las mujeres en una posición de subordinación; de ahí la importancia de reconocer el vínculo existente entre la violencia contra las mujeres y la discriminación que sufren por razón de género.

Retomando a Rita Segato^[14], si interpretamos el mapa social en que las calles se cruzaban, independientemente de si se utiliza el cruce de criterios o la lectura por ejes, las personas que tienen el poder usan la violencia en sus diferentes expresiones como una especie de tributo para marcar la diferencia y que nadie **se salga de su “lugar”**. La violencia que tiene como origen las diferencias de género es un mecanismo de control para garantizar el statu quo que subordina a las mujeres y las personas de las diversidades sexo genérica ante la “autoridad” masculina.

Al ser analizada respecto al eje vertical, la violencia basada en género cumple funciones de control de las mujeres y de castigo para aquellas que transgreden el mandato de género; pero además sirve para “elevar” el estatus entre pares, en el eje horizontal, al funcionar como un **mensaje** ante los otros hombres. De esa manera la violencia basada en género juega un doble papel para reforzar el orden patriarcal.

Las normas, valores y estereotipos de género a través de los cuales hombres y mujeres somos socializados constituyen mandatos de masculinidad y feminidad

Las normas, valores y estereotipos de género a través de los cuales hombres y mujeres somos socializados constituyen mandatos de masculinidad y feminidad que colocan al hombre en el centro de la sociedad y alimentan las posibilidades de ejercer y padecer algún tipo de violencia.

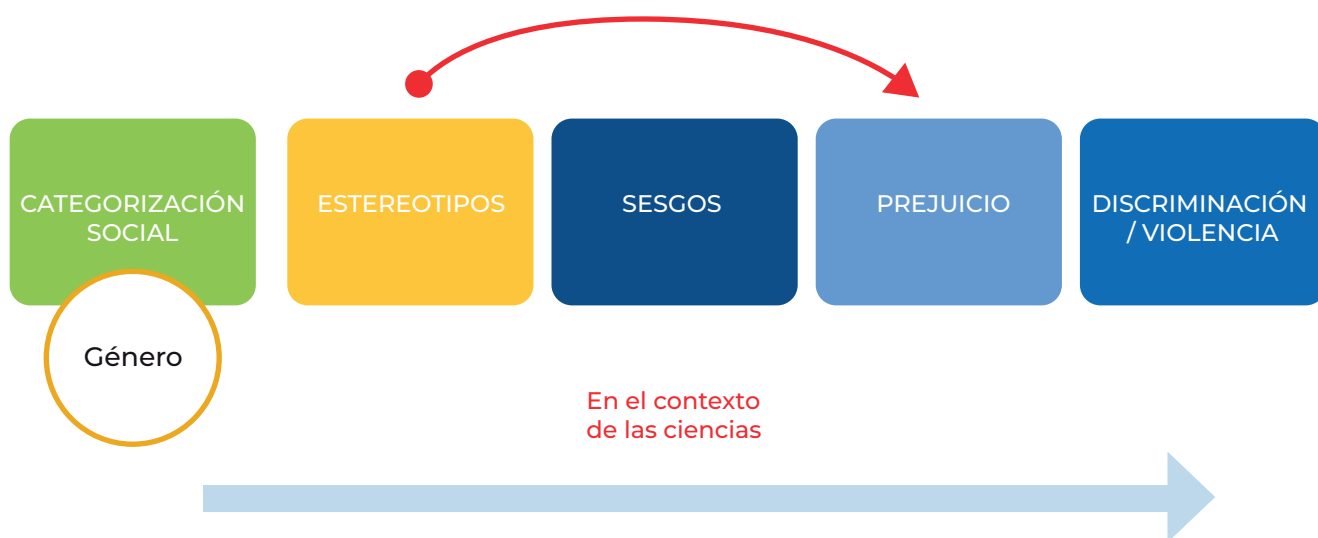
La competitividad, la fuerza, el control y la agresividad se incentivan en los modelos de masculinidad hegemónica, frente a los de feminidad que construyen identidades débiles, sumisas, despojadas del derecho a decir “no”, y consagradas al servicio de los otros.

14 Segato, R. L. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos (1.ª ed.). Prometeo Libros.

Esa socialización diferenciada crea y mantiene relaciones subordinadas de poder entre mujeres y hombres, que se trasladan a todas las esferas de la vida de tal manera que la desigualdad termina convirtiéndose en algo estructural, y favoreciendo la práctica de la violencia contra las mujeres y la impunidad de quienes la ejercen.

Las ciencias no están exentas de la influencia de los estereotipos de género en el proceso de análisis “objetivo” de la realidad. Las comillas a la palabra objetivo no son una casualidad. Pensadoras como Harding (1996) cuestionan esa pretendida objetividad de las ciencias que ignora “*la influencia del género del sujeto cognoscente, junto con la carga valórica que trae consigo quien investiga*”. El sexismo presente en quienes hacen ciencia ha dado origen a conclusiones sesgadas que han servido de justificación o generado herramientas para múltiples expresiones de violencia basada en género.

Ilustración 0-1. Esquema de las causas de la discriminación, tomando como referencia la categoría de análisis social “Género”.



Fuente: Adaptación del esquema presentado por Cayulef, M.G. (2025). *Feminismo como una propuesta epistemológica. Diplomado en Género y Desafíos Sociales: Perspectivas interdisciplinarias de la Universidad Católica del Norte, Sede Coquimbo.*

“La violencia contra la mujer es a la vez un medio de perpetuación de la subordinación de las mujeres y una consecuencia de su subordinación” [15]

15 Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del Secretario General (2006): Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. A/61/122/Add.1

Violencias interseccionales

Las personas no solo sufren discriminación por razones de género, también experimentan otras formas de subordinación derivadas de ideologías basadas en la dominación y supremacía, como el racismo, el clasismo o la heteronormatividad ^[16], que generan sus propios patrones de discriminación.

La violencia contra las mujeres resulta de la concurrencia de multiplicidad de factores de discriminación en el contexto general de desigualdad; por ello resulta conveniente ampliar el foco del análisis de manera que comprenda no solo las relaciones de género, sino las relaciones de poder desiguales en general. El reconocimiento de esas discriminaciones múltiples y simultáneas que pueden confluir en una misma persona permite comprender mejor la intersección entre los distintos tipos de violencia: violencia por razón de género, violencia racial, violencia de clase social o violencia heteronormativa, entre otras, y acercarse más a la complejidad del problema.

“Las relaciones de dominación son múltiples y se interrelacionan, lo cual somete a las mujeres a distintas capas de desigualdad y a diferentes tipos de violencia”. ^[17]

A la hora de analizar la violencia que sufren las mujeres es importante no disociar los distintos elementos que constituyen sus identidades múltiples subordinadas; al contrario, es necesario prestar especial atención a cómo se relacionan esos elementos entre sí y cómo construyen una nueva opresión potenciada, que va más allá de la simple acumulación de dominación y discriminaciones. De otra manera, el análisis aparecería fragmentado y sería difícil entender por qué, por ejemplo, las mujeres emigrantes, pobres, que tienen un estatus jurídico irregular, apenas denuncian las agresiones sexuales sufridas mientras ofrecen servicios como trabajadoras domésticas, aun existiendo mecanismos y oportunidades para hacerlo.

La interseccionalidad es un enfoque que permite entender, por un lado, la multiplicidad y la simultaneidad de las discriminaciones que sufren las mujeres, y las asimetrías de posición y poder que a consecuencia de ello se crean entre las propias mujeres; y por otro, la manera en que la intersección de esos ejes de desigualdad condiciona tanto los niveles de vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia, como la forma en que ellas la viven, y la protección y atención que reciben del Estado.

16 Heteronormatividad: Conjunto de las relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza y se reglamenta en nuestra cultura y las relaciones heterosexuales idealizadas se institucionalizan y se equiparan con lo que significa ser humano. (Michael Warner)

17 Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias (2004). Integración de los derechos humanos y la perspectiva de género: la violencia contra la mujer. Disponible en <https://www.refworld.org/es/ref/infortem/cdhonu/2003/es/133502?prevPage=/es/node/133502>

La multiplicidad de elementos que constituyen nuestras identidades, entre ellos el género, explica la aparición de asimetrías de poder entre las mujeres, al igual que ocurre entre los hombres, resultado de la superposición de estos elementos; las concreciones en cada mujer de las posibilidades de experimentar o no otros factores de opresión además del género van construyendo una cierta superioridad de unas mujeres respecto a otras. Así, por ejemplo, una mujer blanca, con un alto nivel económico y con estudios superiores se encuentra en una posición privilegiada respecto a otra mujer pobre y analfabeta. Como indican los estudios, la violencia alcanza a todo tipo de mujeres, sin que una posición más acomodada sea un salvoconducto protector ante el agresor, pero sin duda, la manera en que una y otra mujer vivirá esa violencia presentará diferencias, que se traducirán tanto en las posibilidades de reacción, como de recuperación. En definitiva, aunque las distintas violencias infringidas a las mujeres constituyen para todas ellas una violación de sus derechos humanos, la manera en que las sufren y las enfrentan varía.

Como indican los estudios, la violencia alcanza a todo tipo de mujeres, sin que una posición más acomodada sea un salvoconducto protector ante el agresor

Algunos instrumentos internacionales, como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las mujeres o la Convención Belém do Pará, muestran una especial preocupación por ciertos grupos de mujeres a las que identifican como particularmente vulnerables a la violencia, al concurrir en ellas al menos dos categorías de opresión y discriminación.

El informe del secretario general de la ONU de 2006 ^[18] ofrece algunos datos que evidencian el incremento de la vulnerabilidad y de la posibilidad de sufrir algún tipo de violencia cuando, además de ser mujer, concurren otros factores de riesgo como origen étnico, situación migrante, edad, orientación u opción sexual, estado civil, discapacidad, viviendo con VIH o SIDA, clase social, etc. El nivel de vulnerabilidad va aumentando a medida se suman más factores (niña, pobre, migrante, de minoría étnica, analfabeta).

A continuación, se recogen algunos de ellos, que permiten ejemplificar cómo la intersección de discriminaciones tiene su impacto en la violencia:

- Distintos estudios evidencian que las mujeres pertenecientes a determinados grupos étnicos tienen mayores posibilidades de sufrir violencia que el resto de mujeres: especialmente alarmantes son los resultados de un estudio sobre las mujeres indígenas australianas que concluyó que tenían una probabilidad

18 Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del Secretario General (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. <https://docs.un.org/es/A/61/122/Add.1>

28 veces mayor que el resto de mujeres no indígenas de ser internadas en un hospital a consecuencia de una agresión; o el de las mujeres de castas inferiores en la India que sufren elevadas tasas de agresión sexual a manos de hombres de castas superiores.

- Las mujeres adultas mayores con frecuencia son sometidas a formas particulares de violencia, que van desde abusos físicos o psicológicos hasta la explotación financiera por parte de miembros de la familia o personas encargadas del cuidado.
- Estudios documentan casos de mujeres con una orientación u opción sexual diversa que han sido violadas, casadas en contra de su voluntad, forzadas a recibir tratamientos de “deshomosexualización” o “terapias de conversión”, recluidas en hospitales psiquiátricos e incluso asesinadas.
- Más de la mitad de las mujeres con discapacidad, frente a la tercera parte de las mujeres que no la tienen, han sufrido abusos físicos, ya sea por parte de familiares, personas responsables de su cuidado o extraños.
- El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados advierte de la mayor vulnerabilidad de las mujeres refugiadas y desplazadas a sufrir algún tipo de violencia, en particular la violación y el rapto, tanto durante la huida como en los campamentos de refugiados y en los países de asilo. Los agresores son otros hombres refugiados, miembros de grupos de resistencia, y personal militar y humanitario.



Ámbitos y tipos de violencia contra las mujeres

La violencia basada en género y la violencia contra las mujeres pueden manifestarse de diferentes formas o tipos: física, psicológica o emocional, sexual, económica o patrimonial y simbólica.

Tipo de violencia	Descripción
Violencia física	<p>Cualquier acción u omisión que cause daño corporal, sufrimiento físico o muerte (golpear, empujar, quemar, herir con objetos cortopunzantes o con armas de fuego, quemar, atar, mutilar, lanzar objetos, dar patadas, etc.).</p> <p>La violencia física por omisión implica, por ejemplo, la negación de alimentos o medicinas.</p> <p>La violencia física suele dejar huellas, aunque no siempre resultan visibles, como ocurre con ciertas lesiones internas.</p>
Violencia psicológica, emocional o verbal	<p>Cualquier acción u omisión que tenga la intención de denigrar, menoscabar la autoestima, o causar un daño emocional o psíquico.</p> <p>Constituyen manifestaciones de esta forma de violencia las amenazas y coacciones, insultos, manipulaciones, humillación en público, control de tiempos y relaciones sociales, sustracción o destrucción de objetos personales o de valor sentimental, chantaje, aislamiento social, etc.</p>
Violencia sexual	<p>“Todo acto de naturaleza sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción, amenaza o fuerza, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.”^[19]</p> <p>Esta definición abarca:</p> <p>Violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo o esterilización coercitivos.</p> <p>Acoso sexual, explotación sexual y trata con fines sexuales.</p> <p>Actos cometidos mediante coerción (no solo física, sino también psicológica, económica o institucional).</p>
Violencia económica o patrimonial	<p>Cualquier acción u omisión ejercida con la intención de perjudicar la autonomía económica y la supervivencia de la víctima.</p> <p>Se concreta, por ejemplo, en la negación a proveer los recursos necesarios para el mantenimiento del hogar (impago de pensión alimenticia), destrucción de bienes de la sociedad conyugal, prohibición de realizar trabajos remunerados, despojo de recursos o bienes propios de la víctima, chantaje económico, etc.</p>

¹⁹ Naciones Unidas. (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General (A/61/122/Add.1). <https://undocs.org/A/61/122/Add.1>

Tipo de violencia	Descripción
Violencia simbólica	<p>Pierre Bourdieu (1991) la define como una forma de violencia indirecta que naturaliza desigualdades a través de discursos, normas culturales o representaciones (ej. estereotipos de género en publicidad, culpabilización de víctimas de violencia sexual).</p> <p>La ONU ^[20] señala que la violencia simbólica sustenta discriminaciones estructurales.</p>
Violencia vicaria	<p>Acto u omisión que genera afectación o daño físico, psicológico, emocional, patrimonial o de cualquier otra índole a un descendiente, ascendiente o dependiente económico de la víctima, cometido por parte de quien mantenga o mantuvo una relación afectiva o sentimental con la misma. ^[21]</p> <p>En este tipo de violencia existe una historia previa de maltrato y surge, de forma particularmente cruel, tras una separación o divorcio. Usualmente puede ser extrema, que concluye en el asesinato, secuestro y desaparición de hijos/as; o cotidiana, con la cual los padres aprovechan las visitas, la custodia compartida o exclusiva, y todo contacto para continuar el daño contra la víctima. ^[22]</p>

Los distintos tipos de violencia contra las mujeres señalados pueden ejercerse de forma aislada o combinada en uno o varios de los ámbitos de interacción social: la familia y los espacios íntimos, la comunidad y las instituciones, los medios de comunicación, el ciberespacio, en tanto se reconoce que estas violencias también pueden ser perpetradas por el Estado a través de sus agentes y políticas.

El feminicidio es la expresión extrema de la violencia contra las mujeres. Es la muerte violenta de una mujer por razones asociadas a su género, es el último eslabón de una cadena de discriminación y violencias que sufren algunas mujeres.

A diferencia de otros homicidios donde el género de la víctima es irrelevante (incluso en casos en los que la víctima también es una mujer), el feminicidio está motivado por el sexismo y la misoginia del homicida. Puede ser clasificado en distintos tipos que se detallan en los anexos.

20 Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW). (2017). *General Recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating General Recommendation No. 19* (CEDAW/C/GC/35). https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35

21 Congreso del Estado de México. (2022, 10 de junio). Decreto Número 60 por el que se reforma y adiciona la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México. Gaceta del Gobierno del Estado de México. <https://legislacion.legislativoedomex.gob.mx/storage/documentos/asuntos/iniciativas/295-INIC-COD-CIVIL-LINARES-PVEM.pdf>

22 Sonia Vaccaro. (2025, mayo 21). Violencia vicaria: Cuando el daño a los hijos/as (O seres amados) se convierte en arma contra las mujeres. UN Women – Colombia. <https://colombia.unwomen.org/es/stories/noticia/2025/05/violencia-vicaria-cuando-el-dano-a-los-hijos-o-seres-amados-se-convierte-en-arma-contra-las-mujeres>

El feminicidio “*Es una expresión de violencia que tiene distintas manifestaciones según el espacio social en que ocurra y los rasgos del perpetrador, ya sea parte de una pareja o expareja en el espacio privado, o como punto final de la violencia sexual en el ámbito público*”. [23]

Trata de mujeres: La trata de personas es un fenómeno en crecimiento, favorecido por el actual contexto de globalización y por los altos niveles de impunidad que lo rodean.

Las mujeres víctimas de trata son *“socialmente rechazadas, pero masivamente utilizadas; “invisibles” debido a la clandestinidad que les rodea*

La trata de personas, según el artículo 3 del Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños (2000) [24], *“es la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”*.

Aunque las víctimas de esta forma moderna de esclavitud pueden ser tanto hombres como mujeres, lo cierto es que el 80% de las víctimas son mujeres y niñas [25], algo propiciado por ciertos estereotipos de género que conducen a su objetivación sexual, como por otros que refuerzan su rol de servicio a los demás.

Las mujeres víctimas de trata son *“socialmente rechazadas, pero masivamente utilizadas; “invisibles” debido a la clandestinidad que les rodea; absolutamente indefensas, desprotegidas y extorsionadas en todos los aspectos, y hasta puntos difícilmente soportables”* [26].

La trata debe ser diferenciada del tráfico ilícito de personas, que se refiere a acciones de migración ilegal en las que quien decide migrar y quien trafica acuerdan unos servicios y el correspondiente pago. Pero incluso existiendo un acuerdo, la negociación para alcanzarlo no se produce nunca de igual a igual, menos aún en el caso de

23 CEPAL (2007). ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b74f326e-ce65-4c12-9d81-c436a42524f6/content>

24 Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Disponible en <https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/2000/es/23886>

25 CEPAL (2009). ¡Ni una más! Del dicho al hecho ¿cuánto falta por recorrer?

26 Chiarotti, Susana (2003). La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos. CELADE. BID. Chile.

las mujeres que, debido a su posición en la sociedad, ven mermada su capacidad de negociar un viaje seguro y sin violencia; en ocasiones incluso, lo que inició como un proyecto migratorio voluntario, termina convirtiéndose en una situación de explotación forzada.

Ámbitos de la violencia contra las mujeres ^[27]

Las manifestaciones o tipos de violencia contra las mujeres se ejercen en los distintos ámbitos sociales, entre ellos los siguientes:

Violencia en el entorno familiar y los espacios íntimos: toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica y sexual, o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otras personas en la familia. Por ejemplo:

- Malos tratos en la relación de pareja
- Femicidio íntimo
- Infanticidio femenino
- Incesto
- Matrimonio forzado
- Mutilación genital femenina



Violencia de pareja, expareja, noviazgo, exnovio o pretendiente: Es un tipo de violencia en el entorno familiar y los espacios íntimos. Es el acto abusivo de poder dirigido a dominar, someter, controlar o agredir a una mujer, que atenta contra su dignidad, bienestar, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial. Dicha violencia es ejercida contra las mujeres en el marco de las relaciones de pareja, actuales o finalizadas, no siendo requisito la convivencia; contempla también las relaciones de noviazgo o de pretendiente.

Como se ha expresado anteriormente, este tipo de violencia está llamada a perpetuar la autoridad masculina y a garantizar el cumplimiento del mandato de género y de los roles tradicionales asignados a las mujeres. Como señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se trata del *“ejercicio extremo de una autoridad que se considera legítima. El mecanismo que justifica la utilización de la*

27 Adaptado de: Proyecto de Ley Orgánica para la Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, Santo Domingo, 2013

violencia es la ideología de la superioridad masculina y el correspondiente deber de la obediencia femenina, que autoriza el derecho de corrección” [28].

La víctima puede sufrir uno o varios de los tipos de violencia anteriormente descritos (violencia física, psicológica, sexual, económica o patrimonial y simbólica), aunque con frecuencia concurren varios de manera simultánea.

La violencia sexual en el seno de las relaciones afectivas es frecuente y sin embargo mantiene unos importantes niveles de invisibilidad, derivados de la dificultad de denunciar este tipo de agresiones

Además del ejercicio de la violencia física, que puede variar en intensidad (desde una bofetada hasta violencia severa con lesiones graves que pueden ocasionar secuelas permanentes), el agresor desarrolla estrategias de violencia psicológica, que van desde los insultos, descalificaciones y humillaciones, hasta el control del tiempo, de los contactos sociales o de la libertad de movimiento, que van aislando cada vez más a la víctima de sus redes familiares y de amistad. La violencia económica también se ejerce a través del control y la vigilancia sobre el acceso y la utilización del dinero por la víctima, e incluye la amenaza de dejar de proveer recursos económicos, algo especialmente relevante cuando la mujer depende económicamente del agresor y existen menores que se sufrirían las consecuencias.

La violencia sexual en el seno de las relaciones afectivas es frecuente y sin embargo mantiene unos importantes niveles de invisibilidad, derivados de la dificultad de denunciar este tipo de agresiones por el riesgo de recibir cuestionamientos o reproches por parte de las personas responsables de los servicios de atención y de su entorno, a propósito de estereotipos de género que establecen que las mujeres siempre tienen que estar dispuestas a satisfacer las necesidades sexuales de sus maridos.

Violencia en el ámbito comunitario: Son los actos colectivos que transgreden derechos fundamentales de las mujeres, mediante actos de denigración, discriminación, marginación o exclusión en el ámbito público. Por ejemplo:

- **Estigmatización de las adolescentes sexualmente activas:** Desprestigiar en el sector a una adolescente que tiene un noviazgo con otro adolescente por acudir al programa de planificación familiar, desconociendo los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas adolescentes.

28 CEPAL (2009). ¡Ni una más! Del dicho al hecho ¿cuánto falta por recorrer?

- **Acoso callejero** (en las calles, en los medios de transporte, en los lugares de trabajo, en los centros educativos o en los hospitales): Silbidos, comentarios sexuales no deseados, persecución o tocamientos en la vía pública.
- **Exclusión de mujeres en actividades comunitarias:** Negarles participación en decisiones vecinales por considerarlas “poco capacitadas”.
- **Estigmatización de mujeres solteras o divorciadas:** Difundir rumores sobre su vida privada para dañar su reputación.
- **Negación de servicios básicos:** Impedir el acceso de mujeres a recursos comunitarios (ej. agua, tierras) por prejuicios de género.
- **Prostitución forzada**
- **Trata de mujeres**

Violencia en el ámbito laboral: Es aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo productivo, públicos o privados y que obstaculiza su acceso al trabajo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, a través de la descalificación, amenazas, intimidación, humillaciones y explotación laboral. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral el acoso laboral o acoso sexual. Por ejemplo:

- **Desigualdad de oportunidades de crecimiento laboral:** una médica es excluida de un ascenso porque “las cirugías son para hombres”, a pesar de tener mejor desempeño que sus colegas varones.
- **Desigualdad salarial:** Pagar menos a una mujer que a un hombre en el mismo puesto y con igual experiencia. En el cuadro a continuación, se muestra la brecha salarial de género ^[29] documentada para el 2019 en la red pública de servicios de salud que administra el Servicio Nacional de Salud (SNS). Para 9 de 14 cargos descritos se muestra mayor salario promedio para los hombres, 4 de 14 documentan mayor salario para mujeres y solo para un cargo se observa paridad. El balance general documenta una brecha salarial de 6.7% en favor de los hombres.

Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral el acoso laboral o acoso sexual

29 Brecha salarial de género: es el porcentaje resultante de dividir dos cantidades: la diferencia entre el salario de los hombres y las mujeres, dividida entre el salario de los hombres. La fórmula es la siguiente: $((\text{Salario medio hombres} - \text{Salario medio mujeres}) / \text{Salario medio hombres}) * 100$.

Tabla 2. República Dominicana: Salario promedio por cargo y sexo en la red pública, 2019

Categorías de cargos	Femenino	Masculino	Total	Brecha salarial de género
Enfermeras/os auxiliares	30,460	30,697	30,472	0.8%
Enfermeras/os profesionales	39,951	40,959	39,977	2.5%
Médicos/as	53,890	61,078	56,093	11.8%
Otro personal de apoyo diagnóstico	42,199	65,258	44,019	35.3%
Otro personal sanitario	24,868	23,299	24,251	-6.7%
Personal de bancos de sangre	41,612	45,321	41,844	8.2%
Personal de imágenes	21,432	21,209	21,330	-1.1%
Personal de laboratorio	36,993	35,065	36,921	-5.5%
Personal de nutrición	13,522	14,433	13,604	6.3%
Personal de odontología	36,823	40,109	37,396	8.2%
Personal farmacéutico	24,051	22,368	23,866	-7.5%
Personal gerencial, técnico y administrativo	15,439	16,571	15,815	6.8%
Promotores/as de salud	9,576	9,576	9,576	0.0%
Psicólogos/as	34,198	34,866	34,276	1.9%
Total	31,973	34,254	32,489	6.7%

Fuente: Cálculos propios de la Dirección de Gestión de la Información del Servicio Nacional de Salud a partir de bases de datos de nóminas.

Notas: El ingreso se calcula a partir de la sumatoria de sueldo base e incentivos, dividido entre el número de meses trabajados.

La columna de Brecha salarial de género fue calculada por las autoras de este manual.

- **Acoso sexual:** jefes o compañeros que exigen favores sexuales a cambio de promociones o evitar despidos.
- **Sanciones por maternidad:** Despedir a una mujer embarazada o negarle flexibilidad horaria para cuidados.
- **Humillaciones públicas:** Cuestionar la capacidad de una mujer para liderar equipos “por ser demasiado emocional”.

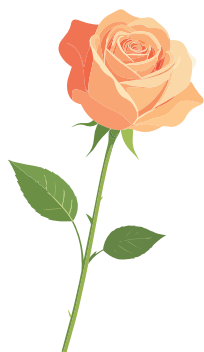
Violencia en el ámbito educativo: Conductas cometidas por el personal docente, administrativo o estudiantil que atenten contra la autoestima o la integridad emocional o psicológica de las alumnas, mujeres del personal administrativo y maestras, a través de actos de discriminación, humillación, acoso, intimidación o cualquier otra manifestación de violencia, basada en el género, en el ámbito académico. Por ejemplo:

- **Una estudiante de medicina es hostigada por profesores** que le dicen “*yo no sé para qué las mujeres estudian si luego se casan y dejan el título de adorno en la sala*”, afectando su rendimiento académico.
- **Sesgo en calificaciones:** Profesores que asignan notas más bajas a alumnas por estereotipos (“las mujeres no sirven para ser cirujanas”).
- **Acoso sexual en universidades:** Ofrecimiento de mejores notas a cambio de citas o favores sexuales.
- **Bullying por género:** Niñas ridiculizadas por practicar deportes “de hombres” (ej. fútbol) o niños señalados por estudiar ballet.
- **Expulsión por embarazo:** Colegios que obligan a adolescentes embarazadas a abandonar sus estudios.

Violencia en el ámbito institucional (perpetrada o tolerada por los Estados): Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos, profesionales, personal o agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública o privada que discriminan, obstaculicen o impidan el ejercicio de los derechos de las personas. La violencia institucional puede ocurrir en distintos ámbitos de la sociedad. Muchas veces no se reconoce porque está normalizada o porque se considera parte del funcionamiento habitual de las instituciones. Quedan comprendidas, además, las situaciones que ocurren en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, religiosas, deportivas y de la sociedad civil. Incluye también los actos de violencia cometidos contra las mujeres en el ejercicio de sus funciones públicas, en el ámbito nacional o local. La violencia institucional puede ocurrir cuando una persona no recibe la atención que necesita, cuando se le imponen decisiones sin su consentimiento o cuando se ignoran las normas que protegen sus derechos.

La violencia institucional puede ocurrir cuando una persona no recibe la atención que necesita, cuando se le imponen decisiones sin su consentimiento o cuando se ignoran las normas que protegen sus derechos

La violencia institucional puede ocurrir cuando una persona no recibe la atención que necesita, cuando se le imponen decisiones sin su consentimiento o cuando se ignoran las normas que protegen sus derechos. La violencia institucional puede ocurrir en distintos ámbitos de la sociedad. Muchas veces no se reconoce porque está normalizada o porque se considera parte del funcionamiento habitual de las instituciones. Por ejemplo:



- **Negligencia en la atención:**
 - Cuando el personal no realiza las acciones que corresponden para proteger a la persona. Por ejemplo: no activar la ruta de protección ni notificar un caso de violencia sexual en una adolescente embarazada por temor a complicaciones administrativas o legales.
- **Barreras en salud:**
 - Cuando creencias personales o prejuicios limitan el acceso a servicios de salud. Por ejemplo: negar anticonceptivos a una adolescente por considerar que “no debería tener relaciones”, o realizar procedimientos médicos sin el consentimiento informado de la paciente.
- **Discriminación en partidos políticos:**
 - Cuando se limita la participación de las mujeres en espacios de poder.
 - Por ejemplo: excluir a una mujer de una candidatura con argumentos como “la gente no votará por una mujer”.
- **Revictimización judicial:**
 - Cuando la actuación del sistema de justicia provoca daño emocional adicional a la víctima.
 - Por ejemplo: hacer preguntas que responsabilizan a la víctima, como cuestionar la ropa que llevaba o su comportamiento.
- **Revictimización en instituciones de salud:**
 - Cuando la atención recibida genera más sufrimiento o desprotección.
 - Por ejemplo: dudar del relato de la mujer, minimizar lo ocurrido, hacerla repetir varias veces su historia sin necesidad clínica, atenderla sin privacidad o derivarla de un servicio a otro sin acompañamiento adecuado.
- **Barreras en el acceso a la justicia:**
 - Cuando las condiciones del sistema impiden que las mujeres puedan denunciar o recibir protección.
 - Por ejemplo: no contar con servicios de traducción para mujeres que hablan otras lenguas o no ofrecer información clara sobre sus derechos y opciones.
- **Violencia contra mujeres privadas de libertad:**
 - Incluye situaciones de abuso físico, psicológico o sexual, condiciones de detención inadecuadas o negación de servicios de salud durante la privación de libertad.

- **Violencia contra las mujeres en conflictos armados:**

- Incluye actos como violencia sexual, explotación, desplazamiento forzado y otras formas de violencia dirigidas contra las mujeres en contextos de guerra o violencia organizada.

Violencia mediática: Comprende la publicación o difusión de los mensajes, valores, íconos, signos o imágenes, visuales o audiovisuales estereotipados o misóginos que promuevan de manera directa o indirecta, relaciones de dominación o discriminación hacia las mujeres, o bien denigren, injurien, difamen, deshonren, humillen o atenten contra la dignidad de las mujeres, legitimando la desigualdad de trato o construyendo patrones socioculturales generadores de violencia basada en género. Por ejemplo:

- **Publicidad sexista:** Anuncios que muestran a mujeres solo como amas de casa u objetos sexuales, o minimizan condiciones como la depresión postparto.
- **Noticias culpabilizadoras:** Titulares como “La mató por celos” en lugar de “Femicidio: otro caso de violencia machista”.
- **Programas de TV que normalizan el acoso:** Bromas que ridiculizan a mujeres que rechazan avances “amorosos” no deseados.
- **Redes sociales:** Memes que difunden ideas como “Las mujeres pertenecen a la cocina” o “las personas homosexuales no deben dar muestras de cariño en público”.

Ciberviolencia: Comprende toda conducta atentatoria contra el bienestar emocional, psicológico o económico de las mujeres, empleando medios electrónicos. Por ejemplo:

- **Sextorsión:** Compartir fotos íntimas de una mujer sin consentimiento para chantajearla.
- **Acoso en redes:** Mensajes anónimos con insultos o amenazas de violación.
- **Suplantación de identidad:** Crear perfiles falsos para difamar a una mujer (ej. ponerla en apps de citas sin su consentimiento).
- **Doxing:** Publicar datos privados (dirección, teléfono) para exponerla a ataques físicos.

Violencia transfronteriza: Abarca la configuración de uno cualquiera de los tipos de violencia cuando involucra como víctima o como sujeto agresor a personas caracterizadas como habitantes fronterizos. Por ejemplo:

- **Trata de personas:** Mujeres engañadas con falsas ofertas de trabajo en otro país y luego explotadas sexualmente.



- **Matrimonios forzados:** Niñas llevadas a otro territorio para casarse con adultos, aprovechando vacíos legales.
- **Discriminación a migrantes:** Negar servicios de salud a mujeres extranjeras por su nacionalidad.
- **Violencia en zonas turísticas:** Explotación laboral o sexual de mujeres en áreas con alta afluencia de extranjeros.

Violencia epistémica: conjunto de prácticas científicas, disciplinares y cognitivas que, intencionadamente o no, invisibilizan la aportación de determinados sujetos sociales a la construcción, discusión y difusión del conocimiento científico. ^[30]

Incorporando una mirada interseccional, Rita Segato ^[31] la define como *aquella que desautoriza y borra los saberes y formas de comprensión del mundo de ciertos grupos, especialmente las mujeres, indígenas y afrodescendientes, imponiendo una única lógica de conocimiento válido.*

Ciclo de la violencia contra las mujeres en la relación de pareja

La violencia en el marco de las relaciones afectivas no suele ser un hecho aislado y circunstancial, sino que responde a un proceso circular que atraviesa por distintas fases conectadas entre sí, y que ha sido teorizado como el ciclo de la violencia. Por lo general, este ciclo comprende tres fases, de duración variable según las circunstancias específicas:

- **Fase 1ª. Acumulación de tensión:** se producen cambios incomprensibles en la conducta del agresor, que se vuelve extremadamente susceptible y reacciona con hostilidad, lo que desencadena un aumento de los conflictos en la pareja. La víctima se siente confusa, disculpa a su agresor, e intenta evitar aquello que cree que disgusta a su pareja, lo que favorece que éste continúe e incluso intensifique su comportamiento hostil, aumentando la tensión.
- **Fase 2ª. Estallido de la violencia:** como **resultado** de la tensión acumulada en la fase anterior la violencia estalla y se producen agresiones verbales, psicológicas, físicas, etc. Suele ser la fase más breve de las tres, dado su carácter agudo. Las denuncias o peticiones de ayuda, cuando existen, coinciden con esta fase.
- **Fase 3ª. Arrepentimiento y reconciliación:** el agresor se muestra arrepentido, pide perdón e intenta justificar su comportamiento (consumo de alcohol,



30 Güereca Torres, R. (2017). Violencia epistémica e individualización: tensiones y nudos para la igualdad de género en las IES. En Reencuentro: Género y Educación Superior (núm. 74, pp. 22). Universidad Autónoma Metropolitana.

31 Segato, R. L. (2016). La guerra contra las mujeres. Traficantes de Sueños. Pág. 45

problemas en el trabajo, celos, etc.). Esta fase también se conoce como “*luna de miel*”, porque el agresor vuelve a ser cariñoso y amable como al principio de la relación, y promete que esa situación no se volverá a repetir. La víctima tiene esperanzas de que el agresor puede cambiar, y le concede otra oportunidad, sintiéndose incluso culpable por haber provocado esa situación de violencia.

La fase de arrepentimiento enlaza con una nueva fase de acumulación de tensión. A medida que el ciclo se va repitiendo, las fases se van acortando y las agresiones son más graves. La fase de arrepentimiento termina incluso por desaparecer, y se pasa de la fase de tensión al episodio agudo de violencia de manera inmediata.

Incluso conociendo cómo opera este mecanismo y cómo la repetición de episodios violentos conduce a una espiral ascendente de peligrosidad, con riesgo incluso para la propia vida, poner fin a una relación violenta no resulta fácil para las mujeres. La dependencia económica del agresor, la falta de redes familiares y de apoyo, la inexistencia o ineficacia de servicios de atención a las víctimas, el miedo a las represalias, a no ser capaz de ser autónoma y salir adelante, etc. pesan a la hora de tomar la decisión de alejarse del agresor, y más aún de presentar una denuncia.

La violencia en el marco de las relaciones afectivas no suele ser un hecho aislado y circunstancial, sino que responde a un proceso circular que atraviesa por distintas fases conectadas entre sí



ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 2

Actividad	Una historia para pensar
Objetivos de aprendizaje	<p>Reflexionar críticamente sobre los comportamientos aprendidos que perpetúan la violencia basada en género (VBG) y su impacto en la vulneración de los derechos de las mujeres, con el fin de promover prácticas individuales e institucionales transformadoras en el ámbito de la salud.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar mecanismos sociales y culturales que normalizan la violencia, utilizando la metáfora de los monos y las bananas como analogía de conductas repetidas sin cuestionamiento. 2. Analizar cómo estos comportamientos afectan el reconocimiento y la protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres, especialmente en contextos de atención en salud. 3. Proponer acciones concretas desde tres niveles: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Personal: Reconocimiento de sesgos internalizados. ▸ Profesional (salud): Protocolos libres de revictimización. ▸ Social: Estrategias para desafiar normas dañinas.
Tiempo estimado	30 minutos
Materiales	Texto: Una historia para pensar
Instrucciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se divide en grupos a los y las participantes y se entrega a cada uno una copia de “Una historia para pensar”. <p>Texto “Una historia para pensar”</p> <p>Un grupo de científicos colocó cinco monos en una jaula, en cuyo centro colocaron una escala, y sobre ella un montón de bananas. Cuando un mono subía la escalera para agarrar las bananas los científicos lanzaban un chorro de agua fría sobre los que quedaban en el suelo.</p> <p>Después de algún tiempo, cuando un mono iba a subir la escalera, los otros lo agarraban a palos. Pasado algún tiempo más ningún mono subía la escalera, a pesar de la tentación de las bananas. Entonces los científicos sustituyeron a uno de los monos.</p> <p>La primera cosa que hizo fue subir a la escalera, siendo rápidamente bajado por los otros, quienes le pegaron. Después de algunas palizas, el nuevo integrante del grupo ya no subió más la escalera. Un segundo mono fue sustituido y ocurrió lo mismo. El primer sustituto participó con entusiasmo de la paliza al novato. Un tercer mono fue cambiado y se repitió el hecho, el cuarto y finalmente el último de los veteranos fue sustituido.</p> <p>Los científicos quedaron entonces con un grupo de cinco monos que, aunque nunca recibieron un baño de agua fría, continuaban golpeando a aquel que intentase llegar a las bananas.</p> <p>Si fuese posible preguntar a alguno de ellos porqué le pegaban cuando alguien intentaba subir la escalera, con certeza la respuesta sería: No sé, las cosas siempre se han hecho así aquí... ¿Te suena conocido?</p>

Actividad	Una historia para pensar
Instrucciones	<p>LA VIOLENCIA ES UNA ESTRATEGIA DE RELACIÓN APRENDIDA, NO ES INNATA.</p> <p>2. Se establece un tiempo para que cada grupo lea la historia, reflexione sobre su contenido y formule sus opiniones alrededor de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Te resulta familiar o conocido este fenómeno que plantea la historia con actitudes que las personas o tú han asumido frente a ciertas situaciones que suceden en la vida?</p> <p>¿Cómo afecta esta actitud de la sociedad en el reconocimiento y protección efectiva de los derechos de las mujeres?</p> <p>¿Qué 'bananas' y 'chorros de agua fría' identifican en su entorno laboral o comunitario que perpetúan la VBG?</p> <p>¿Qué acciones específicas podemos hacer para cambiar este comportamiento como persona, como personal de salud y como sociedad?</p> <p>3. Plenaria Guiada</p> <p>Cada grupo comparte respuestas a las preguntas planteadas, enfatizando:</p> <p>Ejemplos concretos en servicios de salud que perpetúan la VBG</p> <p>Conexión con derechos humanos: ¿Cómo estos comportamientos violan el derecho a una vida libre de violencia?</p> <p>Propuestas de acciones específicas</p>
IDEAS CLAVES	<p>Las diferencias sexuales no generan desigualdad, son los contenidos de los roles, estereotipos e identidades de género los determinantes de la posición de desventaja de las mujeres respecto a los hombres.</p> <p>La condición de subordinación de las mujeres implica la violación de los derechos humanos de las mujeres, e importantes restricciones para los hombres en términos de expresión de su emotividad y otras elecciones de vida.</p> <p>Este sistema social ha demostrado su ineficacia para proporcionar bienestar y felicidad a hombres y mujeres, lo que hace necesaria su transformación. El cambio de la cultura patriarcal sólo es posible con el compromiso individual y colectivo por la eliminación de los roles y estereotipos de género, de cara a la construcción de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres.</p>

TEMA III: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO SEGÚN LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS NACIONALES

El personal de salud de República Dominicana cuenta con orientaciones precisas del *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* para la Atención Integral en Salud a Personas en Situación de Violencia de Género e Intrafamiliar.

La violencia de género e intrafamiliar es un problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y otros grupos vulnerables. Los establecimientos de salud son, en muchos casos, el primer contacto de las víctimas con un sistema de protección. Por ello, el **Ministerio de Salud Pública (MSP)** ha establecido protocolos, normas y directrices para garantizar una atención integral, basada en derechos humanos, enfoque de género y calidad.

La violencia de género e intrafamiliar es un problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y otros grupos vulnerables.

La violencia de género e intrafamiliar es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar físico, psicológico y social de las personas. El sector salud desempeña un papel crucial ofreciendo no solo atención médica, sino también apoyo emocional, y articulación hacia los mecanismos de apoyo legal y social.

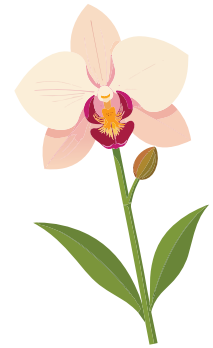
Este capítulo resume los lineamientos clave para la detección, atención y seguimiento de casos de violencia en centros de salud, según los documentos oficiales del MSP. No obstante, se sugiere realizar un estudio a profundidad de los documentos normativos vigentes que al 2025 incluyen:

- Norma para la Atención Integral en Salud de las Personas en Situación de Violencia de Género e Intrafamiliar (Segunda edición 2022)
- Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género (2025)
- Guía Nacional de Consejería Pre y Post Prueba en ITS y VIH. Vínculos con violencia basada en género

Componentes de la Atención Integral

El modelo de intervención vigente en el sector salud de República Dominicana incluye los siguientes componentes para garantizar una atención integral, basada en derechos humanos, enfoque de género y calidad:

- Promoción de la Salud para una Vida Libre de Violencia
- Prevención y Disminución del Daño
- Detección y Diagnóstico
- Atención Inmediata (Primera Línea)
- Atención Médica
- Atención Psicológica
- Derivación y Redes de Apoyo



A continuación, se muestran los elementos de cada componente, a modo de esquema. Se recomienda consultar los documentos oficiales del MSP para profundizar en ellos. Encontrarán estos documentos a través de los enlaces disponibles en la introducción del tema III:

3.1. Promoción de la Salud para una Vida Libre de Violencia

La promoción de la salud para una vida libre de violencia implica reconocer que la violencia basada en género no es un fenómeno inevitable ni exclusivamente privado, sino una conducta aprendida que se sostiene en normas sociales, relaciones de poder desiguales y patrones culturales que legitiman el control y la subordinación de las mujeres y de otras personas en condiciones de vulnerabilidad. Desde el enfoque de salud pública, la promoción busca actuar sobre estos determinantes sociales mediante acciones educativas, comunitarias e institucionales orientadas a fortalecer la igualdad, la autonomía, el respeto a los derechos humanos y la resolución no violenta de conflictos.

Comprender la violencia basada en género como un determinante social de la salud permite ampliar el rol del sector sanitario más allá de la atención de las consecuencias físicas y emocionales. El personal de salud desempeña una función clave en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia, tanto en la atención clínica como en los espacios comunitarios, educativos e institucionales. Cada interacción con las personas usuarias constituye una oportunidad para promover relaciones saludables, identificar factores de riesgo y facilitar el acceso a recursos de protección.

Comprender la violencia basada en género como un determinante social de la salud permite ampliar el rol del sector sanitario

La evidencia científica muestra que las intervenciones de promoción que abordan las normas de género, fortalecen habilidades socioemocionales, promueven la autonomía económica y mejoran el acceso a información y servicios pueden contribuir a reducir la ocurrencia de violencia y sus consecuencias en la salud a lo largo del ciclo de vida. Asimismo, las estrategias comunitarias integrales que involucran distintos sectores —salud, educación, justicia y organizaciones sociales— han demostrado efectos positivos en la prevención de la violencia de pareja y en la transformación de actitudes que la toleran o justifican.

En este sentido, la promoción de la salud orientada a prevenir la violencia basada en género incluye acciones dirigidas a la población general, a grupos en mayor situación de vulnerabilidad y al propio personal de salud, con el propósito de construir entornos seguros, equitativos y libres de discriminación.

Promover una vida libre de violencia desde el sector salud no constituye una acción opcional, sino parte de la responsabilidad sanitaria de proteger la salud, la integridad y la vida de las personas.

La promoción de la salud orientada a prevenir la violencia basada en género incluye acciones dirigidas a la población general

Acciones de promoción

- Entre las principales acciones de promoción desde el sector salud se incluyen:
- Educación para la salud con enfoque de igualdad de género y derechos humanos.
- Sensibilización comunitaria sobre relaciones saludables y prevención de la violencia.
- Difusión de información sobre recursos institucionales de apoyo y protección.
- Participación en actividades intersectoriales con instituciones educativas, comunitarias y sociales.
- Promoción de habilidades para la vida, resolución pacífica de conflictos y manejo emocional.
- Identificación de factores de riesgo en consultas rutinarias y orientación preventiva.
- **Responsables:** Personal de salud y equipos multidisciplinares.

Cuadro X. Estrategias de promoción de la salud para prevenir la violencia basada en género

Estrategia de promoción	Objetivo	Evidencia científica
Educación en igualdad de género y derechos humanos	Transformar normas sociales que legitiman la violencia	Intervenciones que abordan normas de género muestran reducción de violencia de pareja (WHO, 2019; Jewkes et al., 2015).
Desarrollo de habilidades socioemocionales	Reducir conductas violentas y mejorar relaciones	Programas de habilidades para la vida reducen violencia interpersonal (WHO, 2010).
Empoderamiento económico y social de las mujeres	Incrementar autonomía y capacidad de protección	Intervenciones combinadas reducen violencia en determinados contextos (Gibbs et al., 2020).
Sensibilización del personal de salud	Mejorar detección y prevención secundaria	La capacitación sanitaria aumenta identificación y apoyo (Feder et al., 2015).
Intervenciones comunitarias integrales	Modificar percepciones sociales	Programas participativos reducen violencia (Abramsky et al., 2014).

Recuadro. El rol del personal de salud en la promoción de una vida libre de violencia

El personal de salud contribuye a la prevención cuando:

- Promueve relaciones respetuosas en la educación sanitaria.
- Identifica factores de riesgo en consultas habituales.
- Informa sobre derechos y servicios disponibles.
- Evita reproducir estereotipos o prácticas discriminatorias.
- Participa en actividades comunitarias de prevención.

La promoción de la salud no se limita a campañas externas: también se construye en cada interacción clínica cotidiana.

3.2. Prevención y Disminución del Daño

- **Estrategias:**
 - Identificación de grupos vulnerables (mujeres, niños, adultos mayores, LGBTIQ+).
 - Distribución de material informativo en áreas visibles de los centros de salud.
- **Enfoque:** Basado en evidencias y lecciones aprendidas.

3.3. Detección y Diagnóstico

¿Cuándo sospechar violencia?

- Lesiones físicas sin explicación coherente.
- Ansiedad, depresión o intentos de suicidio.
- Retraso en la búsqueda de atención médica.
- Embarazadas con antecedentes de abortos espontáneos recurrentes.

3.3.1. Protocolo de detección:

1. Entrevista privada: Sin presencia del presunto agresor.

2. Preguntas clave (ejemplo):

- *“¿Se ha sentido amenazada o maltratada por alguien cercano?”*
- *“¿Alguien la ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?”*

3. No forzar la revelación: Ofrecer información sobre servicios disponibles.

3.4. Atención Inmediata (Primera Línea)

- **Apoyo emocional:** Escucha activa, sin juzgar.
- **Seguridad:** Valorar riesgo de muerte o nuevas agresiones.
- **Documentación:** Registrar lesiones y testimonios en expediente clínico.

3.5. Atención Médica

- **Urgencias:** Estabilización física en casos graves.
- **Violencia sexual:**
 - **Anticoncepción de emergencia** (hasta 5 días después del evento).
 - **Profilaxis para VIH/ITS** (dentro de las 72 horas).
 - **Vacunación contra hepatitis B** (si no está inmunizada).
- **Pruebas forenses:** Conservar evidencias (ropa, cabellos, fluidos) con cadena de custodia.



3.6. Atención Psicológica

- **Intervención en crisis:** Manejo de estrés postraumático.
- **Grupos de apoyo:** Para sobrevivientes y familiares.
- **Atención a niños/as expuestos a violencia:** Terapia especializada.

3.7. Derivación y Redes de Apoyo

- **Casas de acogida:** Para mujeres y sus descendientes en riesgo extremo.
- **Ministerio Público:** Denuncia obligatoria en casos de violencia infantil.
- **Organizaciones comunitarias:** Asesoría legal y acompañamiento.

4. Flujo de Atención en Establecimientos de Salud

Recepción: Identificación de posibles casos mediante indicadores.

Entrevista privada: Escucha activa, sin juzgar.

Examen físico y psicológico: Documentación detallada en expediente clínico.

Valoración de riesgo: Elaboración de plan de seguridad.

Tratamiento y referencia: Según necesidades (médicas, legales, sociales).

Seguimiento: Continuidad en atención primaria o especializada.

5. Registro y Notificación Obligatoria

- **Notificación semanal:** Casos de violencia física/sexual (formulario EPI-2).
- **Notificación inmediata** (24 horas):
 - Violencia sexual en menores de 18 años.
 - Casos con riesgo de feminicidio.
- **Certificado de defunción:** Incluir si la muerte fue por violencia de género.
- **Uso de la CIE-11:** para codificar diagnósticos y defunciones.

6. Recomendaciones para el Personal de Salud

✓ Evitar la revictimización:

Como personal de salud, su intervención puede marcar la diferencia entre la recuperación o el daño adicional en una persona que ha vivido violencia. La no revictimización significa evitar cualquier acción, palabra o actitud que haga que la persona se sienta culpable, cuestionada o expuesta nuevamente al dolor. Esto implica **creer en su relato sin dudar, no pedirle que repita innecesariamente lo sucedido, no justificar al agresor y respetar su ritmo y decisiones**—aunque no coincidan con lo que usted consideraría ideal. Un trato respetuoso, empático y libre de prejuicios no solo es un acto de humanidad, sino una obligación ética y profesional que contribuye a restaurar la confianza y la dignidad de quien acude a usted en busca de ayuda.

✓ **Confidencialidad:** Solo romperla si hay riesgo inminente de vida.

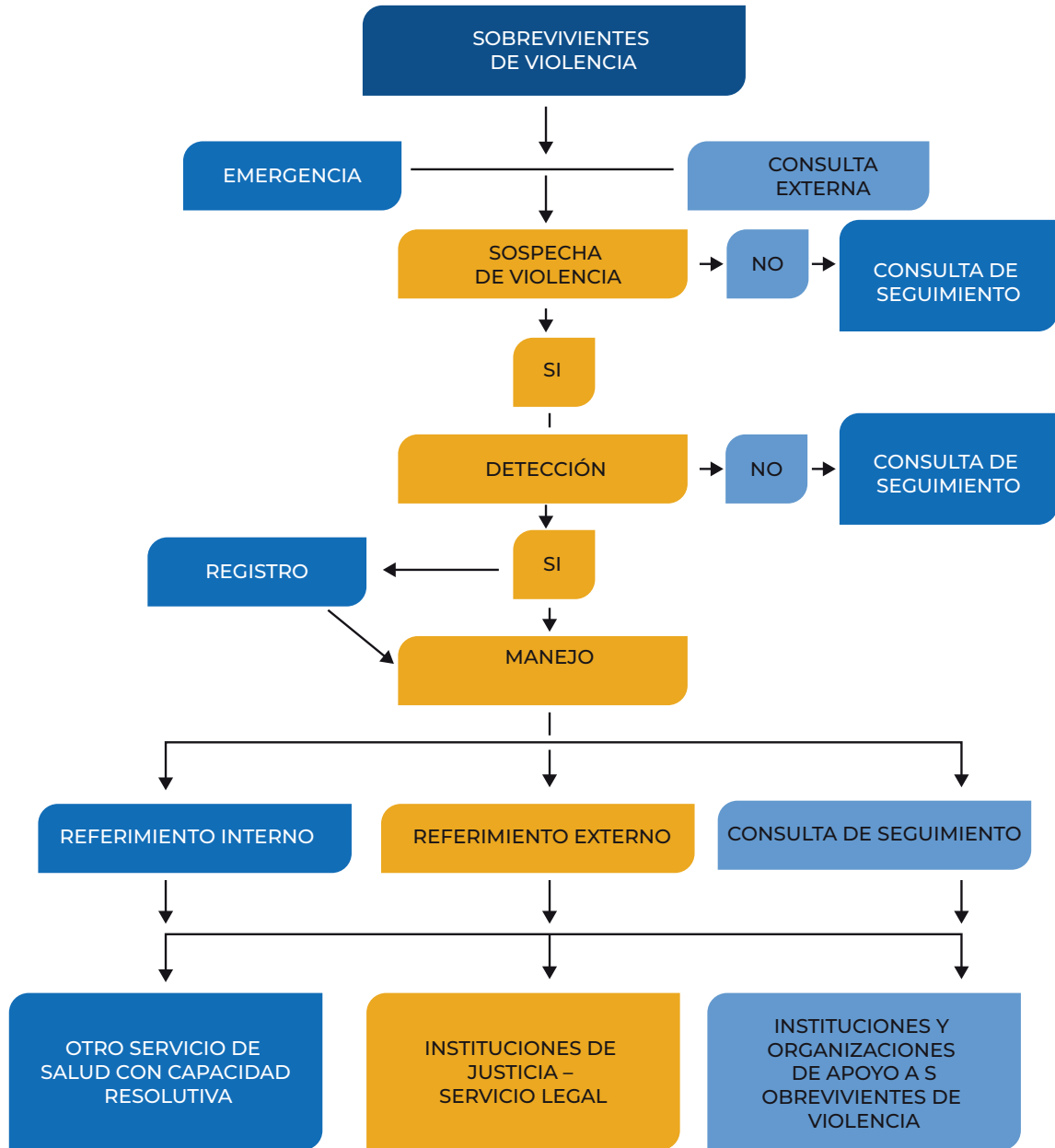
✓ **No exigir denuncia policial:** La atención médica es independiente del proceso legal. En casos de personas adultas, es importante informarle que puede contar con apoyo legal, si así lo considera, pero también se debe respetar sus tiempos respecto a cuando colocar una denuncia.

✓ **Capacitación continua:** especialmente en enfoque de género y derechos humanos.

Como personal de salud, su intervención puede marcar la diferencia entre la recuperación o el daño adicional en una persona que ha vivido violencia



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA



¹ Adaptado de: Guía y protocolos de atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2012.

Fuente: Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género de marzo 2025. Emitida por el Ministerio de Salud Pública.

7. Monitoreo y Evaluación

- **Indicadores clave:**
 - Porcentaje de servicios que aplican la norma.
 - Número de casos detectados y atendidos.
 - Satisfacción de las personas sobrevivientes.
- **Responsables: Área responsable de las estadísticas hospitalarias.**

La atención a personas en situación de violencia requiere **sensibilidad, protocolos claros y trabajo en red**. Los establecimientos de salud deben garantizar:

- **Detección temprana.**
- **Atención integral** (médica, psicológica, legal).
- **Seguimiento** para prevenir reincidencia.

“Ninguna persona debe salir de un centro de salud sin recibir, al menos, información sobre sus derechos y opciones de ayuda.”

Identificación de casos de VBG en el ámbito de la salud

El sector salud ocupa una posición estratégica en la respuesta a la violencia basada en género, ya que con frecuencia constituye el primer contacto institucional de una persona sobreviviente. Muchas mujeres consultan reiteradamente por síntomas físicos o emocionales antes de que la violencia sea identificada, lo que convierte cada interacción clínica en una oportunidad potencial de detección temprana y protección. La evidencia internacional muestra que una respuesta sanitaria empática, confidencial y libre de juicios puede facilitar la revelación de la violencia, reducir riesgos y favorecer el acceso a redes de apoyo, mientras que una atención que minimiza o cuestiona la experiencia de la persona puede profundizar el daño y reforzar el silencio. Por ello, la intervención del personal de salud tiene un impacto directo en la seguridad, la recuperación y el ejercicio de derechos de las personas sobrevivientes.

Consecuencias generales de la violencia basada en género

La violencia basada en género es un problema social de primera magnitud, tanto por sus dimensiones y alcance (a nivel mundial, al menos una de cada tres mujeres ha sufrido violencia a lo largo de su vida, en RD 9.6 de cada 10 personas LGBTI+ encuestadas habían sufrido o sido testigo de algún tipo de VBG durante su adolescencia), como por las consecuencias (impactos negativos y costos) que tiene, en primer lugar para las víctimas y su entorno más cercano, pero también para la comunidad, el país, y el mundo.

Las personas que sufren violencia basada en género, que son mayoritariamente mujeres, ven vulnerados, además de sus derechos a la vida, a la dignidad, integridad personal, seguridad personal, a la salud (física y mental), entre otros muchos derechos, tales como:

- **el derecho al trabajo:** las lesiones causadas por la violencia en algunos casos pueden derivar en incapacidades temporales o permanentes, con la consiguiente pérdida del empleo. O la violencia estructural impide el que una mujer o una persona LGBTI+ sea aceptada para un puesto de trabajo por imaginarios sociales estereotipados.
- **el derecho a la vivienda:** muchas mujeres deciden abandonar la vivienda familiar por considerar que no es un espacio seguro para ellas y sus hijos/as.
- **el derecho a participar en la vida pública y en el desarrollo:** el miedo a encontrarse con el agresor lleva a muchas mujeres y personas de la diversidad sexo-genérica a reducir su presencia en la vida pública, pensando que así disminuyen las posibilidades de sufrir una nueva agresión.

Los efectos negativos de esta violencia van más allá de las víctimas directas y alcanzan a sus familias, al poner en riesgo la estabilidad económica y emocional de sus miembros. La violencia conlleva frecuentemente un empobrecimiento de la familia, pues, entre otras cosas, reduce la capacidad de las mujeres de contribuir productivamente al sostenimiento de la misma. En cuanto a la estabilidad emocional de sus integrantes, es particularmente frágil en el caso de los niños y niñas, que pueden sufrir problemas psicológicos y de comportamiento, con graves consecuencias para su salud y desarrollo.

¡CUIDADO CON LA REVICTIMIZACIÓN!

Su actitud puede sanar o dañar. Como personal de salud, su rol es crucial.



NO HAGA ESTO:

Cuestionar: “¿Está segura?”,
“¿Y usted no hizo nada?”.

Más allá del impacto personal y familiar señalado, la violencia basada en género supone un lastre para el desarrollo de las comunidades y los países, por los elevados costos de carácter social y económico que conlleva. Algunos de estos costos son de carácter directo (como los gastos de los servicios relacionados con la atención a esta violencia); otros, en cambio, son indirectos (como la pérdida de empleos y productividad). A ellos hay que añadir, aunque sean más difíciles de medir y cuantificar los costos relacionados con el dolor y el sufrimiento humano ^[32].

Más allá del impacto personal y familiar señalado, la violencia basada en género supone un lastre para el desarrollo de las comunidades y los países

Entre los gastos directos de los servicios de atención a la violencia, destinados tanto a dar tratamiento y apoyo a las víctimas como a aplicar la ley a los culpables, se incluyen los de:

- los servicios de salud, recursos humanos, insumos, pruebas diagnósticas, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, etc.
- la policía y el sistema de justicia: persecución y detención de agresores, procedimientos en los tribunales, mantenimiento de prisiones y programas para delincuentes, etc.
- los servicios sociales, que ofrecen ayudas económicas o que dan apoyo, por ejemplo, a las necesidades de vivienda de las víctimas y sus hijos/as (casas de acogida o refugios).

Entre los costos indirectos se encuentran tanto los derivados de la reducción de productividad (la productividad de las mujeres víctimas de violencia disminuye a causa del estrés y las lesiones, que en ocasiones llegan a obligarlas a solicitar licencias por enfermedad; además están los casos en los que se producen traslados de residencia, y las mujeres se ven forzadas a dejar el empleo), como los que se calculan del desfase en el cumplimiento de los objetivos educacionales que se marca el país (el fracaso escolar aumenta entre niños y niñas procedentes de entornos familiares marcados por la violencia de género).

Detección de signos

Si bien el impacto de la violencia en las vidas de las personas depende de una serie de factores como el tipo de violencia, la relación con la persona agresora, el contexto

³² Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del Secretario General (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. A/61/122/Add.1

sociocultural en el que se produce, etc., lo cierto es que toda violencia supone un sufrimiento y una pérdida de bienestar para quienes la padecen, con un efecto directo sobre su salud, aunque esas consecuencias pueden variar en cuanto a su gravedad y reversibilidad. En la tabla a continuación se enumeran ejemplos de signos, síntomas y diagnósticos que deben llevar a sospechar violencia.

La detección de la violencia basada en género es un paso crítico en nuestra labor como personal de salud. Sin embargo, es crucial realizarla de la manera más ética y efectiva posible, alineándonos con la normativa nacional del MISPAS.

Punto clave a recordar: El protocolo dominicano se basa en la **detección por indicios**, no en el screening universal. Esto significa que no debemos preguntar de forma rutinaria y automática en todas las visitas a cada persona usuaria, pero **Sí tenemos la obligación profesional de hacer observación universal de todas las personas usuarias e indagar cuando existan signos de alerta o sospecha fundada.**

Cuadro 1. Impacto de la violencia basada en género en la salud

Dimensión de salud	Manifestaciones frecuentes	Evidencia científica
Salud física aguda	Lesiones, contusiones, fracturas, traumatismos, dolor agudo	Las mujeres expuestas a violencia de pareja presentan mayor probabilidad de lesiones físicas que requieren atención médica (Campbell, 2002, <i>The Lancet</i> ; WHO, 2013).
Salud física crónica	Dolor crónico, cefaleas, trastornos gastrointestinales, fatiga, enfermedades cardiovasculares	La violencia se asocia con dolor crónico y peores indicadores de salud física a largo plazo (Coker et al., 2002, <i>Archives of Family Medicine</i> ; Scott-Storey, 2011, <i>Issues in Mental Health Nursing</i> ; Dichter et al., 2018, <i>Journal of Women's Health</i>).
Salud sexual y reproductiva	Embarazos no planificados, ITS, dolor pélvico crónico, complicaciones obstétricas	Existe mayor riesgo de ITS, embarazo no deseado y resultados obstétricos adversos en mujeres expuestas (Silverman et al., 2006, <i>AJOG</i> ; WHO, 2013).
Salud mental	Ansiedad, depresión, TEPT, consumo de sustancias, ideación suicida	Meta-análisis muestran mayor prevalencia de depresión y TEPT en sobrevivientes de IPV (Devries et al., 2013, <i>PLoS Medicine</i> ; Lagdon et al., 2014, <i>Clinical Psychology Review</i>).
Consecuencias sociales	Aislamiento, dependencia económica, pérdida laboral	La violencia impacta la autonomía económica y la participación social (WHO, 2013; UN Women, 2020 – informe técnico).
Impacto en el sistema de salud	Consultas repetidas, mayor utilización de servicios, aumento de costos	Sobrevivientes utilizan más servicios de salud y generan mayores costos sanitarios (Rivara et al., 2007, <i>AJPM</i> ; Bonomi et al., 2009, <i>AJPM</i>).

Idea clave: La violencia basada en género tiene efectos multisistémicos y persistentes en la salud física, mental y social.

Cuadro 2. Indicadores clínicos y conductuales en servicios de salud

Tipo de indicador	Señales clínicas y conductuales	Evidencia científica
Indicadores físicos	Lesiones repetidas, distintas fases de cicatrización, explicación inconsistente	Lesiones recurrentes y discrepancias en el relato son indicadores frecuentes (Waalén et al., 2000, AJPM; WHO, 2013).
Indicadores de salud mental	Ansiedad, depresión, insomnio, somatización	La violencia suele manifestarse inicialmente mediante síntomas psicológicos y somáticos inespecíficos (Feder et al., 2009, BMJ; Devries et al., 2013).
Indicadores reproductivos	Embarazos no planificados recurrentes, ITS	Asociación consistente entre IPV y problemas reproductivos (Silverman et al., 2006; WHO, 2013).
Indicadores conductuales	Miedo, retraimiento, hipervigilancia	El miedo y la conducta evasiva pueden reflejar coerción y control (Campbell, 2002; WHO, 2013).
Indicadores relacionales	Pareja controla la consulta o responde por la paciente	El control coercitivo es una característica central de la violencia de género (Stark, 2007, Coercive Control, Oxford University Press).

Idea clave: La ausencia de lesiones visibles no descarta violencia; los síntomas emocionales pueden ser señales clínicas clave.

La labor se centra en dos pilares:

- 1. Observación Clínica Aguda:** Desarrollar una mirada entrenada para identificar las señales de alerta físicas (lesiones inconsistentes), emocionales (ansiedad, depresión) y conductuales (miedo de la pareja) que pueden indicar violencia. La detección no comienza con una pregunta automática, sino con una observación profesional y consciente.
- 2. Creación de un Ambiente de Confianza:** Fomentar una relación de empatía y respeto con cada persona que ingresa a nuestros servicios. Un trato cálido y no juzgador, donde se garantice la confidencialidad, es la puerta de entrada para que una persona se sienta segura de revelar una situación de violencia, si lo desea.

Cuando se identifica un indicio, se debe actuar. Si identifica uno o más indicios (señales de alerta como las enumeradas en la tabla precedente), entonces proceda a hacer preguntas de screening de manera obligatoria. Utilice preguntas abiertas y empáticas, tales como:

- “Noto que está muy angustiada hoy, ¿quiere contarme qué está pasando?”
- “He notado que parece muy asustada hoy, ¿hay algo en su vida o en su relación que le esté causando temor?”
- “Esta lesión parece muy dolorosa, ¿cómo sucedió realmente?”
- “Esta lesión parece muy seria para habérsela causado así, ¿se siente segura en su casa?”
- “Aquí puede hablar con confianza, mi rol es ayudarla.”
- “En nuestro servicio estamos para apoyarla en lo que necesite, no solo en su salud física. ¿Se siente segura en su casa?”

La detección no termina con la pregunta; ahí inicia el camino de apoyo. Al seguir estos lineamientos, se cumple con la responsabilidad de proteger la salud y seguridad de las personas usuarias, actuando dentro del marco normativo nacional y con el más alto standard de cuidado.

Consideraciones Éticas en la Atención Integral a Personas en Situación de Violencia Basada en Género

La atención en salud a personas que experimentan violencia basada en género requiere un enfoque ético que trascienda la práctica clínica convencional. Se fundamenta en el respeto irrestricto por su autonomía, la garantía de su seguridad y la comprensión de que se encuentran en una situación de profunda asimetría de poder, independientemente de su identidad de género u orientación sexual. El personal de salud debe guiarse por los principios de **autonomía, no maleficencia, justicia y confidencialidad**, actuando siempre como agentes de apoyo y facilitadores de su proceso de recuperación (OMS, 2021; ONU Mujeres, 2018).

La atención a la violencia basada en género no constituye una función adicional ni opcional dentro de los servicios de salud, sino parte integral de la competencia clínica y de la responsabilidad ética del personal sanitario. Brindar una atención basada en el enfoque de género, derechos humanos e interseccionalidad contribuye a prevenir la revictimización, mejorar los resultados en salud y fortalecer la confianza en los servicios. En este sentido, el personal de salud no solo trata lesiones o síntomas, sino que participa activamente en la protección de la vida, la integridad y la dignidad de las personas, desempeñando un rol clave en la respuesta social frente a la violencia.

1. Autonomía y Autodeterminación: La persona es la experta en su propia vida y circunstancias. El rol del personal de salud es:

- **Respetar sus decisiones:** Aunque el profesional pueda percibir el riesgo de manera diferente, debe respetar el ritmo y las decisiones de la persona, incluida la decisión de no denunciar o de permanecer en la relación, siempre que no haya un riesgo inminente para su vida.
- **Consentimiento informado libre y reiterado:** Todo procedimiento, desde la entrevista hasta el examen físico o la derivación, debe ser explicado en un lenguaje claro, comprensible y afirmativo de su identidad. Se debe obtener su consentimiento de manera explícita en cada paso, asegurando que no media coerción alguna (FIGO, 2021).

2. Confidencialidad y Privacidad:

- **Garantía de privacidad:** La entrevista debe realizarse en un espacio absolutamente privado, donde la persona se sienta segura para hablar sin riesgo de ser escuchada. Se debe verificar que la persona agresora no esté presente en la institución.
- **Manejo seguro de la información:** La historia clínica y la información compartida deben ser manejadas con extrema confidencialidad. El acceso a esta información debe restringirse para protegerla de represalias. Se debe informar sobre los límites de la confidencialidad, especialmente en relación con el **deber de reportar** en casos donde exista riesgo vital inminente o cuando la ley específicamente lo requiera (ACOG, 2022).

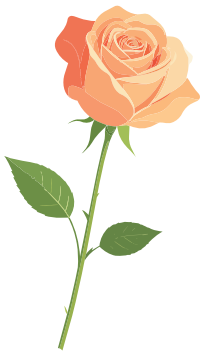
3. No Maleficencia y No Revictimización: El acto de atención no debe causar daño adicional. Para evitarlo, es crucial:

- **Abstenerse de juicios y prejuicios:** Evitar cualquier comentario, pregunta o actitud que implique juzgar, culpar, cuestionar la veracidad de su relato o patologizar su identidad de género u orientación sexual.
- **Validar y creer:** La intervención más poderosa y ética es comenzar con frases de validación: “Le creo”, “No es su culpa”, “Usted no se merecía eso”, afirmando su identidad de manera explícita si así lo expresa.
- **Minimizar la repetición del relato:** Coordinar con el equipo interno y externo para evitar que la persona tenga que contar repetidamente su experiencia traumática a diferentes personas (OMS, 2013).

4. Justicia, Equidad y Enfoque Interseccional: El sistema de salud debe garantizar el acceso a una atención de calidad a todas las personas, reconociendo que la violencia basada en género se intersecta con otras formas de discriminación. Esto implica:

- **Derivación efectiva y afirmativa:** Proveer acceso real a una red de apoyo (abogacía, refugios, apoyo psicológico) que sea segura, inclusiva y competente en la diversidad de género y orientación sexual. Asegurarse de que las barreras institucionales no le impidan recibir la ayuda que necesita.
- **Atención culturalmente competente y libre de prejuicios:** Reconocer y respetar sus creencias, contexto cultural e identidad, utilizando intérpretes calificados si es necesario, para que la atención sea realmente accesible, efectiva y afirmativa. Esto es especialmente crítico para personas trans, no binarias, migrantes, racializadas o con discapacidad (OHCHR, 2014; Principios de Yogyakarta, 2017).

La atención ética a personas en situación de violencia basada en género se centra en restituir su poder de decisión y agencia. El personal de salud debe construir una relación de confianza, basada en la escucha activa, la creencia incondicional y el apoyo informado, priorizando siempre su seguridad y su derecho a elegir su propio camino, desde un enfoque interseccional e inclusivo.



ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 3

Actividad	Análisis grupal de casos: identificación de VBG
Objetivos de aprendizaje	Identificar los tipos de violencia de género presentes en los casos a discutir y contextualizarlos dentro del marco normativo de República Dominicana, fomentando la reflexión crítica y el análisis grupal.
Tiempo estimado	60 minutos
Materiales	Fichas descriptivas de los casos de estudios Infografía con los tipos de violencia Leyes relacionadas con la protección ante violencia contra la mujer
Instrucciones	<p>Las y los participantes se distribuyen en grupos de 4 participantes (cada grupo trabajará un caso, puede repetirse el mismo caso en más de un grupo)</p> <p>Se procede a distribuir las y los integrantes en los siguientes roles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Moderación: 1 persona ▸ Relatoría: 1 persona ▸ Presentación en plenaria: 2 personas <p>Cada grupo tendrá contará con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Una ficha descriptiva del caso ▸ Una infografía con los tipos de violencia y resumen de leyes vinculadas a la protección ante las violencias ▸ Leyes relacionadas con la protección ante violencia contra la mujer en todas las etapas de su ciclo de vida (Código penal, 24-97, 136-03, 137-03, 16-92, 352-98)
Instrucciones	<p>Esta actividad tiene dos momentos:</p> <p>MOMENTO 1. Cada grupo deberá:</p> <p>Paso 1: Subrayar las frases donde perciban que se vulneran derechos</p> <p>Paso 2: Identificar los tipos y ámbitos de violencia presentes en el caso (ver infografía) y señalar evidencias concretas.</p> <p>Paso 3: Relacionar el caso con el contexto normativo dominicano (ej. Ley 24-97 sobre violencia intrafamiliar, Código Penal) precisando qué artículo protege a la persona de ese caso y qué acción concreta sugiere la ley para detener la vulneración.</p> <p>Paso 4: Señale cómo podrían estas situaciones empeorar las condiciones de salud de la mujer.</p> <p>Para el cumplimiento de los pasos 2, 3 y 4 deberán responder las preguntas siguientes:</p> <p>En este caso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué estereotipos de género y situaciones interseccionales aparecen? 2. ¿Cómo afectan estos la atención? 3. ¿Cuáles tipos de violencias fueron identificados y por qué? 4. ¿Cuáles leyes protegen a esta persona respecto a ese tipo de vulneración de sus derechos? 5. ¿Qué artículo(s) de estas leyes protegen a la persona en su caso? 6. ¿Cómo podrían estas situaciones empeorar las condiciones de salud de la mujer? 7. ¿Qué acciones se debe realizar en la atención de ese caso? 8. ¿En su práctica profesional qué acciones puede implementar para entregar servicios de más calidad a las mujeres en situación de violencia, teniendo en cuenta el enfoque interseccional? <p>MOMENTO 2. Presentación de casos:</p> <p>Cada grupo presenta sus reflexiones como respuestas a las preguntas. Si más de un grupo analizó el mismo caso, el otro grupo comenta similitudes y diferencias con el análisis del mismo caso, antes de pasar al caso siguiente.</p>

Actividad	Análisis grupal de casos: identificación de VBG
Instrucciones	<p>Ejemplo de casos:</p> <p>Caso 1: La Sra. Martínez</p> <p>La Sra. Martínez, de 20 años, llega a su sexta consulta prenatal con la mirada baja y movimientos nerviosos. Su esposo responde todas las preguntas del personal médico antes de que ella pueda hablar. En la última visita, su obstetra decidió programarle una cesárea porque “es más cómodo para todos”, sin explicarle alternativas. Cuando intentó preguntar sobre los riesgos, le dijeron: “Usted no entiende de estas cosas”. En casa, su suegra revisa sus gastos personales porque “las embarazadas no deben preocuparse por dinero”</p> <p>En la conversación se evidencia que la Sra. Martínez vivió en el campo hasta que se casó y que siempre ha sido ama de casa.</p> <p>Caso 2: Doña Carmen</p> <p>Doña Carmen, de 68 años asiste a consulta de seguimiento por un sangrado vaginal y dolor pélvico, acompañada por su hija, quien empuja su silla de ruedas. Su médica nota que ella mira constantemente al familiar antes de responder. Al preguntarle sobre su medicamento para el dolor, comenta en voz baja: “Aunque tengo una pensión, no lo pude comprar porque mi hija dijo que era muy caro”. En la sala de espera, se escucha a una enfermera decir: “Estas viejitas siempre exageran sus dolores”. Su hija interrumpe: “Además mi esposo me dijo que la casa es nuestra ahora y que ella no necesita gastar”.</p> <p>Caso 3: La Señora Rojas</p> <p>La señora Rojas, migrante de 28 años, acude al centro de salud por dismenorrea incapacitante que nunca le han podido resolver, desde que era adolescente.</p> <p>Al describir su trabajo de limpieza en una oficina, menciona que debe quedarse horas extras “para compensar” que no tiene papeles. Al preguntarle por sus condiciones de trabajo, ella baja la voz: “El patrón guarda mis documentos por seguridad... y a veces me pide favores especiales para que sepa lo bueno que es estar con un hombre, a ver si me enderezo”.</p>
IDEAS CLAVES	<p>La violencia de género e intrafamiliar es un problema de salud pública en la República Dominicana, y el personal de salud tiene la obligación de seguir los protocolos y normas establecidos por el MSP para su atención.</p> <p>El modelo de atención integral del MSP incluye componentes clave: promoción, prevención, detección, atención inmediata, médica, psicológica, derivación y seguimiento.</p> <p>La detección se basa en la observación de indicios (signos físicos, emocionales o conductuales) y no en el screening universal, seguida de una entrevista privada y empática si hay sospecha.</p> <p>La atención inmediata debe priorizar la seguridad de la víctima, el apoyo emocional (escucha activa sin juzgar) y la documentación precisa en el expediente clínico.</p> <p>La atención médica para casos de violencia sexual debe incluir de forma urgente: anticoncepción de emergencia, profilaxis para VIH/ITS y vacunación contra hepatitis B, además de la recolección de evidencia forense con cadena de custodia.</p> <p>Es obligatorio el registro y notificación de los casos: semanal para violencia física/sexual (formulario EPI-2) e inmediata (24h) para violencia sexual en menores o riesgo de feminicidio.</p> <p>Las consideraciones éticas fundamentales son: autonomía (respetar sus decisiones), confidencialidad, no revictimización (creerle, validarla, evitar juicios) y enfoque interseccional (atender factores como migración, edad, discapacidad, identidad de género).</p> <p>La violencia tiene consecuencias graves y multifacéticas en la salud física (lesiones, ETS, discapacidad) y mental (estrés postraumático, depresión, suicidio), así como un alto costo socioeconómico para las víctimas, sus familias y el Estado.</p> <p>El personal de salud debe evitar la revictimización, garantizar la confidencialidad, no exigir una denuncia policial para brindar atención y mantener una capacitación continua en enfoque de género y derechos humanos.</p> <p>El éxito de la atención depende de la articulación en red con otros actores (sistema judicial, casas de acogida, organizaciones comunitarias) y del seguimiento para prevenir la reincidencia.</p>



SEGUNDA SESIÓN: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A NNA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA.

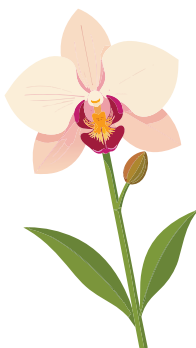
**Atención culturalmente competente
y cuidado del personal de salud**

La atención a niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de violencia exige no solo el dominio de protocolos clínicos, sino también sensibilidad cultural, coordinación intersectorial y autocuidado del personal de salud. En esta sesión, se profundiza en los protocolos nacionales de atención integral para NNA, mediante talleres prácticos que simulan casos reales para fortalecer la respuesta inmediata y especializada desde la atención en salud a menores víctimas de violencia de género o de violencia intrafamiliar.

Se explora el rol clave del personal de salud en la prevención de la violencia basada en género (VBG); se ejercitan habilidades para la intervención en crisis y la articulación con instituciones como Fiscalía y CONANI. Además, se abordan estrategias para una atención sanitaria culturalmente competente, adaptando los servicios a las necesidades de poblaciones vulnerables (adolescentes, envejecientes, personas con discapacidad, migrantes, comunidad LGBTQ+), a través de simulaciones que desafían prejuicios y promueven prácticas inclusivas.

La atención a niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de violencia exige no solo el dominio de protocolos clínicos, sino también sensibilidad cultural

Finalmente, la sesión cierra con un espacio dedicado al autocuidado del equipo de salud, compartiendo herramientas para manejar el estrés traumático secundario y reflexionando colectivamente sobre la importancia del bienestar emocional en esta labor. Esta sesión busca equipar al personal sanitario con conocimientos técnicos y habilidades prácticas, pero también con la humanización necesaria para transformar vidas.



TEMA IV: PROTOCOLOS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

La violencia basada en género no afecta únicamente a las mujeres que la experimentan de manera directa, sino también a niños, niñas y adolescentes que viven en entornos donde esta ocurre. La exposición a violencia en el hogar constituye una experiencia adversa en la infancia que puede generar consecuencias a corto y largo plazo, incluyendo problemas emocionales y conductuales, dificultades en el aprendizaje, trastornos de salud mental y mayor riesgo de violencia en etapas posteriores de la vida. Por ello, la identificación de la violencia y la protección de la niñez expuesta forman parte esencial de la respuesta sanitaria integral y del cumplimiento del principio del interés superior del niño y la niña.

A continuación, se incluye un resumen esquematizado de los lineamientos y orientaciones que ha establecido el Ministerio de Salud Pública en coordinación con las otras instituciones que se articulan en el Sistema Nacional de Protección y que fundamentan su accionar en la Ley 136-03 que crea el Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes.

La exposición a violencia en el hogar constituye una experiencia adversa en la infancia que puede generar consecuencias a corto y largo plazo

La Ley 136-03 orienta al sector salud para la acción inmediata ante casos de NNA víctimas de violencia (notificación obligatoria inmediata, medidas de protección, atención médica y psicológica especializada sin revictimización). También manda a implementar estrategias orientadas al control y la eliminación de la violencia en sus entornos (prevención, detección temprana, trabajo en red), colocando el interés superior de las niñas, los niños y las personas adolescentes como eje central.

Se sugiere consultar a detalle los siguientes documentos oficiales del MSP para fines de profundizar y mejorar la comprensión y el apego a los protocolos nacionales. Los que estandarizan los procesos de evaluación clínica forense, con enfoque diferencial según tipo de violencia.

Delinean los flujos de coordinación con el Sistema Nacional de Protección:

- Guía para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia en República Dominicana
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Física contra Niños, Niñas y Adolescentes
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes
- Protocolo de Atención de Casos de Violencia Psicológica, Emocional y Negligencia en Niños, Niñas y Adolescentes
- Ruta de coordinación y articulación interinstitucional para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en República Dominicana

Atención Integral en Salud a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en Situaciones de Violencia

A continuación, se presenta un resumen esquematizado que integra los diferentes aspectos a implementar según *los protocolos del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana y la Ruta de Coordinación Interinstitucional*. Se ha construido esta sección a fin de contribuir a una respuesta oportuna, integral y coordinada del sistema de salud ante casos de violencia contra NNA, articulando acciones con el **Sistema Nacional de Protección** (CONANI, Fiscalía, Ministerio de la Mujer, etc.). La base legal de lo aquí propuesto está detallada en la sección específica de este documento, especialmente en la Ley 136-03 y los protocolos del MISPAS.

Se ha construido esta sección a fin de contribuir a una respuesta oportuna, integral y coordinada del sistema de salud ante casos de violencia contra NNA

Para profundizar en los aspectos que se esbozan aquí se presentan datos en la sección correspondiente del anexo de lecturas complementarias. Sin embargo, la fuente primaria y exhaustiva son los documentos normativos antes señalados y cuyos enlaces se compartieron en el segmento anterior.

Tipos de Violencia y Detección

Ya se ha explicado antes en esta guía que existen distintos tipos de violencia. En el caso de los niños, niñas y adolescentes se agrega un tipo de violencia que solo aplica a personas en situación de dependencia en cualquier etapa de su curso de vida, se trata de la negligencia. En el cuadro disponible en anexos, se muestran los tipos de violencia que describen los protocolos del MISPAS acompañados de señales que el

personal de salud debe tener en cuenta para poder acompañar adecuadamente a personas en situación de dependencia que demandan su atención.

Puntos de Detección en Servicios de Salud

La responsabilidad del personal de salud por el bienestar integral de las niñas, los niños y las personas adolescentes se pone en evidencia en todos los espacios en los que realizan sus labores. Sin embargo, los casos de violencia pueden ser detectados en cualquier servicio sanitario, especialmente en los siguientes escenarios:

- Consultas pediátricas, geriátricas, emergencias, hospitalización.
- Atención en salud mental, ginecología, odontología.
- Derivaciones desde escuelas o comunidades.

Evaluación Clínica y Diagnóstico

La evaluación inicial es la piedra angular para una intervención efectiva. Este proceso debe realizarse con un enfoque integral, ético y centrado en el niño, niña o adolescente (NNA), con el objetivo no solo de diagnosticar lesiones, sino de comprender el contexto y el riesgo real al que se enfrenta. La minuciosidad en esta fase es crucial para la protección del NNA y, en caso de ser necesario, para sustentar evidencia válida en un proceso legal. Por eso es tan importante tener en cuenta aspectos particulares a considerar en el proceso de atención a NNA en distintas situaciones de violencia respecto a la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias.

Cuadro 3. Consecuencias de la exposición a violencia en la infancia

Área de impacto	Consecuencias posibles	Evidencia científica
Salud emocional	Ansiedad, depresión, miedo, baja autoestima	Meta-análisis muestran mayor riesgo de trastornos emocionales (Kitzmann et al., 2003, <i>Psychological Bulletin</i> ; Holt et al., 2008, <i>Child Abuse & Neglect</i>).
Conducta y desarrollo	Agresividad, problemas escolares	Exposición asociada a problemas conductuales y bajo rendimiento académico (Evans et al., 2008, <i>Child Abuse & Neglect</i>).
Salud física	Trastornos del sueño, somatización	Las experiencias adversas afectan la regulación fisiológica (Felitti et al., 1998, <i>AJPM</i> ; Shonkoff et al., 2012, <i>Pediatrics</i>).
Riesgo a largo plazo	Violencia en adultez, consumo de sustancias, enfermedades crónicas	Las ACE incrementan el riesgo de problemas de salud y violencia futura (Hughes et al., 2017, <i>Lancet Public Health</i>).

Idea clave: Proteger a la niñez expuesta es una intervención de salud pública con impacto intergeneracional.

Clasificación y Manejo por Nivel de Complejidad

Una vez completada la evaluación, es imperioso clasificar la complejidad del caso para activar los protocolos de manejo correspondientes. Esta estratificación por niveles de riesgo permite optimizar recursos, priorizar acciones urgentes y garantizar que la respuesta institucional sea proporcional a las necesidades específicas de cada NNA, desde la estabilización inmediata hasta la intervención preventiva comunitaria.

Notificación y Articulación Interinstitucional

La protección de un NNA en situación de violencia es una responsabilidad compartida que trasciende el ámbito de la salud. La notificación formal y la articulación con otras instituciones son pasos obligatorios y éticos, no solo por mandato legal, sino para tejer una red de protección efectiva alrededor de la víctima. Esta coordinación es el mecanismo que convierte el diagnóstico en acción concreta y en medidas de protección tangibles.

Seguimiento y Rehabilitación

La atención no concluye con el tratamiento inicial o la notificación; el seguimiento continuo es fundamental para asegurar la recuperación integral y prevenir la revictimización. La rehabilitación requiere un abordaje multidisciplinario que restaure la salud física y mental del NNA, fortalezca su entorno familiar y lo reinserte en una comunidad que lo proteja, rompiendo así los ciclos de violencia.

Flujograma de Atención Integral

Para operativizar de manera clara y eficiente todos los protocolos descritos, se presenta a continuación un flujograma de atención. Esta herramienta visual sintetiza la ruta crítica que se ha descrito en esta guía y que debe seguirse desde el primer contacto con el NNA, garantizando que ningún paso crucial sea omitido y que las acciones específicas para cada tipo de violencia sean aplicadas de manera oportuna y estandarizada.

Pasos adicionales según tipo de violencia:

Además de los pasos estandarizados a aplicar de manera general, hay dos tipos de violencia en los que deben agregarse algunos pasos adicionales:

- **Sexual:** Profilaxis ITS/VIH + anticoncepción.
- **Negligencia:** Derivación a programas sociales.

La atención no concluye con el tratamiento inicial o la notificación; el seguimiento continuo es fundamental

Recomendaciones para el Personal de Salud

El personal de salud es, en muchos casos, el primer punto de contacto y una pieza clave en la detección y respuesta ante la violencia. Por ello, su preparación, sensibilidad y actuación son determinantes. Estas recomendaciones buscan guiar la práctica profesional más allá de lo técnico, incorporando el enfoque de derechos, la perspectiva forense y la coordinación interinstitucional como partes inherentes de su rol.

1. Sensibilización:

- Capacitarse en detección de señales sutiles (ej. retraso en buscar atención médica).

2. Documentación:

- Registrar detalles forenses (fotos, descripción de lesiones) para procesos legales.

3. Coordinación:



- Mantener actualizado un **mapa de servicios locales** (Fiscalía, CONANI, ONGs).

4. Prevención:

- Promover **prácticas de crianza sin violencia** en consultas rutinarias.

Nota: Este protocolo integrado unifica los documentos analizados, facilitando su aplicación en los **tres niveles de atención de salud**. Para detalles específicos, consultar los protocolos completos del MSP.

Ideas Clave:

- **Enfoque centrado en NNA:** Priorizar su protección y participación en el proceso.
- **Trabajo en red:** Articulación permanente con educación, justicia y comunidad.

La ética en esta área exige pasar de un rol pasivo a uno activo de protección. La o el profesional de salud se convierte en un agente clave que prioriza la seguridad y la voz del NNA, actuando siempre en su interés superior y cumpliendo con el deber de reportar para activar la red de protección.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 4

Actividad	Análisis grupal de casos: atención integral NNA en situación de violencia según protocolos nacionales
Objetivos de aprendizaje	<p>General: Analizar casos clínicos de presunta violencia contra NNA para aplicar los protocolos nacionales de detección, notificación y manejo.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Identificar hallazgos clínicos e inconsistencia con la versión relatada que sugieran maltrato físico, sexual, negligencia o síndromes como el de Munchausen por poderes. ▷ Priorizar los estudios complementarios (imágenes, laboratorio) y la evaluación interdisciplinaria necesaria para cada caso. ▷ Determinar las acciones inmediatas y de mediano plazo, incluyendo la notificación obligatoria a las autoridades correspondientes (Fiscalía, CONANI). ▷ Clasificar el nivel de complejidad del caso (alta, media, leve) para definir el plan de manejo y seguimiento.
Tiempo estimado	<p>60-75 minutos (aproximadamente 10 minutos por caso para análisis grupal y 15 minutos para plenaria final)</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Tarjeta de casos clínicos ▷ Hoja de respuestas guiadas con las preguntas clave para cada caso. (proyectada o impresa). ▷ Pizarra o papelógrafos y marcadores para que los grupos registren sus análisis. ▷ Protocolos de apoyo: flujograma de atención, resumen de los flujos de notificación y tabla de clasificación de complejidad. ▷ Lista de "Ideas Clave" o recordatorios sobre hallazgos forenses.



Actividad	Análisis grupal de casos: atención integral NNA en situación de violencia según protocolos nacionales
Instrucciones	<p>1. Preparación (5 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Divida a los participantes en 4-6 grupos pequeños. ▸ Asigne 1-2 casos a cada grupo, asegurándose de que se cubran todos los casos. ▸ Proyecte o entregue las preguntas guía para el análisis. <p>2. Análisis Grupal (30-40 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Cada grupo analizará el o los casos asignados siguiendo esta estructura basada en las preguntas a continuación: <p>Paso 1: Identificar inconsistencias. ¿Es la versión de quien cuida incongruente con los hallazgos clínicos? ¿Por qué? (Ej.: fracturas en una persona con discapacidad que no camina, patrón de quemaduras que no coincide con el relato).</p> <p>Paso 2: Determinar estudios clave. ¿Qué exámenes o evaluaciones son cruciales para confirmar el diagnóstico y documentar el abuso? (Ej.: radiografía esquelética completa, TAC craneal, niveles tóxicos).</p> <p>Paso 3: Plan de manejo inmediato. ¿Cuáles son las acciones urgentes? (Ej.: hospitalización para protección, notificación inmediata a Fiscalía y CONANI en casos de alta complejidad).</p> <p>Paso 4: Plan de seguimiento. ¿Qué acciones se deben tomar a medio plazo? (Ej.: evaluación por trabajo social, terapia familiar, medidas de protección).</p>
Instrucciones	<p>3. Presentación y Plenaria (15-20 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Una persona de cada grupo presentará solo las conclusiones más importantes de sus casos asignados (máximo 2 minutos por caso). ▸ La/El facilitador(a) guiará una discusión grupal para: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Complementar las respuestas. ▸ Resolver dudas. ▸ Reforzar los protocolos correctos de notificación y manejo interinstitucional. ▸ Sintetizar el aprendizaje en una tabla resumen en la pizarra (similar a la tabla presente en la guía). <p>4. Cierre (5 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ El/La facilitador(a) reforzará las Ideas Clave y recordará los contactos y recursos esenciales para la acción. <p>Ejemplos de casos:</p>

Actividad	Análisis grupal de casos: atención integral NNA en situación de violencia según protocolos nacionales
Instrucciones	<p>Ejemplo 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Paciente: Niño de 18 meses. ▷ Acompañante: Madre ▷ Situación: Presenta llanto intenso y que se incrementa con los movimientos de los miembros inferiores. ▷ Al realizar pruebas diagnósticas: presenta fractura de fémur aguda, fracturas costales en curación y moretones en la espalda con forma de mano. ▷ Versión de la persona cuidadora: “Se cae mucho cuando corre”. <p>Ejemplo 2:</p> <p>Paciente: Niña de 10 años</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Acompañante: Madre ▷ Situación: la refieren de la escuela por bajo rendimiento escolar. Su madre mientras habla con el personal de psicología, interrumpe su relato y le dice a la niña: “Es un burra, nunca aprende”. ▷ Al realizar pruebas diagnósticas: Cuando se le pide hacer un dibujo, la niña dibuja figuras pequeñas y borradas.
Instrucciones	<p>Ejemplo 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Paciente: Niño de 7 años ▷ Acompañante: Abuela que no vive con el niño ▷ Situación: está muy flaco, y no crece. Dice que es el más pequeño de su curso. ▷ Al realizar examen físico: peso por debajo del 3er percentil, caries extensas y piojos. ▷ Versión de los padres: La abuela explica que la madre siempre dice que el niño “Es un mañoso, que nunca quiere comer nada y solo se antoja de malta india”. <p>Ejemplo 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Paciente: Niña de 13 años ▷ Acompañante: Madre ▷ Motivo de consulta: la niña siempre está cansada y se la pasa vomitando, fundamentalmente en las mañanas ▷ Hallazgo de interrogatorio: No recuerda la fecha de la última menstruación. <p>Examen físico: No se observan lesiones genitales externas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Al realizar pruebas diagnósticas: Prueba de embarazo positiva. ▷ Versión de la madre: “Ella es muy tranquila, no tiene novio. Esto debe ser un error.” ▷ Entrevista con la niña (en privado): “A veces mi tío (hermano de la madre) me visita cuando mi mamá no está... me da miedo contarle.”

Actividad	Análisis grupal de casos: atención integral NNA en situación de violencia según protocolos nacionales
IDEAS CLAVES	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Interés superior del NNA: Principio rector que prioriza su protección y bienestar en todas las decisiones. ▶ Detección por incongruencia: La discordancia entre el relato del cuidador y los hallazgos clínicos es la señal de alarma principal. ▶ Documentación forense: Registro detallado de la historia clínica, estudios de imagen (con fecha de lesiones) y evidencia física es crucial para acciones legales y médicas. ▶ Notificación inmediata y obligatoria: Casos de violencia física/sexual de mediana/alta complejidad debe reportarse de inmediato a Fiscalía (Línea Vida: 809-200-1202) y CONANI. Deber legal y ético. ▶ Articulación interinstitucional: Trabajo en red con Fiscalía, CONANI, Ministerio de la Mujer y equipos psicosociales para una protección efectiva. ▶ Manejo por complejidad: Clasificar casos (alta, media, leve) para definir acciones, desde hospitalización urgente hasta educación o derivación comunitaria. ▶ Atención urgente en violencia sexual: Incluye profilaxis ITS/VIH (<72h), anticoncepción de emergencia y recolección de evidencia con cadena de custodia. ▶ Seguimiento multidisciplinario: Médico, psicológico y social, con visitas domiciliarias y terapia familiar para prevenir revictimización. ▶ Patrones de maltrato clave: Fracturas en no deambuladores, hematoma subdural en lactantes, quemaduras en “guante/caletín” e intoxicaciones repetidas. ▶ Capacitación y prevención: Formación continua del personal en detección, documentación forense y promoción de crianza positiva.



TEMA V: ROL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA A LA VBG

El marco normativo vigente en la República Dominicana aporta instrucciones precisas al personal sanitario orientadas a la protección de la integridad física, emocional y social de las personas, en especial mujeres (Ley 24-97), los niños, niñas y adolescentes (Ley 136-03) que son operativizadas a través de protocolos obligatorios para centros de salud como los aprobados por el MSP en 2017 a través de la resolución 000002.

Cuadro 4. Contribución del sector salud en la respuesta a la violencia

Acción del personal de salud	Impacto esperado	Evidencia científica
Atención empática y centrada en la persona	Mayor revelación y adherencia	Intervenciones como IRIS mejoran identificación y derivación (Feder et al., 2011, The Lancet).
Identificación temprana	Mejor acceso a servicios de apoyo	La detección facilita conexión con recursos (WHO, 2013).
Evaluación estructurada de riesgo	Prevención de feminicidio	Factores de riesgo identificados permiten intervención preventiva (Campbell et al., 2009, AJPH).
Atención integral (médica y psicológica)	Mejores resultados en salud	Abordajes integrales reducen daño a largo plazo (WHO, 2017 – Clinical Handbook).

Idea clave: El sector salud puede modificar el curso de la violencia mediante detección, apoyo y derivación oportuna.

A grandes rasgos, se puede considerar que el rol del personal de salud se resume:

- Prevención Primaria, a través de la identificación de las condiciones vulnerabilizantes que determinan la VBG y la educación en derechos, equidad e igualdad
- Detección Temprana. La realización de preguntas clave y atención a las señales de alerta.
- Respuesta Inmediata. Prestación de servicios sanitarios, con gran importancia del apoyo psicológico.

Las normas establecidas por el MSP señalan que todo personal que labora en la atención de la violencia basada en género y contra la mujer debe garantizar:

- El diagnóstico, registro y referimiento correcto de estos casos.
- Evitar señalamientos y juicios de valor sobre lo ocurrido, que culpabilicen a las sobrevivientes,

- Demostrar respeto a las formas de expresión de las emociones que tenga la víctima o la sobreviviente.
- En caso de que la persona no desee hablar sobre su situación es necesario darle tiempo para que pueda sentirse cómoda y pueda comunicar verbalmente lo que le ha pasado
- Dar información sobre recursos de apoyo psicológico, legal, médico, económico, grupos de apoyo y actividades comunitarias sobre el tema, y
- Manejar su vinculación personal con la VBG en cualquiera de los niveles a fin de no transmitirle sentimientos como enojo, o culpabilización a la sobreviviente; evitando expresar turbación, silencio e incluso negación y justificación de los hechos.

Rol del Personal de Salud en la Atención Legal y Denuncias de Violencia

El MSP ha establecido de manera clara las responsabilidades del personal sanitario respecto al proceso de atención legal y de denuncia de la VBG e Intrafamiliar en sus normas actualizadas en el 2022. En general se trata de:

1. Detección y Registro de Evidencias

- El personal de salud debe **recolectar y conservar evidencias físicas** (ropa, fluidos, cabellos, etc.) en casos de violencia sexual o física, previo **consentimiento informado** de la víctima.
- Debe documentar de manera **clara, objetiva y detallada** las lesiones y el relato de la víctima en la historia clínica.
- Debe realizar **mapeo corporal y fotografías de lesiones** (con autorización de la víctima).

2. Notificación Obligatoria

- Es **obligatorio notificar al Ministerio Público** en los siguientes casos:
 - **Violencia contra menores de 18 años** (Ley 136-03).
 - **Violencia sexual** (Ley 24-97).
 - Cuando exista **riesgo inminente para la vida** de la víctima.



- En el contexto sanitario, no se trata de una denuncia personal, si no, de **una notificación institucional para proteger derechos**, por lo que debe realizarse de manera formal y documentada.
- La notificación debe hacerse **en las primeras 24 horas** después de la atención.
- Debe dejarse **constancia escrita en el expediente clínico** de que se realizó la notificación.
- En el marco de **denuncias realizadas por la ciudadanía o terceras personas**, existe la posibilidad de realizar **denuncias sin identificación completa de la persona que denuncia; se le llama “denuncia confidencial” o “alerta”**, especialmente cuando el objetivo es informar un hecho para que las autoridades investiguen.

3. Confidencialidad y Consentimiento

- La información de la víctima es **confidencial**. Solo puede revelarse sin consentimiento en casos de **obligación legal** (ej.: notificación a autoridades).
- Siempre se debe explicar a la víctima los **límites de la confidencialidad** y el proceso de notificación.

4. Atención Medicolegal

- El personal médico con **experticia y autoridad legal** (forense o capacitado) es el responsable de la **atención medicolegal**:
 - Validación de evidencias.
 - Emisión de informes médicos con valor legal.
 - Cadena de custodia de pruebas.
 - Mapeo corporal de lesiones con toma de fotografías con la autorización de la víctima.
- El personal clínico (médico, de enfermería) debe **preservar las pruebas** hasta que intervenga el equipo forense.
- **NOTA:** la documentación de las pruebas debe hacerse, aunque la víctima aún no haya decidido realizar una denuncia.

5. Orientación y Derivación

- El personal de salud debe:
 - Informar a la víctima sobre sus **derechos legales**.

- Referir a la víctima a:
 - **Fiscalías** (para denuncia formal).
 - **Ministerio de la Mujer** (apoyo legal y psicosocial).
 - **Casas de acogida** (si hay riesgo inminente).
 - **Redes locales de apoyo** (organizaciones comunitarias).
- Utilizar los **formularios de referencia y contrarreferencia** establecidos.

6. Testificación y Apoyo Judicial

- Al personal de salud se le puede solicitar apoyo voluntario para:
 - Asistir a **vistas judiciales**.
 - Presentar **informes médicos y peritajes**.
 - Declarar en calidad de **testigo profesional** sobre el estado de la víctima.

7. Protección contra Represalias

- La Norma del MSP del año 2022 establece en su normativa No. 8 que los establecimientos de salud deben **proteger al personal y a las víctimas** contra represalias al garantizar su seguridad.
- Se debe garantizar la **seguridad de la víctima y del personal** durante el proceso de denuncia.

Capacidades para intervención en crisis

Dentro de las funciones del personal sanitario destaca la gestión del apoyo emocional que toda víctima de VBG requiere para recuperar y mantener el equilibrio emocional y continuar su crecimiento como ser humano. Si bien existen áreas especializadas de conocimiento, todo personal de salud debe ser capaz de entregar los primeros auxilios psicológicos a una víctima que se encuentra en situación de crisis.

Una crisis se puede definir como un estado temporal de trastorno y/o desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Si bien existen áreas especializadas de conocimiento, todo personal de salud debe ser capaz de entregar los primeros auxilios psicológicos a una víctima

Crisis también se denomina a aquel momento en la vida de una persona en el cual debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto de diversa etiología, la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas, debido a que ella presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y se encuentra bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

La intervención propuesta sirve para ofrecer una ayuda inmediata, al igual que facilitar la salud emocional.

Los métodos utilizados para prestar auxilio a las víctimas de una crisis son conocidos de manera genérica como técnicas de intervención en crisis y tienen como propósito esencial:

- Restablecer la capacidad personal para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra.
- Proveer asistencia a estas personas para reordenar y reorganizar su mundo social destruido.

Pasos para realizar la Intervención en Crisis

1. Escuchar de qué modo visualiza su situación la persona en crisis, a fin de lograr que se sienta escuchada, aceptada y apoyada.
2. Analizar las dimensiones del problema en lo que implica en sus diferentes momentos: pasado inmediato, presente y futuro inmediato, para que la persona logre ordenar sus necesidades y priorice los conflictos que requieren solución inmediata
3. Identificar soluciones alternativas y buscar medidas de autoprotección.
4. Ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta hacia la superación de la crisis.
5. Establecer un procedimiento para el seguimiento a la usuaria, a fin de verificar el progreso.

Los métodos utilizados para prestar auxilio a las víctimas de una crisis son conocidos de manera genérica como técnicas de intervención en crisis



TEMA VI: ATENCIÓN DIFERENCIADA Y CULTURALMENTE COMPETENTE

Esta sección está diseñada para que cualquier miembro del personal de salud, sin necesidad de ser una persona experta en género o en derechos humanos, pueda comprender y transmitir las recomendaciones clave para garantizar una atención sanitaria respetuosa e inclusiva según lo establecido por organismos internacionales. Son pautas prácticas para aplicar en el día a día.

A continuación, se describen los aspectos clave establecidos por la OMS y la OPS sobre la atención a personas en situación de violencia:

1. La detección debe ser una práctica segura y basada en la creación de confianza.

1. Por qué: La OMS reconoce el potencial de todos los servicios sanitarios como puerta de entrada al sistema de protección ante las violencias y recomienda hacer énfasis en la detección de violencia de género en servicios clave como salud sexual y reproductiva, pero **solo si se cumplen condiciones esenciales:** el personal está capacitado para responder con empatía, hay privacidad garantizada, y existe una ruta clara de derivación a servicios de apoyo (psicológico, social, legal). El objetivo es **identificar casos de manera temprana y segura**, sin esperar a signos físicos evidentes, pero evitando revictimizar si no hay una red de soporte lista para actuar.

2. Cómo hacerlo: La recomendación prioriza **crear un ambiente donde la persona se sienta segura para revelar** de manera espontánea. Para ello:

- **Genere confianza universal:** Con un trato respetuoso y garantizando confidencialidad con todas las personas usuarias.
- **Agudice la observación:** Esté entrenado para reconocer **indicios** (señales emocionales, comportamientos de miedo, lesiones inconsistentes).
- **Pregunte cuando hay indicios o en servicios de alto impacto:** Al identificar una señal de alerta, o en servicios como control prenatal o salud mental, formule preguntas con empatía.
- **Se puede implementar la detección rutinaria** si se cuenta con los protocolos y la capacitación para manejar de forma adecuada cuando una persona usuaria revela que es víctima de violencia.



3. El enfoque debe centrarse en los derechos de la persona.

- **Por qué:** La OPS enfatiza que la prioridad es la seguridad, la autonomía y la decisión de la mujer o persona afectada. Nuestro rol no es “rescatar”, sino informar, apoyar y respetar sus elecciones.
- **Cómo hacerlo:** Siempre preguntar “¿Qué necesita?” y “¿Cómo le puedo ayudar?” en lugar de imponer soluciones. Validar sus emociones: “Le creo, no es su culpa y merece sentirse segura”.

4. Los servicios deben adaptarse a las realidades culturales y sociales de cada persona.

- **Por qué:** La OMS es clara: una talla única no sirve para todos. Las barreras de idioma, cultura, edad o identidad de género pueden impedir que una persona acceda a ayuda.
- **Cómo hacerlo:** Siguiendo las pautas de la siguiente sección.

Claves Relacionales: Sororidad en la Práctica Profesional

La atención culturalmente competente requiere también examinar y transformar las dinámicas relacionales que el patriarcado ha instituido entre las propias mujeres. Retomando el marco analítico de Rita Segato (2003),^[33] el mandato de masculinidad hegemónica opera, en el eje horizontal de los “pares”, a través de un pacto de fraternidad y complicidad entre hombres que consolida su posición de dominio.

Como contraparte, en el eje vertical de la dominación, el sistema socializa a las mujeres para percibirse como rivales, fomentando la desconfianza, la competencia y el juicio mutuo. Este “mandato de rivalidad” busca fragmentar cualquier potencial alianza que pudiera cuestionar el orden patriarcal, y con frecuencia se manifiesta en que las mujeres internalicen y reproduzcan los juicios más duros contra otras mujeres, incluso en entornos profesionales como el de la salud.

El sistema socializa a las mujeres para percibirse como rivales, fomentando la desconfianza, la competencia y el juicio mutuo

33 Segato, R. L. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos (1.ª ed.). Prometeo Libros.

Frente a esta dinámica, el feminismo propone la sororidad como un pacto político y ético de apoyo mutuo. La antropóloga Marcela Lagarde (2009) ^[34] la define como una práctica de solidaridad, alianza y comprensión entre mujeres que reconocen compartir una experiencia común de opresión y, por tanto, se constituyen en interlocutoras válidas y aliadas.

Para el personal de salud, practicar la sororidad implica:

- **Construir redes de apoyo** con colegas mujeres, generando entornos laborales de confianza y no de competencia destructiva.
- **Suspender los juicios** hacia las usuarias y sus decisiones, comprendiendo que cada mujer enfrenta la violencia desde un contexto único.
- **Validar y creer** incondicionalmente en el relato de las sobrevivientes, actuando como puente seguro en su proceso de recuperación.

La sororidad no es complicidad para encubrir negligencias, sino una solidaridad inteligente y crítica que fortalece a las mujeres, humaniza la atención y es fundamental para erradicar la violencia basada en género.

Adaptación de la atención para poblaciones vulnerables.

Esta sección de la guía es brindar herramientas prácticas al personal de salud para adaptar la atención y superar barreras, garantizando un trato respetuoso y efectivo a personas en situaciones de vulnerabilidad, tales como adolescentes, envejecientes, migrantes, LGBTQ+ y con discapacidad, especialmente en contextos de violencia.

La mejor manera de saber qué necesita una persona es preguntárselo directamente con respeto. Evite hacer suposiciones basadas en su edad, origen, identidad o condición.

1. Para Adolescentes y Jóvenes:

- **Confidencialidad:** Explique claramente los límites de la confidencialidad (ej: “Todo lo que hablemos es confidencial, a menos que corra peligro tu vida”).
- **Lenguaje:** Use palabras claras y evite lenguaje técnico médico. Asegúrese de que comprendió la información.
- **Sin juicios:** Aborde temas como sexualidad o violencia desde una posición de apoyo, no de reproche.
- **Espacio seguro:** Propicie citas a solas, sin la presencia de padres o acompañantes, para fomentar la confianza.

34 Lagarde, M. (2009). Claves feministas para la sororidad. En M. Lagarde, Los cautiverios de las mujeres: madrepasas, monjas, putas, presas y locas (pp. 617-666). Universidad Nacional Autónoma de México.

2. Para Personas Envejecientes:

- **Paciencia y respeto:** Dedique tiempo extra. Hable claro, sin infantilizar. Trátelas con la dignidad y autoridad que merece una persona adulta.
- **Comunicación efectiva:** Hable directamente a la persona, no solo a sus familiares. Asegúrese de que escuchó y entendió la información. Si hay pérdida auditiva, hable frente a ella, con claridad y a un volumen adecuado.
- **Detección específica:** Esté alerta a signos de maltrato o abuso (ej.: negligencia en el cuidado, deshidratación, lesiones inexplicables, miedo hacia su persona cuidadora, abuso económico). La violencia hacia las personas mayores suele ser invisible y normalizada.
- **Autonomía:** Involúcrelas en las decisiones sobre su salud. Su opinión debe ser siempre la prioridad, respetando su autonomía mientras sea posible.

3. Para Personas Migrantes:

- **Barrera idiomática: Nunca use a niños, niñas o familiares** como intérpretes. Solicite el apoyo de una persona intérprete profesional o use herramientas de traducción básica. Aprenda saludos básicos en los idiomas de las poblaciones migrantes de mayor presencia, como el creole.
- **Flexibilidad administrativa:** No condicione la atención a la presentación de documentos de identidad. La salud es un derecho universal.
- **Respeto cultural:** Pregunte sobre prácticas tradicionales relacionadas con el embarazo, parto o postparto e intégreles cuando no representen un riesgo.

4. Para Personas LGBTQ+:

- **Identidad:** Use el **nombre y los pronombres** (él, ella, elle) que la persona le indique. Verifique esta información discretamente al inicio de la consulta.
- **Lenguaje inclusivo:** Use preguntas abiertas como “¿Está en una relación pareja?” en lugar de asumir que tiene un “novio” o “esposa”.
- **Espacio seguro:** Muestre símbolos de diversidad (como una bandera arcoíris pequeña) en su consultorio para señalar que es un espacio libre de discriminación.

5. Para Personas con Discapacidad:

- **Pregunte primero:** “¿Hay alguna forma en que podamos hacer su visita más cómoda?”.



• **Comunicación:**

- *Auditiva:* Hable directamente a la persona, no a su intérprete o acompañante. Use papel y lápiz o gestos si es necesario.
- *Visual:* Preséntese con su nombre y función. Describa verbalmente las acciones que va a realizar.
- *Intelectual:* Use lenguaje simple y claro. Confirme que entendió las instrucciones.

- **Acceso físico:** Asegure que el camino a su consultorio sea accesible y que cuente con mobiliario que permita, por ejemplo, transferirse desde una silla de ruedas.

Pequeñas adaptaciones en nuestro trato —desde hablar con claridad a una persona envejeciente hasta aprender a decir “hola” en creole o preguntar los pronombres correctos— marcan una diferencia abismal en la experiencia de quien busca ayuda. Estas acciones no son “extras”, son la base de una atención de calidad, ética y verdaderamente universal que puede salvar vidas. Seamos conscientes de nuestras barreras y trabajemos activamente para derribarlas.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 5

Actividad	Servicios de salud: tejiendo redes de protección
Objetivos de aprendizaje	Fortalecer las capacidades del personal de salud en la articulación interinstitucional para la prevención, detección y atención de la violencia de género, con enfoque diferenciado y culturalmente competente.
Tiempo estimado	60 a 75 minutos
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Papel para sortear roles del sistema de protección (personal de salud, Ministerio Público, Ministerio de la Mujer, forense, psicólogo, trabajador social, intérprete, etc.) ▸ Casos de estudio basados en situaciones reales de VBG con perfiles diversos (adolescente, persona migrante, adulta mayor, persona LGBTQ+, con discapacidad, etc.) Se sugiere utilizar los mismos casos de las actividades 3 y 4. ▸ Hilo de lana de colores ▸ Preguntas guía para observadores y evaluadores (adaptadas al tema) ▸ Flujograma de atención (idem actividad 3)

Actividad	Servicios de salud: tejiendo redes de protección
Instrucciones	<p>Asignación de roles (5 min)</p> <p>Cada participante saca un rol de una bolsa. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ Moderador/a ▷ Médico/a de primer contacto ▷ Enfermera/o ▷ Psicólogo/a ▷ Forense ▷ Fiscal ▷ Trabajador/a social del Ministerio de la Mujer ▷ Intérprete de creole o de lenguaje de señas ▷ Coordinador de casa de acogida ▷ Personal de salud con enfoque en adolescencia ▷ Personal de salud con enfoque en personas con discapacidad ▷ Observador/a (Se repite) ▷ Evaluador/a (Se repite) <p>Notas: al crear los papeles con los roles se debe repetir los roles de personal observador y evaluador las veces necesarias para garantizar que nadie se quede sin rol. En grupos muy grandes, que superan las 35 personas, se pueden armar dos grupos de trabajo y que se analicen dos casos de manera simultánea.</p> <p>Se hace una reunión aparte con el personal observador y evaluador donde se le entregan las preguntas guía para el cumplimiento de sus roles</p>
Instrucciones	<p>3. Presentación del caso (5 min)</p> <p>Se lee un caso de VBG con perfil específico. Se sugiere utilizar los casos trabajados en los ejercicios anteriores con inclusión de detalles específicos, en caso de ser necesario.</p> <p>4. Desarrollo de la red de protección (15 min por caso)</p> <p>Las personas con roles forman un círculo, mientras que las observadoras y evaluadoras se quedan fuera para mirar</p> <p>La persona que modera le amarra el hilo de lana en el dedo a quien debe iniciar el ejercicio (elegida al azar o según su rol por el/la facilitador/a) y le pregunta “¿Qué haría usted cuando le llegue este caso en función de su rol?”</p> <p>Tras su respuesta pregunta: “¿Con quién debe hacer alianza para resolver la situación?”</p> <p>Y procede a amarrar el hilo a esa persona, a quien le hace las dos preguntas y así sucesivamente.</p> <p>Nota: durante el ejercicio, si se presenta una situación en la que un personaje necesita que la víctima tome una decisión o aporte una información, la persona que modera es quien debe aportar el dato.</p>

Actividad	Servicios de salud: tejiendo redes de protección
Instrucciones	<p>5. Observación y evaluación</p> <p>Grupo de personal observador responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se respetó la confidencialidad y el consentimiento? 2. ¿Se identificaron señales de crisis? 3. ¿Se aplicó el enfoque diferenciado (lenguaje, respeto cultural, accesibilidad)? 4. ¿Hubo revictimización o juicios? <p>Grupo de personal evaluador responde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se siguió el protocolo del MSP? 2. ¿Se notificó al Ministerio Público cuando correspondía? 3. ¿Se manejó correctamente la evidencia física? 4. ¿Se derivó a los servicios adecuados? 5. ¿Se respetaron los roles o hubo duplicidad/usurpación? <p>6. Plenaria y cierre (15 min)</p> <p>Se muestra la red de hilo como símbolo de la articulación necesaria.</p> <p>Reflexión grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué aprendimos? ¿Qué faltó? ¿Cómo mejorar la articulación real?
IDEAS CLAVES	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Todo el actuar del personal sanitario ante casos de VBG se rige por la Ley 24-97, Ley 136-03 y los protocolos del MSP. ▷ El personal de salud debe prevenir, detectar y dar una respuesta inmediata. ▷ La prioridad es no revictimizar. Se debe escuchar, creer y apoyar, sin culpar. ▷ La confidencialidad y el consentimiento son principios fundamentales, con la excepción de la notificación obligatoria. ▷ La notificación obligatoria es un deber legal en casos de violencia sexual, menores de edad o riesgo vital. ▷ La protección es una red. Salud, justicia y apoyo psicosocial deben trabajar en conjunto. ▷ La recolección y custodia de pruebas debe ser rigurosa y con consentimiento. ▷ Es una habilidad fundamental reconocer los indicadores de crisis emocional y aplicar primeros auxilios psicológicos con calma y empatía. ▷ La atención no es única. Se debe adaptar a las características particulares de cada persona, en especial ante adolescentes, personas adultas mayores, migrantes, personas LGBTQ+ y personas con discapacidad. ▷ El rol del personal sanitario es informar y apoyar, no rescatar. La decisión final siempre es de la víctima.

TEMA VII: AUTOCUIDADO DEL PERSONAL DE SALUD ANTE LA EXPOSICIÓN A CASOS DE VBG

1. La Imperativa Necesidad del Autocuidado

La exposición recurrente a relatos, situaciones y consecuencias de la Violencia Basada en Género (VBG) constituye un factor de riesgo psicosocial laboral para el personal de salud. Esta exposición puede desencadenar respuestas de estrés agudo y crónico, agotamiento emocional y, en casos severos, **Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout)** y **Trauma Vicario** (también conocido como estrés traumático secundario). [35], [36]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que los entornos laborales del sector salud son inherentemente estresantes y enfatiza que la protección de la salud mental del personal no es un lujo, sino un **componente esencial para garantizar sistemas de salud resilientes y una atención de calidad y compasiva**. [37] Este capítulo tiene como objetivo proporcionar herramientas basadas en evidencia para que el personal de salud pueda proteger su bienestar integral y sostener una práctica profesional ética y efectiva.

2. Impacto de la Exposición a la VBG en el Personal Sanitario

Trabajar con sobrevivientes de VBG implica una carga emocional significativa. Comprender los posibles efectos es el primer paso para una intervención proactiva. Estos impactos se manifiestan en múltiples dimensiones:

Trabajar con sobrevivientes de VBG implica una carga emocional significativa.

35 Figley, C. R. (Ed.). (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9780203777381/compassion-fatigue-charles-figley>

36 National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (n.d.). Secondary Traumatic Stress. Consultado el 21 de mayo de 2024 en <https://www.nctsn.org/trauma-informed-care/secondary-traumatic-stress/nctsn-resources?page=2>

37 Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Mental health at work: Policy brief. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057940>

2.1. Impacto Físico:

- **Fatiga y Agotamiento Persistente:** Resultado de la combinación de largas jornadas y el alto costo energético que demanda la escucha activa y empática.
- **Alteraciones del Sueño (Insomnio, Pesadillas):** La hiperactivación del sistema nervioso puede dificultar la conciliación del sueño o interrumpirlo.
- **Somatizaciones:** Dolores de cabeza, tensiones musculares (especialmente en cuello y espalda), y problemas gastrointestinales son comunes bajo estrés prolongado (OPS, 2020).^[38]

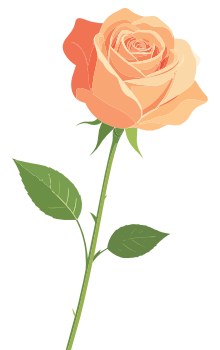
2.2. Impacto Emocional y Psicológico:

- Estrés Traumático Secundario (Trauma Vicario): Conjunto de síntomas similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que surgen de la exposición indirecta al trauma de otros. 33, 34 Incluye:
 - Revivir aspectos del evento traumático de la persona usuaria.
 - Hipervigilancia y estado de alerta constante.
 - Evitación de recordatorios del trauma (ej., posponer consultas de personas con historias similares).
- Ansiedad y Preocupación Constantemente elevadas.
- Tristeza, Desesperanza o Impotencia: Sentimientos derivados de enfrentar la magnitud del problema social de la VBG y las barreras sistémicas.
- Despersonalización: Respuesta de *burnout* caracterizada por un distanciamiento emocional o actitud cínica hacia las personas usuarias como mecanismo de defensa. 35

2.3. Impacto Cognitivo y Laboral:

- Dificultades de Concentración y Memoria: Afectando la capacidad para tomar decisiones clínicas óptimas.
- Disminución de la Empatía: La fatiga por compasión puede reducir la capacidad de conectar genuinamente con las personas usuarias. 33
- Conflictos Interpersonales: El estrés acumulado puede aumentar la irritabilidad y generar tensiones dentro del equipo. 36

38 Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Salud mental y apoyo psicosocial para el personal de salud en el contexto de COVID-19*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52044>



2.4. Impacto en el Desempeño Profesional: El agotamiento no gestionado puede conducir a:

- Una disminución en la calidad de la atención brindada.
- Un aumento en el absentismo laboral y la rotación de personal.
- La normalización de la violencia, donde el personal puede volverse menos re-activo ante los signos de VBG debido al cansancio emocional. 34

Estrategias de manejo del estrés y autocuidado.

El autocuidado debe ser entendido como un proceso activo y consciente que se practica de manera individual, colectiva e institucional. La OMS promueve un enfoque multidimensional para el bienestar del personal de salud. [39]

Estrategias Individuales (Autogestión):

Gestión del Estrés en Tiempo Real:

Técnicas de Respiración Consciente (Mindfulness): Practicar la respiración diafragmática o la técnica "4-7-8" para regular el sistema nervioso autónomo en momentos de alta tensión.

Grounding o Enraizamiento: Técnica para conectar con el presente utilizando los sentidos. Útil para manejar flashbacks o ansiedad intensa.

Hábitos de Vida Saludables:

Sueño: Priorizar la higiene del sueño (7-8 horas, ambiente oscuro y fresco, rutina relajante previa).

Nutrición: Mantener una alimentación balanceada y horarios regulares de comidas. Evitar el exceso de cafeína y azúcar, que exacerbaban la ansiedad.

El autocuidado debe ser entendido como un proceso activo y consciente que se practica de manera individual, colectiva e institucional

39 Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Salud mental y apoyo psicosocial para el personal de salud en el contexto de COVID-19*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52044>

Actividad Física Regular: El ejercicio aeróbico es un potente ansiolítico y antidepresivo natural.

Delimitación de Límites Saludables:

Separación simbólica: Crear un ritual al finalizar la jornada para “dejar el trabajo en el trabajo” y facilitar la transición al rol personal/familiar.

Estrategias Emocionales y Cognitivas:

Diálogo Interno Positivo y Auto-compasión: Reemplazar pensamientos autocríticos por otros más compasivos.

Reconexión con el Propósito (Recuperar el “Porqué”): Recordar periódicamente la vocación y los valores que llevaron a elegir la profesión sanitaria.

Expresión Emocional Segura: Llevar un diario es una aplicación práctica del principio de Figley³³ sobre la necesidad de procesar y externalizar las emociones derivadas del trauma secundario para lograr una “descarga” efectiva.

Estrategias Colectivas y de Apoyo Social:

Creación de Redes de Apoyo entre Pares: Fomentar un ambiente donde sea seguro compartir las dificultades emocionales sin juicio. El apoyo social es un factor protector clave contra el burnout.

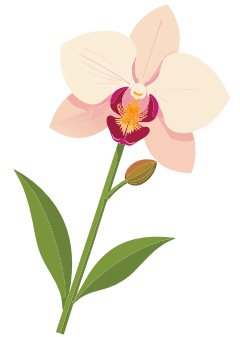
Espacios de Debriefing Estructurado: Reuniones facilitadas por un o una profesional de salud mental donde el equipo puede procesar colectivamente casos particularmente impactantes de una manera guiada y segura.

Estrategias Institucionales (Responsabilidad Organizacional):

Promoción de una Cultura del Bienestar: Las instituciones deben asumir la responsabilidad de crear entornos laborales seguros psicológicamente.

Capacitación Obligatoria y Continua: Implementar talleres regulares sobre manejo del estrés, burnout y trauma vicario.

Garantizar el Acceso a Servicios de Salud Mental: Proporcionar acceso confidencial y gratuito a servicios de psicología o consejería para el personal (OPS, 2020).



Diseño de Espacios de Descanso: Habilitar áreas dedicadas donde el personal pueda desconectarse por unos minutos.

Políticas de Carga Laboral Justas: Evaluar y redistribuir las cargas de trabajo para prevenir el agotamiento crónico.

Recomendaciones de la OMS y OPS para el Apoyo al Personal de Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en línea con la OMS, ha emitido directrices claras para proteger la salud mental del personal sanitario, especialmente en contextos de alta exigencia:

Reconocimiento y Valoración: El personal debe sentirse valorado, apoyado y escuchado por sus superiores y la institución.

Comunicación Clara y Transparente: La incertidumbre aumenta el estrés. Es crucial proporcionar información clara sobre protocolos y expectativas.

Fomento del Trabajo en Equipo y la Colaboración: Promover la rotación de tareas demandantes y la supervisión mutua.

Acceso a Recursos: Asegurar la disponibilidad de recursos materiales suficientes, ya que la escasez es una fuente importante de estrés ético y ansiedad.

Hacia una Cultura de Cuidado Colectivo

El autocuidado no es un acto de egoísmo, sino una competencia profesional esencial y un acto de responsabilidad ética. Un cuidador/ cuidadora cansado, agotado y sin recursos emocionales no puede proporcionar una atención compasiva, segura y de calidad.

La gestión del impacto emocional de atender VBG requiere un enfoque dual: el compromiso individual con las propias prácticas de autocuidado y la responsabilidad institucional de crear sistemas de apoyo robustos.^{35, 36} Fomentar una cultura donde el bienestar del equipo sea una prioridad no solo protege la salud de las y los profesionales, sino que es la base para construir un sistema de salud sanitario resiliente, efectivo y humano capaz de responder adecuadamente a las sobrevivientes de violencia de género.

El autocuidado no es un acto de egoísmo, sino una competencia profesional esencial y un acto de responsabilidad ética.

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE 6

Actividad	Tu Red de Cuidado: Tejiendo Resiliencia Colectiva
Objetivos de aprendizaje	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar al menos dos señales de impacto (físico, emocional, cognitivo) derivadas de la exposición a casos de VBG. 2. Aplicar al menos una técnica de gestión del estrés en tiempo real (respiración o <i>grounding</i>). 3. Co-crear un mapa visual de estrategias de autocuidado individuales, colectivas e institucionales. 4. Comprometerse con una acción concreta de autocuidado para la semana siguiente.
Tiempo estimado	90 minutos
Materiales	<p>Guía de Autocuidado y Soporte para Equipos que Abordan la Violencia Basada en Género</p> <p>Post-it (azul, verde y amarillo)</p> <p>Papelógrafos</p> <p>Lapiceros / Marcadores</p>
Instrucciones	<p>Introducción y Marco (10 min)</p> <p>El/la facilitador/a inicia agradeciendo la labor del personal y enmarcando el autocuidado no como un lujo, sino como una “competencia profesional esencial y un acto de responsabilidad ética” (OMS/OPS).</p> <p>Presenta brevemente los objetivos de la sesión y la normativa que respalda la salud mental del personal (referencia a OPS/OMS).</p> <p>2. Activación: “¿Cómo Llegué Hoy?” (15 min)</p> <p>Instrucción: “En un Post-it, escriban o dibujen de forma anónima una palabra o una sensación física con la que llegaron hoy, especialmente después de atender casos complejos.”</p> <p>Todas las personas pegan su Post-it en un papelógrafo.</p> <p>Reflexión grupal guiada: El/la facilitador/a agrupa las respuestas (ej: “cansancio”, “dolor de cabeza”, “preocupación”) y conecta estas experiencias con los impactos descritos en el Tema VII (agotamiento, somatización, estrés).</p> <p>Mensaje clave: “No están solos. Estas reacciones son normales ante una carga laboral emocionalmente demandante. Identificarlas es el primer paso para gestionarlas.”</p> <p>3. Taller Práctico: “Kit de Primeros Auxilios Emocionales” (20 min)</p> <p>El/la facilitador/a enseña y guía dos técnicas simples basadas en evidencia:</p> <p>Técnica de Respiración 4-7-8: Inhalar 4 segundos, retener 7, exhalar 8. Repetir 3-4 veces.</p> <p>Técnica de Grounding 5-4-3-2-1: Identificar 5 cosas que se pueden ver, 4 que se pueden tocar, 3 que se pueden oír, 2 que se pueden oler y 1 que se puede saborear.</p> <p>Instrucción: “Practiquemos juntos ahora. Estas son herramientas que pueden usar en medio de la jornada, antes de entrar a una consulta difícil o al terminar el día.”</p>

Actividad	Tu Red de Cuidado: Tejiendo Resiliencia Colectiva
Instrucciones	<p>4. Construcción Colectiva: “Nuestro Mapa del Cuidado” (30 min)</p> <p>Se dibujan tres grandes círculos en un papelógrafo con los títulos: YO, NOSOTROS, LA INSTITUCIÓN.</p> <p>Instrucción: “En nuevos Post-its, vamos a construir entre todos nuestra red ideal de cuidado. Escriban:</p> <p>En AZUL: Una estrategia que YO puedo hacer por mí mismo/a (ej: caminar 15 min, establecer un ritual de cierre).</p> <p>En VERDE: Una acción que NOSOTROS podemos hacer como equipo (ej: crear una palabra clave para pedir apoyo, hacer un debriefing rápido de 5 min tras un caso difícil).</p> <p>En AMARILLO: Un cambio que LA INSTITUCIÓN podría implementar (ej: habilitar una sala de descanso, gestionar capacitaciones continuas).”</p> <p>Todas las personas pegan sus ideas en el círculo correspondiente.</p> <p>Resultado: Se genera un mapa visual y colaborativo de estrategias de autocuidado en todos los niveles.</p> <p>5. Cierre y Compromiso (15 min)</p> <p>Reflexión Final: El/la facilitador/a recorre el mapa y destaca las ideas más poderosas y repetidas.</p> <p>Instrucción de Compromiso: “Para finalizar, cada uno elija UNA acción concreta de los círculos ‘YO’ o ‘NOSOTROS’ que se comprometa a poner en práctica en la próxima semana. Guárdenla en su mente o anótenla.”</p> <p>Mensaje Final: Reforzar la idea de que el autocuidado es un proceso continuo y que el apoyo entre pares es un pilar fundamental. Se agradece la participación.</p>
IDEAS CLAVES	<ul style="list-style-type: none"> ▷ El autocuidado no es egoísmo, es una competencia profesional esencial. ▷ Identificar las señales de impacto (sueño, irritabilidad, agotamiento) es el primer paso para actuar. ▷ Las pequeñas pausas intencionales (respiración, grounding) regulan el sistema nervioso y previenen el desgaste. ▷ El apoyo entre pares es un escudo protector contra el burnout y el trauma vicario. ▷ La responsabilidad es dual: individual (yo gestiono mi estrés) e institucional (proveen entornos y recursos seguros). ▷ Un/a cuidador/a cansado/a no puede brindar cuidado compasivo y de calidad.





ANEXOS

MÓDULO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

GUÍA PARA DOCENTES



ANEXOS

**Módulo para el abordaje integral de
sobrevivientes de violencia basada
en género desde los servicios de
salud: Guía para docentes**

2026

Proyecto “Fortaleciendo el Marco de Protección
de Derechos y Respuesta Integral a las Violencias
de Género en República Dominicana”

Anexos

Módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud: Guía para docentes

Equipo consultor

Mirna Jiménez De la Rosa

Lillian Fondeur Quiñones

Equipo asesor Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

José Mordán

Jenniffer Hernández

Beanchi Dustey

Deyanira Luna

José Lucía Pérez

Equipo asesor Profamilia

Stephanie Bayast

Myrna Flores Chang

Leopoldina Cairo

Diagramación

Esteban Aquino García

 @profamiliard

Santo Domingo, D.N.

República Dominicana, abril de 2026

Anexos, Módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud: Guía para docentes, esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación (AECID). El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Profamilia y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.

ANEXOS

Módulo para el abordaje integral de sobrevivientes de violencia basada en género desde los servicios de salud: Guía para docentes

2026

Proyecto "Fortaleciendo el Marco de Protección
de Derechos y Respuesta Integral a las Violencias
de Género en República Dominicana"

Contenido

Materiales para imprimir para los talleres 8

Actividad 2: Una historia para pensar. 8

Actividad 3: Análisis grupal de casos: identificación de VBG 8

Actividad 4: Análisis grupal de casos: atención integral
ante VBG según protocolos nacionales. 14

Actividad 5: Servicios de salud: tejiendo redes de protección 21

Instrumentos definidos por el Ministerio de Salud Pública para la atención a personas en situación de VBG 25

Formulario de Valoración de Riesgo y Pautas para
Elaboración del Plan de Seguridad. 25

Formulario de Registro de Atención a Personas en
Situación de Violencia de Género 28

Lecturas complementarias. 30

Glosario de Conceptos Clave para el Abordaje de
la Violencia Basada en Género. 30

Breve Evolución de los Derechos Humanos de las Mujeres .38

Declaración de los Derechos Sexuales 38

Sobre la trata de personas 39

Reformas conquistadas en la Constitución de la
República Dominicana vigente en el año 2025 40

Listado Cronológico de Titulares del hoy Ministerio
de Salud Pública de la República Dominicana (1908–2025) .42

Listado Cronológico de Titulares del Servicio Nacional
de Salud (2015–2026). 45

Listado Cronológico de Titulares de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2005-2026)45

Listado Cronológico de Titulares del Seguro Nacional de Salud (2004-2026)45

Caja de Herramientas complementarias para la Atención a personas en situación de VBG46

Guía de Comunicación Sensible y Primer Contacto con Víctimas y Sobrevivientes de VBG46

Indicadores de crisis.48

Atención Integral en Salud a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en Situaciones de Violencia49

Guía de Autocuidado y Soporte para Equipos que Abordan la Violencia Basada en Género55

Bibliografía para profundizar en la evidencia científica sobre VBG.58

Marco teórico base para comprender la VBG58

Sobre las consecuencias para la salud de la violencia basada en género58

Sobre la respuesta a la VBG58

Sobre el autocuidado y el cuidado colectivo del personal de salud y docentes con vinculación a la atención de personas víctimas o sobrevivientes de VBG59

MATERIALES PARA IMPRIMIR PARA LOS TALLERES

Actividad 2: Una historia para pensar

Texto “Una historia para pensar”

Un grupo de científicos colocó cinco monos en una jaula, en cuyo centro colocaron una escala, y sobre ella un montón de bananas. Cuando un mono subía la escalera para agarrar las bananas los científicos lanzaban un chorro de agua fría sobre los que quedaban en el suelo.

Después de algún tiempo, cuando un mono iba a subir la escalera, los otros lo agarraban a palos. Pasado algún tiempo más ningún mono subía la escalera, a pesar de la tentación de las bananas. Entonces los científicos sustituyeron a uno de los monos.

La primera cosa que hizo fue subir a la escalera, siendo rápidamente bajado por los otros, quienes le pegaron. Después de algunas palizas, el nuevo integrante del grupo ya no subió más la escalera. Un segundo mono fue sustituido y ocurrió lo mismo. El primer sustituto participó con entusiasmo de la paliza al novato. Un tercer mono fue cambiado y se repitió el hecho, el cuarto y finalmente el último de los veteranos fue sustituido.

Los científicos quedaron entonces con un grupo de cinco monos que, aunque nunca recibieron un baño de agua fría, continuaban golpeando a aquel que intentase llegar a las bananas.

Si fuese posible preguntar a alguno de ellos porqué le pegaban cuando alguien intentaba subir la escalera, con certeza la respuesta sería: No sé, las cosas siempre se han hecho así aquí... ¿Te suena conocido?

LA VIOLENCIA ES UNA ESTRATEGIA DE RELACIÓN APRENDIDA, NO ES INNATA.

Actividad 3: Análisis grupal de casos: identificación de VBG

Fichas descriptivas de los casos de estudios

Caso 1: La Sra. Martínez

La Sra. Martínez, de 20 años, llega a su sexta consulta prenatal con la mirada baja y movimientos nerviosos. Su esposo responde todas las preguntas del personal médico antes de que ella pueda hablar. En la última visita, su obstetra decidió programarle una cesárea porque “es más cómodo para todos”, sin explicarle alternativas. Cuando intentó preguntar sobre los riesgos, le dijeron: “Usted no entiende de estas cosas”. En casa, su suegra revisa sus gastos personales porque “las embarazadas no deben preocuparse por dinero”

En la conversación se evidencia que la Sra. Martínez vivió en el campo hasta que se casó y que siempre ha sido ama de casa.

Caso 2: Doña Carmen

Doña Carmen, de 68 años asiste a consulta de seguimiento por un sangrado vaginal y dolor pélvico, acompañada por su hija, quien empuja su silla de ruedas.

- Su médica nota que ella mira constantemente al familiar antes de responder. Al preguntarle sobre su medicamento para el dolor, comenta en voz baja: “Aunque tengo una pensión, no lo pude comprar porque mi hija dijo que era muy caro”. En la sala de espera, se escucha a una enfermera decir: “Estas viejitas siempre exageran sus dolores”. Su hija interrumpe: “Además mi esposo me dijo que la casa es nuestra ahora y que ella no necesita gastar”.
-

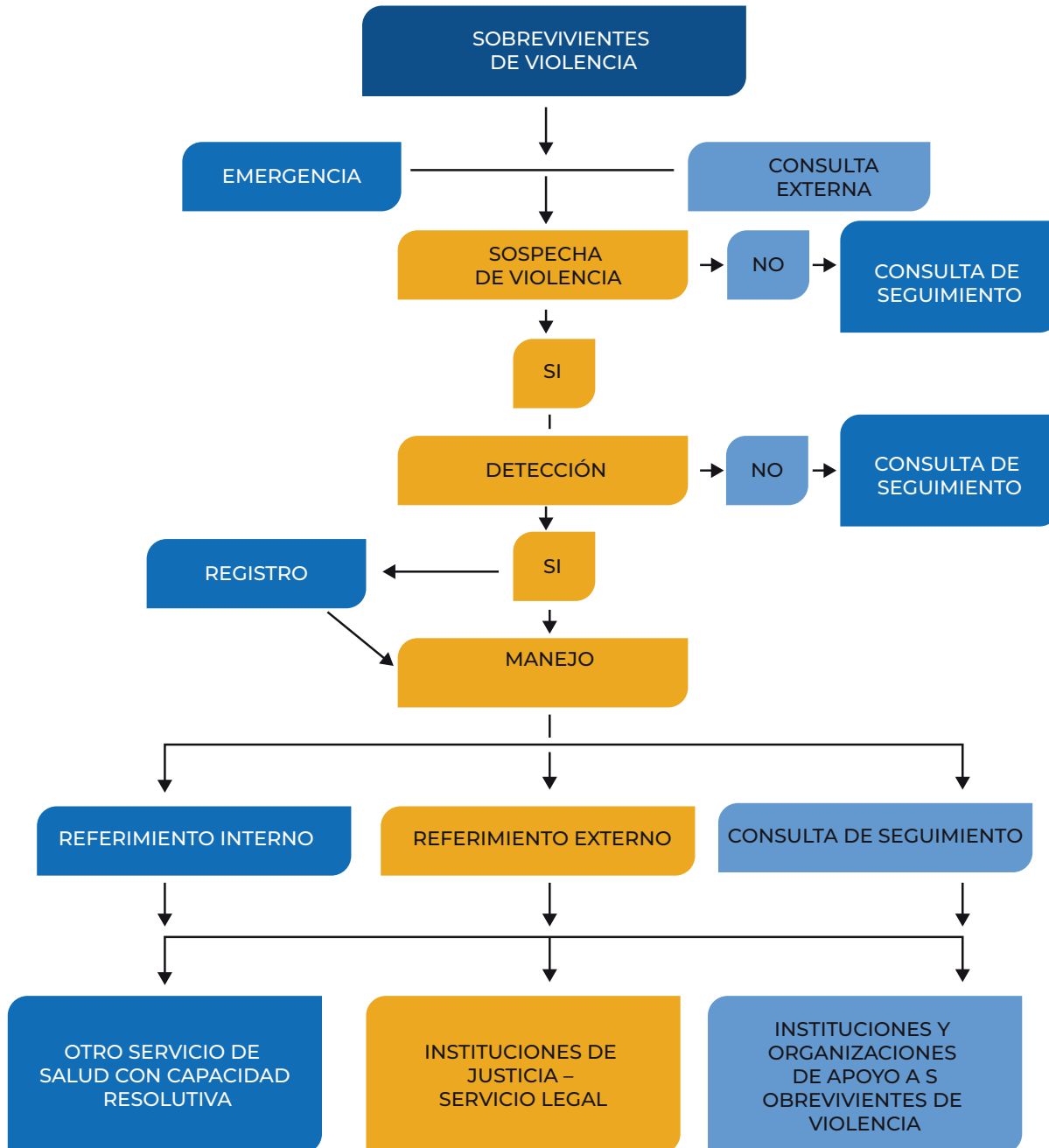
Caso 3: La Señora Rojas

La señora Rojas, migrante de 28 años, acude al centro de salud por dismenorrea incapacitante que nunca le han podido resolver, desde que era adolescente.

Al describir su trabajo de limpieza en una oficina, menciona que debe quedarse horas extras “para compensar” que no tiene papeles. Al preguntarle por sus condiciones de trabajo, ella baja la voz: “El patrón guarda mis documentos por seguridad... y a veces me pide favores especiales para que sepa lo bueno que es estar con un hombre, a ver si me enderezo”.

Flujograma de atención a casos de VBG

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CASO DE VIOLENCIA



¹ Adaptado de: Guía y protocolos de atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2012.

Infografía: Tipos y Ámbitos de la Violencia Basada en Género (VBG)

¿Dónde se ejerce la VBG?

La violencia de género puede ocurrir en todos los espacios de la vida:

- **Ámbito Privado/Doméstico:** En el hogar o en relaciones familiares o de pareja.
- **Ámbito Público:** En la calle, el trabajo, la escuela, el transporte o espacios comunitarios.
- **Ámbito Institucional:** Por acción u omisión de funcionarios públicos en instituciones del Estado.
- **Ámbito Cibernético:** A través de internet, redes sociales o medios digitales.
- **Ámbito Transnacional:** Cruza fronteras, como en casos de trata o violencia a distancia.

Tipos de Violencia

- **Violencia Física**

Acción que causa daño corporal con la fuerza o objetos.

Ejemplo: Golpes, empujones, quemaduras.

- **Violencia Psicológica**

Conductas para humillar, controlar o dañar la autoestima.

Ejemplo: Insultos, amenazas, gaslighting (“estás loca, eso no pasó”).

- **Violencia Sexual**

Actos sexuales no consentidos o forzados.

Ejemplo: Violación, acoso sexual, imposición de prácticas.

- **Violencia Económica**

Control o sabotaje de los recursos económicos.

Ejemplo: Robar el salario, prohibir trabajar, no dar dinero para necesidades.

- **Violencia Patrimonial**

Destrucción, retención o robo de bienes y documentos.

Ejemplo: Romper el celular, esconder documentos de identidad.

- **Violencia Simbólica**

Mensajes culturales que naturalizan la desigualdad.

Ejemplo: Chistes sexistas, publicidad que cosifica a las mujeres.

- **Violencia Institucional**

Cuando las instituciones niegan o dificultan el acceso a derechos.

Ejemplo: Un policía que se niega a tomar una denuncia.

- **Violencia Vicaria**

El agresor daña o mata a seres queridos de la mujer para hacerla sufrir.
Ejemplo: Amenazar con hacerle daño a los hijos o hijas.

- **Feminicidio**

Forma extrema: el asesinato de una mujer por ser mujer.

~~~~~  
*¡La VBG es una violación de derechos humanos!*

Detectar, atender y prevenir es responsabilidad de todos y todas.  
~~~~~

Clasificación de la Complejidad del Caso

La valoración del riesgo determina la complejidad y la ruta de actuación.

Nivel de Complejidad	Criterios Clave (Indicativos)	Acciones Inmediatas
ALTA (Riesgo de Vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas positivas en ítems críticos del Formulario de Valoración de Riesgo (ej., estrangulación, amenazas de muerte, uso de armas, creer que es capaz de matarla). - Lesiones graves. - Violencia sexual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Clínica Inmediata: Estabilización y tratamiento. 2. Notificación OBLIGATORIA: <ul style="list-style-type: none"> - Fiscalía: Vía Línea Vida (809-200-1202). - CONANI: Si hay NNA involucrados. 3. Elaboración de Plan de Seguridad. 4. Recolección de Evidencias: Fotografías, descripción forense de lesiones.
MEDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Respuestas positivas en ítems de control y violencia física recurrente. - Lesiones moderadas. - Presencia de signos psicológicos severos (ej., ideación suicida). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento Ambulatorio. 2. Atención Psicológica. 3. Notificación a CONANI (para NNA) o Juntas Locales. 4. Elaboración de Plan de Seguridad. 5. Visitas Domiciliarias (seguimiento).
LEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio de violencia psicológica o física sin lesiones. - Bajo riesgo según valoración. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación y Educación. 2. Derivación a Programas Comunitarios. 3. Seguimiento sin notificación inmediata.

LEYES Y OTRAS NORMATIVAS RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN ANTE VBG

Hoja de referencia legal rápida–violencia basada en género

Material de consulta para actividades

Normativa nacional vigente–actualizada

Ley	¿Qué protege?	Artículos clave
Ley 76-02 (Código Penal)	Delitos de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 295: Homicidio agravado (aplica a VBG) • Art. 304: Asesinato • Art. 332-336: Delitos sexuales • Art. 337-340: Acoso sexual
Ley 24-97	Violencia contra la mujer e intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 1-2: Define tipos de violencia • Art. 7-8: Medidas de protección
Ley 136-03	Derechos de niños, niñas y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 1: Interés superior del niño • Art. 35: Protección contra maltrato
Ley 285-04 (Migración)	Trata de personas y protección migrantes	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 78-85: Trata de personas
Ley 16-92 (Código Trabajo)	Igualdad y no discriminación laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 46: Igualdad salarial • Art. 247: Protección acoso laboral
Constitución 2010	Derechos fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 39: Igualdad • Art. 42: Protección familiar

NOTA IMPORTANTE SOBRE FEMINICIDIO:

- **No existe tipificación específica** en República Dominicana (vigente a 2025)
- Se judicializa como **homicidio agravado** con circunstancias atenuantes
- Existen **iniciativas legislativas** en debate para su tipificación

CONVENIOS INTERNACIONALES

Convenio	Año	Contenido clave relevante para VBG
CEDAW (Convención Eliminación Discriminación vs Mujer)	1979	<ul style="list-style-type: none"> · Art. 12: Eliminar discriminación en servicios de salud (incl. planificación familiar y atención obstétrica) · Art. 16: Derecho a decidir libremente sobre reproducción
Convención Belém do Pará	1994	<ul style="list-style-type: none"> · Art. 4: Derecho a vivir libre de violencia, incluyendo violencia obstétrica y denegación de atención · Art. 7: Obliga a Estados a modificar prácticas culturales que dañen la salud de las mujeres
Principios de Yogyakarta	2007	<ul style="list-style-type: none"> · Principio 17: Derecho a atención de salud sin discriminación por orientación sexual o identidad de género · Principio 18: Protección contra abusos médicos y tratamientos forzados · Principio 21: Derecho a la no criminalización de la identidad de género
Protocolo Facultativo CEDAW	1999	<ul style="list-style-type: none"> · Mecanismo que permite a mujeres denunciar violaciones a sus derechos sanitarios ante la ONU si el Estado no responde
Declaración de Viena	1993	<ul style="list-style-type: none"> · Primer reconocimiento de la violencia contra mujeres como violación de derechos humanos

Actividad 4: Análisis grupal de casos: atención integral ante VBG según protocolos nacionales

TARJETAS DE CASOS

Ejemplo 1:

- **Paciente:** Niño de 18 meses.
 - **Acompañante:** Madre
 - **Situación:** Presenta llanto intenso y que se incrementa con los movimientos de los miembros inferiores.
 - **Al realizar pruebas diagnósticas:** presenta fractura de fémur aguda, fracturas costales en curación y moretones en la espalda con forma de mano.
 - **Versión de la persona cuidadora:** «Se cae mucho cuando corre».
-

Ejemplo 2:

- **Paciente:** Niña de 10 años
 - **Acompañante:** Madre
 - **Situación:** la refieren de la escuela por bajo rendimiento escolar. Su madre mientras habla con el personal de psicología, interrumpe su relato y le dice a la niña: “Es un burra, nunca aprende”.
 - **Al realizar pruebas diagnósticas:** Cuando se le pide hacer un dibujo, la niña dibuja figuras pequeñas y borradas.
-

Ejemplo 3:

- **Paciente:** Niño de 7 años
- **Acompañante:** Abuela que no vive con el niño
- **Situación:** está muy flaco, y no crece. Dice que es el más pequeño de su curso.
- **Al realizar examen físico:** peso por debajo del 3er percentil, caries extensas y piojos.
- **Versión de los padres:** La abuela explica que la madre siempre dice que el niño “Es un mañoso, que nunca quiere comer nada y solo se antoja de malta india”.

Ejemplo 4:

- **Paciente:** Niña de 13 años
- **Acompañante:** Madre
- **Motivo de consulta:** la niña siempre está cansada y se la pasa vomitando, fundamentalmente en las mañanas
- **Hallazgo de interrogatorio:** No recuerda la fecha de la última menstruación.
- **Examen físico:** No se observan lesiones genitales externas.
- **Al realizar pruebas diagnósticas:** Prueba de embarazo positiva.
- **Versión de la madre:**
 - *“Ella es muy tranquila, no tiene novio. Esto debe ser un error.”*
- **Entrevista con la niña (en privado):**
 - *“A veces mi tío (hermano de la madre) me visita cuando mi mamá no está... me da miedo contarle.”*

TARJETAS U HOJA DE RESPUESTAS GUIADAS CON LAS PREGUNTAS CLAVE PARA CADA CASO.

Cada grupo analizará el o los casos asignados siguiendo esta estructura basada en las preguntas del PDF:

- **Paso 1: Identificar inconsistencias.** ¿Es la versión de quien cuida incongruente con los hallazgos clínicos? ¿Por qué?
- **Paso 2: Determinar estudios clave.** ¿Qué exámenes o evaluaciones son cruciales para confirmar el diagnóstico y documentar el maltrato o abuso?
- **Paso 3: Plan de manejo inmediato.** ¿Cuáles son las acciones urgentes?
- **Paso 4: Plan de seguimiento.** ¿Qué acciones se deben tomar a mediano plazo?

Protocolos de apoyo

Resumen de los flujos de notificación y tabla de clasificación de complejidad.
(Basado en las Directrices del MSP, 2025)

Clasificación y Manejo por Nivel de Complejidad

Complejidad	Intervenciones	Notificación
Alta (riesgo de vida)	- Hospitalización inmediata. - Recolección de evidencias (fotos, muestras). - Profilaxis ITS/VIH (violencia sexual).	Fiscalía y CONANI (obligatorio).
Media	- Tratamiento ambulatorio. - Terapia psicológica. - Visitas domiciliarias.	CONANI/Juntas Locales.
Leve	- Educación a cuidadores. - Derivación a programas comunitarios.	Seguimiento sin notificación inmediata.
Específicos por tipo de violencia:		
Violencia sexual: Aplicar profilaxis ITS/VIH en primeras 24 horas y anticoncepción de emergencia.		
Negligencia: Derivar a programas de nutrición y apoyo familiar.		

2. Flujos de Notificación Obligatoria

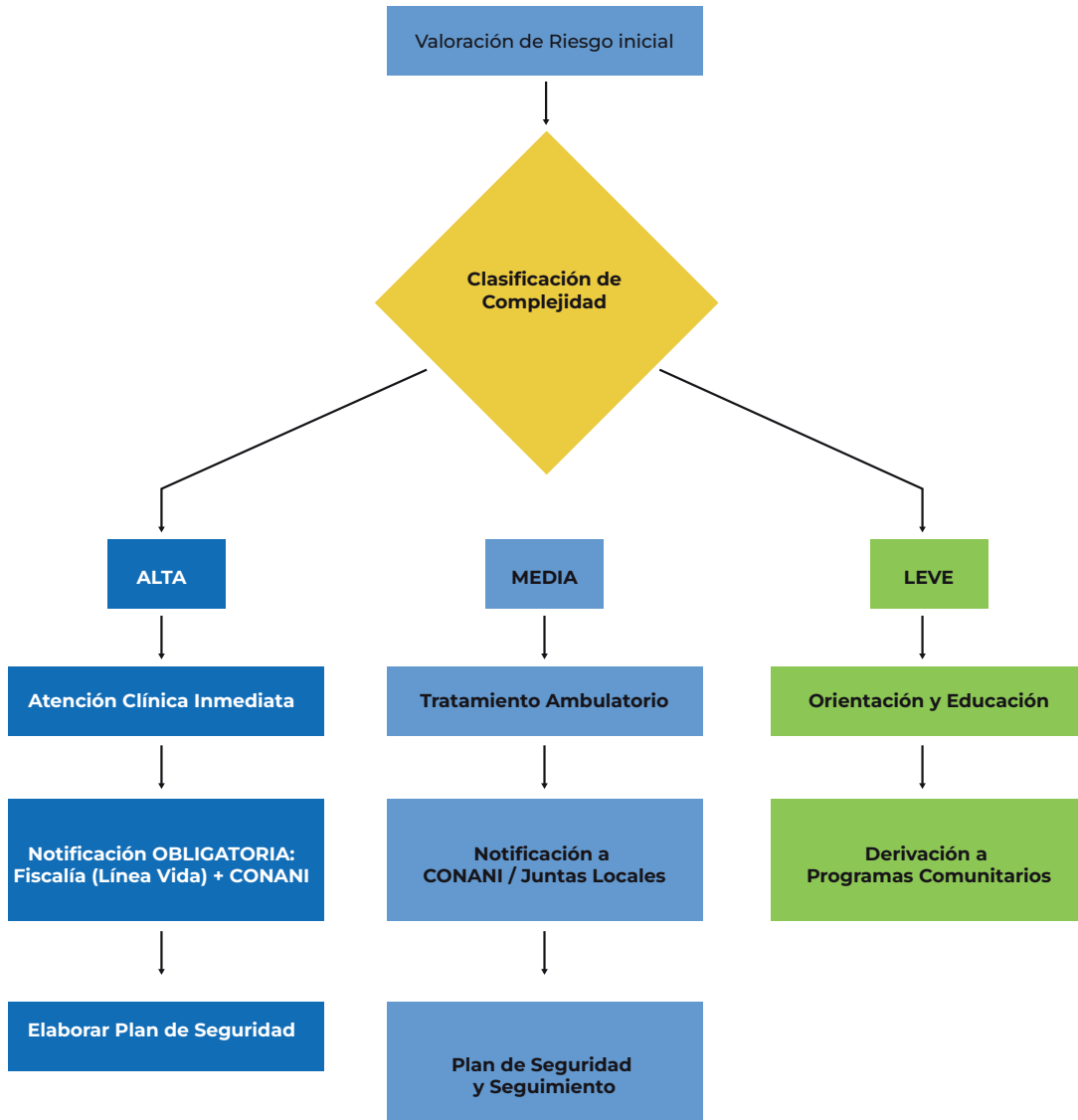
La notificación es un deber ético y legal del personal de salud para activar la red de protección.

Caso / Situación	Autoridad a Notificar	Acción de Notificación
Todos los casos de ALTA complejidad (Riesgo de vida, violencia sexual, feminicidio íntimo inminente).	Ministerio Público (Fiscalía)	Vía Línea Vida: 809-200-1202 · Se debe reportar de inmediato para medidas de protección.
Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) (especialmente violencia sexual y física de media/alta complejidad).	1. Fiscalía (Línea Vida). 2. CONANI (Oficinas Municipales/ Locales).	· Notificación obligatoria e inmediata para medidas de protección y acogimiento.
Mujeres en situación de VBG que requieran refugio o apoyo legal especializado.	Ministerio de la Mujer	Línea de Ayuda: 809-689-7212 o *212 · Derivación para acceso a refugios y asesoría legal.

Notas Clave:

- **Confidencialidad y No Revictimización:** Toda la información debe manejarse con estricta confidencialidad. Evite que la persona tenga que repetir su testimonio múltiples veces.
- **Consentimiento:** Siempre que sea posible, informe a la persona sobre los pasos que se seguirán, incluyendo la notificación.
- **Articulación Interinstitucional:** La efectividad de la respuesta depende de la coordinación entre Salud, Fiscalía, CONANI y el Ministerio de la Mujer.

3. Flujo Gráfico Simplificado del Proceso



LISTA DE “IDEAS CLAVE” O RECORDATORIOS SOBRE HALLAZGOS FORENSES

(Ej.: Fracturas en no deambuladores, patrones de quemaduras sugestivas de abuso).

1. Su Valor como Prueba es Fundamental

- La documentación clínica y las evidencias recolectadas por el personal de salud pueden ser **determinantes en un proceso judicial**. Su registro preciso puede hacer la diferencia entre el acceso a la justicia o la impunidad.

2. El Relato de la Persona es un Hallazgo en Sí Mismo

- **Crear en el relato de la sobreviviente es el primer paso forense**. La consistencia de su testimonio es una evidencia poderosa. Anote sus palabras textuales entre comillas («») siempre que sea posible.

3. La Historia No Coincide con la Lesión = Bandera Roja

- Una de las señales forenses más críticas es la **discrepancia** entre el mecanismo de la lesión descrito por la persona y las características de la lesión observada (ej.: «se cayó» vs. moretones en forma de dedos; fracturas en no deambuladores). Esto debe documentarse con precisión.

4. Documente lo que VE, no solo lo que le CUENTAN

- Describa objetivamente las lesiones en la historia clínica y el formulario de registro:
 - **Tipo:** Moretón, corte, quemadura, fractura.
 - **Localización exacta:** Use términos anatómicos (ej.: «tercio medio del brazo izquierdo»).
 - **Forma, Color, Tamaño:** (ej.: «equimosis redonda de 3cm de diámetro, color violáceo, en región malar izquierda»).
 - **Antigüedad estimada.**

5. La Fotografía es su Mejor Aliada

- **Fotografíe todas las lesiones**, con y sin escala (usando una regla o un objeto de referencia). Asegúrese de incluir una foto con un identificativo (ej.: número de expediente y fecha). Las fotos deben ser nítidas, a color y mostrar la localización general y el detalle de la lesión.

6. El “Mapa Corporal” es un Documento Legal

- El dibujo de la figura humana en el formulario de registro debe ser **completado y detallado**. Marque y anote todas las lesiones, incluso las más pequeñas o “leves”. Un moretón es la evidencia de un acto violento.

7. La Ausencia de Lesión Visible NO Significa Ausencia de Violencia

- La violencia psicológica, sexual y económica **no siempre dejan marcas físicas**. El registro de los signos y síntomas psicológicos (ansiedad, miedo, llanto) es igual de crucial.

8. La Oportunidad se Pierde Rápidamente

- Las evidencias físicas (rastros de piel, fibras, fluidos biológicos) son frágiles. En casos de violencia sexual, la profilaxis para ITS/VIH y la recolección de muestras (si hay un kit disponible) deben ser **en las primeras 72-120 horas**. La anticoncepción de emergencia tiene una ventana de hasta 120 horas.

9. Su Testimonio Puede Ser Solicitado

- El profesional que atendió el caso y llenó el formulario puede ser citado a declarar ante un tribunal. Un **registro claro, completo y objetivo** facilita este proceso y fortalece la credibilidad del caso.

10. «Primero, No Hacer Daño» también es Forense

- El proceso de recolección de evidencias y documentación no debe revictimizar. Realice los exámenes con el **máximo respeto, sensibilidad y el menor número de intervenciones necesarias**. Explique cada paso a la persona y asegure su privacidad.

Recordatorio:

Usted no es un perito forense, pero es el primer y a veces el único eslabón en la cadena de justicia. Su observación cuidadosa y su documentación precisa son la base sobre la cual se construye la protección y la justicia para la sobreviviente.

Actividad 5: Servicios de salud: tejendo redes de protección

Papel para sortear roles del sistema de protección

Moderador/a
Médico/a de primer contacto
Enfermera/o
Psicólogo/a
Forense
Fiscal
Trabajadora social del Ministerio de la Mujer
Intérprete de creole o de lenguaje de señas
Coordinadora de casa de acogida
Personal de salud con enfoque en adolescencia
Personal de salud con enfoque en personas con discapacidad
Observador/a
Observador/a
Observador/a
Observador/a
Observador/a
Observador/a
Evaluador/a
Evaluador/a
Evaluador/a
Evaluador/a
Evaluador/a

Preguntas guía del grupo de personal observador:

1. ¿Se respetó la confidencialidad y el consentimiento?

2. ¿Se identificaron señales de crisis?

3. ¿Se aplicó el enfoque diferenciado (lenguaje, respeto cultural, accesibilidad)?

4. ¿Hubo revictimización o juicios?

Preguntas guía del grupo de personal evaluador:

1. ¿Se siguió el protocolo del MSP?
2. ¿Se notificó al Ministerio Público cuando correspondía?
3. ¿Se manejó correctamente la evidencia física?
4. ¿Se derivó a los servicios adecuados?
5. ¿Se respetaron los roles o hubo duplicidad/usurpación?

INSTRUMENTOS DEFINIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VBG

Formulario de Valoración de Riesgo y Pautas para Elaboración del Plan de Seguridad

FORMULARIO DE VALORACIÓN DE RIESGO Y PAUTAS PARA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD

Establecimiento de Salud: _____ Fecha: _____
 Nombre: _____ No. Expediente: _____

No.	Pregunta	Sí	No
1	¿Ha aumentado la frecuencia de violencia física últimamente?		
2	¿Ha aumentado la severidad de la violencia física últimamente y/o ha habido uso de armas (de fuego, cortantes u otras, amenazas de hacerlo)?		
3	¿Alguna vez ha tratado de ahorcarla?		
4	¿Alguna vez ha tratado de estrangularla?		
5	¿Hay algún arma de fuego u otra que pueda hacerle daño?		
6	¿Alguna vez ha sido forzada a tener relaciones sexuales?		
7	¿La ha tratado de inducir a tomar alcohol de algún tipo?		
8	¿La ha incitado a usar drogas, como: Cocaína, Marihuana u otras?		
9	¿Amenaza con matarla?		
10	¿Usted cree que es capaz de matarla?		
11	¿Controla la mayoría de sus actividades diarias?		
	¿Le dice quiénes pueden ser sus amistades?		
	¿Cuánto dinero debe usar para comprar?		
	¿Cuándo, dónde y con quién salir?		
	¿Llama constantemente para saber qué está haciendo?		
	¿Le persigue a donde va?		
12	¿Alguna vez la ha golpeado durante el embarazo?		
13	¿Hay celos constantes y violentos? Por ejemplo, le dice: ¿Tú eres mía o de nadie?		
14	¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?		
	¿Lo ha intentado?		
15	¿Es violento con sus hijos e hijas?		
16	¿Es violento con familiares de usted o conocidos?		
17	¿Abusa sexualmente de sus hijos y/o hijas?		
18	¿Tiende a destruir objetos o pertenencias cuando se enoja?		
19	¿Conoce si el agresor está vinculado a otro hecho de violencia?		
20	¿Siente usted que su vida o la de sus hijos e hijas está en peligro?		

Total de respuestas positivas: _____
 Respuestas positivas del 1 al 7 y del 10 al 16 son indicativas de la necesidad de protección inmediata (Ver pautas de elaboración Plan de seguridad).

MEDIDAS TOMADAS POR EL PERSONAL:

Referido a: _____
 Se le dio orientación sobre: _____
 Se le dio apoyo psicológico: Sí ____ No ____
 Se elaboró plan de seguridad: Sí ____ No ____
 Personal que atiende: _____

Adaptado de: Normas nacionales para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, 2011.

Fuente: Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género de marzo 2025. Emitida por el Ministerio de Salud Pública.

PAUTAS PARA ELABORAR PLAN DE SEGURIDAD

¿Qué es un plan de seguridad?

El plan de seguridad es el conjunto de estrategias, alternativas y medidas que una víctima de violencia puede ejecutar ante un alto riesgo para su integridad y la de sus hijos e hijas. Este plan se realiza después de una valoración de riesgo cuyo resultado indica que existe una situación de alta vulnerabilidad para la mujer.

El personal de salud debe elaborar este plan junto a la mujer, tomando en cuenta sus necesidades y escenarios particulares, propiciando que sea realista y ejecutable en un momento de crisis. Hay que validar y respetar las decisiones de la mujer en situación de violencia.

Pautas para elaborar el plan de seguridad, tomando en cuenta las necesidades y realidades de la persona afectada

- Identifique lugares de confianza, donde podría acudir a refugiarse en caso de una emergencia, si son más de uno pedirle que priorice.
- Si no ha contado a alguien de su situación de violencia, hágalo con personas de confianza de forma que puedan servirle de apoyo.
- Haga acuerdos con estas personas de confianza y acuerden alguna señal que sirva como alerta de que necesita ayuda inmediata.
- Hacer acuerdos con las hijas e hijos sobre sus propias medidas de seguridad si son |testigos de violencia: como por ejemplo salir de la casa, pedir ayuda.
- Trate de fotocopiar los documentos personales y guárdelos en un lugar seguro dentro de un bulto o cartera, que no sea el mismo lugar donde están los originales. De ser posible, guarde originales donde una persona de confianza.
- Guarde cierta cantidad de dinero en efectivo para transportarse y mantenga su celular cargado y disponible para realizar llamadas.
- Tenga preparado un bulto con ropas y pertenencias para usted y sus hijas e hijos.
- En caso de que decida irse, de ser posible, traiga a sus hijos e hijas consigo.

Pautas mientras esté en casa

- Aparte y ahorre todo el dinero que le sea posible, de ser necesario vaya ahorrando pequeñas cantidades del dinero diario.
- Identifique posibles salidas de emergencia.
- Planifique, practique y aprenda bien los pasos a seguir en caso de tener que escapar (si considera prudente, podría hacerlo con sus hijas e hijos).
- Si están en una discusión acalorada procure mantenerse en lugares que le ofrezcan posibilidad de escapar, como las puertas de salida y lejos de donde él pueda encontrar o tomar un arma u objeto que pueda usar como tal.

Instructivo para el Llenado Del Formulario de Valoración de Riesgo y Pautas para Elaboración del Plan de Seguridad

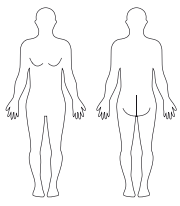
Este formulario contiene una serie de preguntas dirigidas a la mujer sobreviviente de violencia, las cuales deben ser aplicadas por el personal de salud, garantizando la confidencialidad y privacidad.

Cada pregunta será respondida de forma afirmativa o negativa (Si/No). La valoración del riesgo estará dada por las respuestas afirmativas a las preguntas contenidas en el formulario, según se describe en este.

Las pautas para la elaboración del Plan de Seguridad se utilizan cuando los resultados de la valoración del riesgo indican una alta vulnerabilidad para la mujer.

Al final del formulario se describen las medidas tomadas por el personal de salud en función de la valoración del riesgo.

Formulario de Registro de Atención a Personas en Situación de Violencia de Género

FORMULARIO DE REGISTRO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO				
Fecha: _____ Hora: _____ No. Expediente: _____				
1. CENTRO DE SALUD				
Centro de Salud: _____ Servicio regional de Salud: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____				
2. DATOS				
2.1 Datos personales: Nombre: _____ Apellidos: _____ Apodo: _____ Hombre () Mujer () Estado civil: _____ No. hijos/as: _____ Nivel educativo: _____ Ocupación: _____ Nacionalidad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Afilación a seguridad social: No: _____ Si: _____ Titular: () Dependiente () Aseguradora: _____			2.2 Condición vulnerabilidad: Discapacidad: No: _____ Si: _____ Tipo: _____ Embarazo y puerperio: No: _____ Si: _____ Migrante: No: _____ Si: _____ Viviendo con VIH: No: _____ Si: _____ Niña / Adolescente: No: _____ Si: _____ Otra: _____	
2.3 Datos de acompañante: Nombre: _____ Apellidos: _____ Apodo: _____ Sexo: Hombre () Mujer () Dirección: _____ Teléfono: _____ Relación con la persona usuaria: _____				
3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN				
3.1 Fecha de la agresión: _____ 3.2 Frecuencia: _____ Primera vez () Reincidente () Cuántas ()		Tipo de maltrato: Físico () Sexual () Psicológico ()	3.4 Lugar de la ocurrencia: Escuela () Hogar () Lugar de recreación () Lugar de trabajo () Vía Pública () Transporte público () Otro: _____	
3.5 Tipo de lesión física	3.6 Medio utilizado	3.7 Localización de la lesión		3.8 Gravedad de la lesión
Contusiones () Heridas por armas blanca () Lesiones por asfixia mecánica () Lesiones por arma de fuego () Ahogamiento o por inmersión () Quemaduras () Lesiones por sustancias cáusticas () Lesiones en órganos de los sentidos () Lesiones neurológicas posterior a traumatismo craneoencefálico () Otros: _____	Objeto punzante () Objeto cortante () Objeto contundente () Sustancia cáustica () Arma de fuego () Se ignora () Otros: _____	Cabeza o cuello () Cara () Oídos () Brazos y/o manos () Tórax () Columna vertebral () Abdomen () Pelvis () Glúteos () Piernas y/o pies () Área genital () Otros: _____		 Leve () Moderada () Grave ()
3.9 Presencia de signos y síntomas tipo psicológico: Ansiedad () Angustia () Irritabilidad () Llanto () Ira () Miedo () Aislamiento () Ideación suicida () Otros: _____				
4. RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL				
Diagnóstico (CIE-11): _____				
5. DATOS DE SUPUESTA PERSONA AGRESORA				
Se ignora () Edad () Hombre () Mujer () Parentesco: Cónyuge () Pareja () Padrastro () Padre () Madre () Otro: _____				
6. ATENCIÓN				
6.1 Servicio de Atención: Consulta externa () Tipo: _____ Emergencia () Hospitalización () Otro Servicio: _____		6.3 Medidas tomadas: Hospitalizada () Referida a Consulta Externa () ¿Cuál?: _____ Referida a otro centro de salud () ¿Cuál?: _____ Referida a otra institución () ¿Cuál?: _____ Otras: _____		
6.2 Descripción de la Atención: Tratamiento clínico () Tratamiento psicológico () Tratamiento quirúrgico () Otros: _____				
7. NOTIFICACIÓN				
8. OBSERVACIÓN				
Se avisó al Ministerio Público: No () Sí () Especifique: _____ Nombre persona que atendió: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____				
Nombre profesional atende: _____ Firma: _____ Fecha: _____				

Instructivo del Formulario de Registro de Atención a Personas en Situación de Violencia de Género

Este instrumento será llenado a la persona en situación de violencia detectada en el establecimiento de salud, en este se registran las informaciones pertinentes relacionadas con la situación de violencia. Este debe ser llenado en su totalidad, tomando en cuenta los parámetros descritos en las presentes Directrices y en los protocolos específicos, evitando la revictimización.

El llenado del instrumento se hará marcando con una X las opciones que corresponda, teniendo presente que se puede marcar más de una opción si aplica. Además, incluye casillas para completar información específica.

- El instrumento debe ser completado por el profesional a cargo de la atención, indicando la fecha, hora y número de expediente.
- En la casilla 1, se completan los datos sobre el establecimiento de salud.
- La casilla 2 corresponde a los datos de la persona atendida. Estos se obtienen directamente de la persona y/o acompañante, según sea el caso. El apartado 2.1 se refiere a los datos personales; el 2.2 indica si existe alguna condición de vulnerabilidad y en el 2.3 se recogen los datos de alguna persona acompañante.
- Para el llenado de la casilla 3 sobre la descripción de la situación el profesional de salud reseña los aspectos más relevantes, según lo informado por la persona. Se indaga sobre la fecha de la agresión, la frecuencia, lugar de ocurrencia y tipo de violencia, tomando en cuenta que puede marcar más de una casilla. En los apartados 3.5, 3.7 y 3.8, están referidos a lesiones físicas: el personal de salud completará según su observación, examen y experiencia profesional, mientras que en el 3.6, debe preguntar a la persona, si está en condiciones de responder, con qué tipo de objeto fue agredida. En el apartado 3.7 se marca con una X las áreas afectadas y también se señala en el dibujo de la figura humana. En el apartado 3.9 describe la presencia de signos y síntomas de tipo psicológico, para marcar según valoración del profesional.
- En la casilla 4 se realiza un resumen de la situación actual, señalando el diagnóstico de acuerdo al CIE-11, para que pueda ser registrado en las estadísticas (maltrato físico, psicológico y/o sexual).
- En la casilla 5, se registran los datos de la supuesta persona agresora. Si la usuaria desconoce por quién fue agredida, se marca que el dato se ignora.
- En la casilla 6 es importante el llenado de toda la atención que se proporcionó y las medidas tomadas.
- En la casilla 7 se registra la notificación al Ministerio Público, especificando el lugar exacto donde se notificó y quien atendió. Además, se registra si hubo otro tipo de notificación, especificando la institución.
- En la casilla 8 se completa con cualquier observación relevante.
- Por último, el personal de salud que atiende coloca el nombre, firma y fecha.
- Este instrumento se incluye en el expediente para que la información sirva como base a todo el personal de salud que atiende a la persona.

LECTURAS COMPLEMENTARIAS

Glosario de Conceptos Clave para el Abordaje de la Violencia Basada en Género

Este glosario reúne y amplía los conceptos fundamentales para comprender las raíces, mecanismos y expresiones de la violencia basada en género. Su dominio es esencial para una detección temprana, una comunicación sensible y una intervención efectiva. Permite identificar no solo la violencia física, sino también sus formas más sutiles y normalizadas. Su diseño busca ser una herramienta de consulta rápida e integral para quien facilita los procesos de formación y atención.

A

Acoso Callejero

Forma de violencia de género que ocurre en espacios públicos, consistente en comentarios, gestos, sonidos o acciones de naturaleza sexual no consentidos, dirigidos a una persona por su género o identidad de género, generando intimidación, hostilidad, degradación, humillación o un ambiente ofensivo.

Acoso Sexual

Cualquier comportamiento de naturaleza sexual no deseado por la persona que lo recibe, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra su dignidad, o de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

Androcentrismo

Visión del mundo y perspectiva cultural que coloca al hombre y a lo masculino como el centro y la medida de todas las cosas, la referencia universal. Las experiencias, valores y puntos de vista masculinos son considerados la norma, mientras que los de las mujeres son tratados como particulares, secundarios o desviados.

Atención Diferenciada y Culturalmente Competente

Atención en salud que reconoce y responde a las necesidades específicas, creencias, valores y prácticas culturales de las personas, adaptando los servicios para que sean efectivos y respetuosos con su contexto social y cultural.

Atención centrada en la persona

Enfoque que prioriza la autonomía y las necesidades de la persona atendida.

Atención humanizada

Modelo de atención que promueve el trato digno, empático y libre de juicios hacia las personas usuarias.

Atención Integral a la VBG

Enfoque de atención que abarca la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo a sobrevivientes de violencia basada en género, a través de servicios coordinados de salud, legales, psicosociales y de protección, con el objetivo de restaurar su bienestar y autonomía.

Autocuidado del personal de salud

Estrategias personales y colectivas para prevenir el desgaste emocional y mantener el bienestar en la atención a sobrevivientes.

C

Ciberviolencia

Forma de violencia que se ejerce a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), incluyendo redes sociales, mensajería instantánea y correo electrónico. Comprende actos como el acoso en línea, la difusión no consentida de imágenes o información íntima (pornografía de venganza), el hostigamiento, la suplantación de identidad y las amenazas digitales.

Ciclo de la Violencia

Patrón recurrente y predecible en las relaciones de pareja abusivas, que consta de tres fases: 1) Acumulación de tensión, 2) Episodio agudo de violencia, y 3) Luna de miel o reconciliación. Este ciclo genera un vínculo traumático que dificulta que la mujer pueda salir de la relación.

Confidencialidad

Principio ético y legal que obliga a las y los profesionales de la salud a resguardar la información personal y sensible de las usuarias, revelándola solo con su consentimiento o en los casos específicos que la ley exija (como el deber de notificar situaciones de riesgo vital).

Currículo Explícito

Conjunto de conocimientos, objetivos, contenidos y criterios de evaluación que son formalmente planificados, escritos y reconocidos por una institución educativa.

Currículo Oculto

Conjunto de normas, valores, creencias, roles y expectativas que se transmiten de manera implícita e informal en el entorno educativo, a través de las interacciones, las prácticas institucionales y los materiales, reforzando frecuentemente estereotipos y desigualdades de género.

D

Derechos Humanos

Derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna. Son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes. Incluyen el derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la dignidad y la no discriminación.

Derechos sexuales y reproductivos

Derechos vinculados a la autonomía corporal, libre decisión reproductiva y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Desigualdad de Género

Situación en la que, por razones de género, se niega a las mujeres y niñas el acceso igualitario a derechos, oportunidades y recursos. Se manifiesta en la distribución inequitativa de poder, la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, y en normas culturales que perpetúan la subordinación.

E

Enfoque de derechos humanos

Marco que orienta la acción institucional en salud desde la dignidad, la igualdad y la no discriminación.

Enfoque de género en salud

Perspectiva que analiza cómo las diferencias sociales entre hombres y mujeres afectan su acceso, uso y calidad de servicios de salud.

Espacios de Socialización de Género

Ámbitos sociales (como la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares y las instituciones religiosas) donde se aprenden, interiorizan y reproducen los roles, estereotipos, normas y expectativas asociados al género.

Estereotipos de Género

Creencias generalizadas y preconcebidas sobre las características, atributos y roles que “deben” tener hombres y mujeres en una sociedad. Son simplificaciones rígidas que limitan el desarrollo pleno de las personas y justifican la discriminación.

F

Feminicidio

Forma extrema de violencia de género, consistente en el asesinato de una mujer por el hecho de ser mujer, en un contexto de desigualdad y discriminación sistemática. Implica que el Estado puede ser responsable por no garantizar una vida libre de violencia para las mujeres.

- **Feminicidio Íntimo:** Perpetrado por un hombre con quien la víctima tenía o había tenido una relación sentimental, conyugal o de convivencia.
- **Feminicidio No Íntimo:** Perpetrado por un hombre con quien la víctima no tenía una relación sentimental o familiar.
- **Feminicidio por Conexión:** Muerte de una mujer que se encontraba en la «línea de fuego» de un hombre que intentaba agredir o matar a otra mujer.

Feminidades

Término en plural que reconoce la diversidad de formas de ser, experimentar y expresar la identidad de género femenina, las cuales están influenciadas por factores como la clase, la etnia, la edad, la orientación sexual y el contexto cultural. Rechaza la idea de una única forma de “ser mujer”.

G

Gaslighting

Forma de abuso psicológico y de manipulación emocional cuyo objetivo es hacer dudar a la víctima de su propia percepción, memoria, juicio o cordura. El agresor distorsiona la realidad, niega hechos que ocurrieron, minimiza los sentimientos de la mujer y presenta información falsa.

- **Ejemplo:** «Eso nunca pasó, estás loca, lo estás inventando».

Género

Se refiere a los roles, comportamientos, actividades, funciones y atributos socialmente construidos que una determinada sociedad considera apropiados para hombres y mujeres. Es una construcción social y cultural que varía a lo largo del tiempo y el espacio, a diferencia del sexo, que se refiere a características biológicas.

I

Intervención en Crisis

Atención inmediata, breve y profesional dirigida a auxiliar a una persona que ha vivido un evento traumático súbito (como un acto de violencia), con el objetivo de estabilizar su estado emocional, reducir el impacto del trauma y restaurar su capacidad de funcionamiento.

Interseccionalidad

Es un enfoque que permite entender, por un lado, la multiplicidad y la simultaneidad de las discriminaciones que sufren las mujeres, y las asimetrías de posición y poder que a consecuencia de ello se crean entre las propias mujeres; y por otro, la manera en que la intersección de esos ejes de desigualdad condiciona tanto los niveles de vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia, como la forma en que ellas la viven, y la protección y atención que reciben del Estado.

La multiplicidad de elementos que constituyen nuestras identidades, entre ellos el género, explica la aparición de asimetrías de poder entre las mujeres, al igual que ocurre entre los hombres, resultado de la superposición de estos elementos; las concreciones en cada mujer de las posibilidades de experimentar o no otros factores de opresión además del género van construyendo condiciones de privilegios de unas mujeres respecto a otras. Así, por ejemplo, una mujer blanca, con un alto nivel económico y con estudios superiores se encuentra en una posición más favorable respecto a otra mujer negra, pobre, indocumentada y analfabeta.

Las desigualdades de género (como roles estereotipados, distribución inequitativa de recursos y normas culturales que perpetúan la subordinación) aumentan la vulnerabilidad de mujeres, niñas, niños y adolescentes a la violencia basada en género (VBG) y a condiciones de salud precarias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas inequidades limitan el acceso a servicios médicos, educación y autonomía económica, agravando riesgos como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual o trastornos mentales derivados de la violencia. Un abordaje integral debe reconocer estas disparidades para garantizar una atención centrada en las necesidades específicas de las víctimas, promoviendo entornos seguros y libres de discriminación.

M

Mansplaining

Término coloquial que describe el acto por el cual un hombre explica algo a una mujer de manera condescendiente, paternalista o sobre simplificada, asumiendo que ella no tiene conocimiento sobre el tema, incluso cuando la mujer es claramente una experta en la materia.

- **Ejemplo:** Un pediatra interrumpe a una enfermera con 15 años de experiencia para reexplicarle a una madre los cuidados del bebé.

Masculinidades

Término en plural que reconoce la diversidad de formas de ser, experimentar y expresar la identidad de género masculina, las cuales están influenciadas por factores como la clase, la etnia, la edad, la orientación sexual y el contexto cultural. Rechaza la idea de una única forma de “ser hombre”.

Masculinidades Hegemónicas

Modelo social y culturalmente dominante de “ser hombre”, que promueve la dominación, la agresividad, la negación de las emociones (excepto la ira), el éxito económico y sexual, y el control sobre las mujeres y otros hombres. Este modelo es la base ideológica que justifica y perpetúa la violencia.

Micromachismos

Comportamientos, comentarios o actitudes de superioridad masculina, tan sutiles y arraigados en la socialización que a menudo pasan desapercibidos, pero que perpetúan la desigualdad de género y la desvalorización de las mujeres.

- **Ejemplo:** Un médico senior ignora la propuesta de una médica residente y luego valida la misma idea cuando es expuesta por un colega hombre.

N

Negligencia

Forma de maltrato que consiste en la omisión o fracaso en satisfacer las necesidades básicas de una persona que depende de cuidados, como la alimentación, vestido, higiene, protección o atención médica.

Nuevas Masculinidades

Término que hace referencia a la construcción de modelos alternativos de masculinidad que se alejan del modelo hegemónico, promoviendo valores como la igualdad, la empatía, la expresión emocional, el cuidado, la corresponsabilidad y la resolución no violenta de conflictos.

P

Patriarcado

Sistema social, político y económico que estructura la desigualdad entre hombres y mujeres. Se basa en la autoridad y el dominio del hombre, lo masculino y la paternidad, y otorga privilegios sistemáticos a los varones mientras oprime y subordina a las mujeres.

Perspectiva de Género

Herramienta analítica que permite identificar y cuestionar los roles, estereotipos y relaciones de poder socialmente asignados a hombres y mujeres, con el fin de transformar las desigualdades identificadas.

R

Revictimización

Daño adicional que sufre una persona sobreviviente de violencia cuando las instituciones o profesionales que deberían brindarle atención y justicia actúan de manera negligente, insensible o burocrática, obligándola a revivir el trauma al repetir su testimonio múltiples veces o al ser cuestionada y descreída.

Roles de Género

Conjunto de normas y expectativas sociales sobre las actividades, tareas y responsabilidades que se consideran apropiadas para hombres y mujeres en una sociedad determinada. Por ejemplo, el rol de proveedor asociado a los hombres y el rol de cuidadora asociado a las mujeres.

S

Segregación Horizontal

Concentración de hombres y mujeres en diferentes tipos de ocupaciones, sectores económicos o campos de estudio. Por ejemplo, la sobrerrepresentación de mujeres en enfermería y educación, y de hombres en ingeniería y construcción.

Segregación Vertical

Concentración de hombres en los puestos de mayor jerarquía, decisión y salario dentro de una organización o sector, mientras las mujeres se concentran en los niveles bajos y medios, fenómeno también conocido como “techo de cristal”.

Sexo

Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres. Estas características son naturalmente dadas (cromosomas, gónadas, hormonas, genitales) y son distintas del género, que es una construcción social.

Socialización

Proceso mediante el cual las personas, a lo largo de su vida, aprenden e interiorizan los valores, normas, costumbres, roles y formas de comportamiento de la sociedad a la que pertenecen.

Socialización de Género

Proceso específico mediante el cual las personas aprenden e interiorizan los roles, estereotipos, normas y expectativas sociales asociados al género en su cultura. Comienza desde el nacimiento y se lleva a cabo principalmente en la familia, la escuela, los medios de comunicación y el grupo de pares.

Sororidad

Práctica ética, política y de apoyo mutuo entre mujeres. Implica el reconocimiento de que, a pesar de las diferencias, se comparte la condición de opresión bajo el patriarcado, y por lo tanto, se construyen alianzas para enfrentarla juntas.

Sobreviviente

Término que prioriza la agencia, resiliencia y capacidad de recuperación de una persona que ha experimentado violencia. Se prefiere sobre el término “víctima” para enfatizar su fortaleza y su proceso activo de sanación.

T

Trabajo de Cuidado

Conjunto de actividades destinadas al bienestar cotidiano de las personas, como la alimentación, la higiene, la salud, la educación y el apoyo emocional. Este trabajo, esencial para la sostenibilidad de la vida, ha sido históricamente asignado a las mujeres y mayoritariamente no remunerado o infravalorado.

Tráfico Ilícito de Personas

Facilitación del ingreso ilegal de una persona en un Estado del cual dicha persona no sea nacional o residente permanente con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material. A diferencia de la trata, el tráfico implica consentimiento y finaliza con la llegada al destino.

Trata de Personas

Proceso que comprende el reclutamiento, transporte, traslado, acogida o recepción de personas mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, para fines de explotación. Esta explotación incluye, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

V

Víctima

Término utilizado en contextos legales y de atención inmediata para referirse a una persona que ha sufrido un daño o perjuicio como consecuencia de un delito o una violación de sus derechos humanos. En el ámbito psicosocial y de recuperación, se suele preferir el término “sobreviviente”.

Violencia Basada en Género (VBG)

Cualquier acto dañino perpetrado contra la voluntad de una persona y que está basado en diferencias socialmente asignadas entre hombres y mujeres. Incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, amenazas de tales actos, coerción y otras privaciones de la libertad.

Violencia contra la Mujer

El artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres aprobada en el marco de las Naciones Unidas en 1993, ofrece la siguiente definición: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Inspirados en estas declaraciones, el sistema interamericano de protección de los derechos humanos comenzó un proceso para salvaguardar el derecho de las mujeres a vivir en un ambiente libre de violencia, lo que culminó con la aprobación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer. Esta Convención, conocida como Belem Do Pará, por la ciudad brasileña donde se realizó la 24º período de sesiones de la Asamblea General de la OEA en 1994, entró en vigor el 5 de marzo de 1995, siendo el único tratado internacional específico sobre la violencia contra las mujeres en el mundo y ostenta el mayor número de ratificaciones entre todos los tratados sobre derechos humanos que conciernen al Continente Americano.

La Convención define, en su artículo 1º, la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Violencia Económica

Acciones dirigidas a controlar, restringir o sabotear el acceso de una mujer a recursos económicos, su autonomía financiera y su capacidad de subsistencia.

Violencia Epistémica

Manifestación de poder que invalida, silencia o ignora el conocimiento, las experiencias y las formas de saber de las mujeres, por considerarlas inferiores o no científicas.

- **Ejemplo:** Desestimar el dolor reportado por una mujer atribuyéndolo a «lo emocional» sin evaluación médica.

Violencia Física

Acción no accidental que utiliza la fuerza o los objetos para provocar daño, dolor o riesgo de producirlo en el cuerpo de una mujer.

Violencia Institucional

Acciones u omisiones por parte de funcionarios, autoridades o personal de instituciones públicas o privadas que, al negar, obstaculizar o retardar el acceso de las mujeres a servicios, políticas públicas o justicia, perpetúan su situación de desventaja y vulnerabilidad.

Violencia Mediática

Producción y difusión de mensajes, imágenes y representaciones en los medios de comunicación que promueven la explotación, discriminación, deshonra o humillación de las mujeres, o que naturalizan la desigualdad y la subordinación femenina.

Violencia Psicológica

Comportamientos y actitudes dirigidos a causar miedo, intimidación, degradación o disminución de la autoestima y la autodeterminación de una mujer.

Violencia Sexual

Cualquier acto sexual no deseado o forzado, la realización de prácticas sexuales no consentidas, y la imposición de relaciones sexuales mediante intimidación, coerción o presión psicológica.

Violencia Simbólica

Forma de violencia ejercida a través de patrones culturales, estereotipos, imágenes, lenguaje y representaciones que naturalizan, justifican y refuerzan la subordinación de las mujeres en la sociedad.

Violencia Transfronteriza

Actos de violencia basada en género que cruzan fronteras nacionales, incluyendo la trata de personas, el tráfico ilícito de migrantes, el ciberacoso internacional y la violencia ejercida por parejas que se encuentran en diferentes países.

Violencia Vicaria

Forma de violencia de género en la que el agresor daña o asesina a personas que son queridas por la mujer (generalmente sus hijas e hijos, u otros familiares) con el objetivo principal de causarle a ella un dolor y un daño psicológico profundo e irreversible.

Breve Evolución de los Derechos Humanos de las Mujeres

La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789) es un ejemplo temprano de esta exclusión. Su redacción, que invisibilizaba a las mujeres, motivó la respuesta valiente de mujeres lideradas por Olimpia de Gouges, quien en 1791 publicó la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana. Ella pagó con su vida este acto, pero visibilizó una tradición de resistencia. Poco después, Mary Wollstonecraft, en su obra *Defensa de los Derechos de la Mujer* (1792), señaló que sin educación igualitaria y sin leyes que combatieran la subordinación femenina, no podría hablarse de verdadera revolución.

La concepción tradicional y dominante sitúa los Derechos Humanos en el espacio público, dominado por los hombres, regulando las relaciones ciudadanía-Estado, y dejando sin atención las violaciones de derechos que se producen en el ámbito de lo privado.

Sin embargo, la mayor parte de las violaciones a los derechos de las mujeres se producen en este espacio, causadas por la desigualdad de poder que caracteriza a las relaciones de género.

Esto ha llevado a luchas históricas por visibilizar y reparar exclusiones, dando lugar a instrumentos internacionales que reconocen realidades diversas, como los derechos de las mujeres, las personas con discapacidad, la infancia o personas de la diversidad sexo genérica que se detallan posteriormente. Sin embargo, el enfoque androcéntrico del Derecho ha ignorado sistemáticamente esas necesidades específicas.

Con sus planteamientos sobre la necesidad de un Estado que reforme el matrimonio y la educación, con leyes que enfrenten la subordinación de las mujeres y que éstas no debían ser excluidas de la vida política, Mary Wollstonecraft inicia una nueva era en el discurso feminista.

Declaración de los Derechos Sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- **El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Se excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual.** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

- **El derecho a la privacidad sexual.** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- **El derecho a la equidad sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- **El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- **El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- **El derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
- **El derecho a información basada en el conocimiento científico.** Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- **El derecho a la educación sexual integral.** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- **El derecho a la atención de la salud sexual.** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Sobre la trata de personas

Ampliado el concepto de explotación respecto a teorías anteriores que condicionaban la existencia del delito a la finalidad de explotación sexual, actualmente es posible incluir la realización de trabajos o servicios forzados, la servidumbre, la mendicidad organizada, así como la extracción de órganos o la adopción ilegal y forzada. De este modo tienen cabida, por ejemplo, los casos de mujeres y niñas reclutadas para el trabajo doméstico, a quienes se traslada de zonas rurales a áreas urbanas, e incluso a terceros países, donde son obligadas a trabajar en un régimen de esclavitud, sin ningún tipo de derechos, y sometidas a violencia psicológica, económica y a menudo también física o incluso sexual.

La vulnerabilidad de las mujeres frente a las redes de trata aumenta cuando concurren, además del género, otros ejes de desigualdad: mujeres pobres, estatus migratorio, desplazadas o refugiadas, mujeres de determinado origen étnico, o mujeres con algún tipo de discapacidad, por ejemplo.

Las mujeres y niñas víctimas de trata ven vulnerados sus derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la libertad y seguridad personal, el derecho a ser tratadas con humanidad y con respeto a su dignidad, el derecho a la salud, y a veces, hasta el mismo derecho a la vida.

Aunque se ven atrapadas en contra de su voluntad en situaciones de auténtica esclavitud, la falta de documentación (que les suelen confiscar tras ingresar en el país), el miedo a ser encarceladas, y las amenazas de posibles represalias hacia ellas y sus familias, explican que pocas sean las que den el paso y denuncien. Además, cuando lo hacen no siempre encuentran el apoyo y la comprensión que su condición de víctimas requiere.

La eliminación de la violencia institucional que persiste en torno a estos casos tanto por acción (con procedimientos inadecuados para dar respuesta a estas situaciones específicas) como por omisión (dejación de las responsabilidades del Estado de perseguir y castigar a los responsables, y de garantizar protección y reparación a las víctimas) es uno de los principales desafíos que deben enfrentarse en la lucha contra la trata.

Violencia epistémica en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva

En el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva Castro y Savage^[1] señalan que la violencia epistémica *se manifiesta cuando el sistema médico anula la agencia de las mujeres, imponiendo un saber experto que deslegitima sus decisiones corporales.*

A continuación, algunos ejemplos de este tipo de violencia epistémica como forma de violencia obstétrica:

- 1. Desestima** los conocimientos, experiencias o narrativas de las usuarias sobre sus cuerpos y salud (ej.: ignorar el dolor reportado por mujeres, atribuir síntomas a «lo emocional» sin evaluación médica).
- 2. Impone protocolos rígidos** sin considerar diferencias culturales o identitarias (ej.: negar métodos anticonceptivos a personas no binarias por categorías binarias de género).
- 3. Patologiza** identidades o prácticas no hegemónicas (ej.: tratar la homosexualidad como enfermedad, estigmatizar a trabajadoras sexuales).
- 4. Excluye saberes ancestrales o comunitarios** (ej.: desprecio por la partería tradicional en comunidades rurales o indígenas).

Reformas conquistadas en la Constitución de la República Dominicana vigente en el año 2025

Juristas feministas del país relevaron los siguientes aspectos como avances:

- el preámbulo por primera vez recupera y visualiza el aporte de las mujeres.
- establece la dignidad humana como fundamento y objeto de la función del Estado y la consigna en varias disposiciones, como el art. 8 del capítulo 2.
- Establece el precepto de la igualdad, que es uno de los principales fundamentos jurídicos para asegurar la protección efectiva del derecho de las mujeres a igualdad ante la ley, a iguales

1 Castro, R. & Savage, V. (2019). Violencia obstétrica y epistemicidio en América Latina: Una aproximación crítica. En Género, salud reproductiva y violencia epistémica (pp. 87-112). Universidad Nacional Autónoma de México.

derechos, libertades y oportunidades que los hombres. Incluye de manera expresa el derecho a la participación equilibrada de hombres y mujeres en las candidaturas de cargos de elección popular y otras instancias de los poderes públicos. La aplicación de esta disposición constitucional demanda la revisión y adecuación de toda la legislación nacional, a fin de eliminar cualquier disposición que menoscabe o atente contra este derecho.

- El artículo 42 de la Constitución establece el derecho a la protección de la integridad personal, lo que comprende entre otros aspectos, la prohibición de la tortura, **la violencia intrafamiliar y de género** en cualquiera de sus formas, así como la obligación del Estado de adoptar las medidas necesarias para prevenir, sancionar y erradicar esas manifestaciones de violencia que atentan contra derechos humanos.
- El reconocimiento del Estado dominicano a las normas internacionales y su vigencia en el ordenamiento interno una vez que han sido debidamente adoptadas y/o ratificadas por los poderes públicos. Esto significa que las normas internacionales que han sido debidamente ratificadas por el Estado dominicano se convierten en ley, y por tanto de obligatorio cumplimiento para todos los organismos e instituciones del Estado. De allí que dicha disposición posibilita la demanda de derechos que constan en convenciones internacionales ratificadas por el Estado dominicano, aunque los mismos no se encuentren en el texto constitucional de manera explícita.
- El artículo 55 de la Constitución reconoce por primera vez en el texto constitucional dominicano la conformación de la familia por vínculos naturales, no solo jurídicos, con lo cual se reconoce jurídicamente una realidad social como es la mayoritaria existencia de familias integradas a partir de la unión libre de dos personas, sin que medie su legalización a través del matrimonio. No obstante, el carácter universal de este derecho humano (el derecho a conformar una familia es un derecho humano) se ve vulnerado en la medida que se reconoce únicamente su conformación a través de la unión de un hombre y una mujer, excluyendo la unión de dos personas del mismo sexo que deseen conformar una familia. Dicha exclusión transgrede otros derechos consagrados en la misma Constitución, como el derecho a la igualdad.
- Reconocimiento y valoración del trabajo del hogar. El mismo artículo 55 incorpora en su inciso 11) el reconocimiento del trabajo del hogar, es decir el trabajo doméstico y de cuidados que realizan las mujeres casi de manera exclusiva en sus respectivos hogares. Lo cual constituye un importante avance en materia de igualdad real entre hombres y mujeres, debido a que este tipo de trabajo que se realiza en el espacio privado del hogar ha carecido históricamente de reconocimiento social y jurídico y por tanto ha sido excluido de la respectiva retribución y compensación social y laboral.
- Dicha disposición se ve complementada con lo establecido en el artículo 62 referido al derecho al trabajo, que consigna constitucionalmente la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en el espacio laboral.

Listado Cronológico de Titulares del hoy Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana (1908–2025)

Gobierno de Ramón Cáceres (1906-1911)

1. **Dr. José María Cabral y Báez** (1908–?): Nombrado como el primer **Secretario de Estado de Sanidad y Beneficencia**.

Ocupación Militar Estadounidense (1916-1924)

(Durante esta etapa, los secretarios fueron designados por el gobierno militar)

Gobierno de Horacio Vásquez (1924-1930)

2. **Dr. Ricardo Limardo** (1924-1930): Reconocido médico que dirigió la secretaría durante este período.

Era de Trujillo (1930-1961)

3. **Dr. Ricardo Limardo** (1930-1934): Se mantuvo en el cargo al inicio de la era trujillista.
4. **Dr. José Manuel Bautista Pichardo** (1934-1935): Bajo su gestión se cambió el nombre a **Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social**.
5. **Dr. Joaquín E. Salazar** (1935-1941)
6. **Dr. José Antonio González Andújar** (1941-1942)
7. **Dr. D. F. Ratton** (1942-1943)
8. **Dr. Ramón Báez López-Penha** (1943-1947)
9. **Dr. Jaime A. Álvarez** (1947-1949)
10. **Dr. Ramón Báez López-Penha** (1949-1951)–Segundo período.
11. **Dr. Ramón de Lara** (1951-1955)
12. **Dr. Julio A. Cuello** (1955-1956)
13. **Dr. Ramón de Lara** (1956-1958)–Segundo período.
14. **Dr. Ramón Báez López-Penha** (1958-1960)–Tercer período.
15. **Dr. Ramón M. Almonte** (1960-1961)

Periodo Post-Trujillo y Guerra Civil (1961-1966)

(Alta rotación debido a la inestabilidad política)

16. **Dr. Jaime A. Álvarez** (1961-1962)–Segundo período.
17. **Dr. Armando de Oleo** (1962)
18. **Dr. Ramón M. Almonte** (1962)–Segundo período.
19. **Dr. Ramón Báez López-Penha** (1962)–Cuarto período.
20. **Dr. Arturo Báez Díaz** (1962)
21. **Dr. Ramón M. Almonte** (1962-1963)–Tercer período.
22. **Dr. Ramón Báez López-Penha** (1963)–Quinto período.
23. **Dr. Ramón M. Almonte** (1963)–Cuarto período.
24. **Dr. Víctor Gómez Bergés** (1963-1964)
25. **Dr. Ramón M. Almonte** (1964-1965)–Quinto período.
26. **Dr. Héctor B. Martínez** (1965)
27. **Dr. Jaime Báez Hidalgo** (1965)
28. **Dr. Mario Cáceres Martínez** (1965-1966)

Gobierno de Joaquín Balaguer (1966-1978)

29. **Dr. Jaime Báez Hidalgo** (1966-1967)–Segundo período.
30. **Dr. Arturo Báez Díaz** (1967-1968)–Segundo período.
31. **Dr. Amiro Pérez Mera** (1968-1973)
32. **Dr. Luis Alfredo Rojas Báez** (1973-1978)

Gobierno de Antonio Guzmán (1978-1982)

33. **Dr. Mario R. Mendoza** (1978-1982)

Gobierno de Salvador Jorge Blanco (1982-1986)

34. **Dr. Luis Alfredo Rojas Báez** (1982-1984)–Segundo período.

35. **Dr. Jorge Martínez R.** (1984-1986)

Gobierno de Joaquín Balaguer (1986-1996)

36. **Dr. Fernando A. Matos** (1986-1987)

37. **Dr. Zacarías R. García** (1987-1990)

38. **Dr. Efraín S. Ríos** (1990-1991)

39. **Dr. José R. Báez López-Penha** (1991-1994)

40. **Dr. Víctor M. Rojas** (1994-1996)

Gobierno de Leonel Fernández (1996-2000)

41. **Dr. Altagracia Guzmán** (1996-1998) - *Primera mujer en ser titular oficial.*

42. **Dr. Bautista Rojas Gómez** (1998-2000)

Gobierno de Hipólito Mejía (2000-2004)

43. **Dr. José Rodríguez Soldevila** (2000-2004)

Gobierno de Leonel Fernández (2004-2012)

44. **Dr. Sabino Báez** (2004-2005)

45. **Dr. Bautista Rojas Gómez** (2005-2010)–Segundo período.

* *En 2010, con la nueva Constitución, el cargo pasa a llamarse oficialmente **Ministro de Salud Pública.***

46. **Dr. Bautista Rojas Gómez** (2010-2012)–Tercer período.

Gobierno de Danilo Medina (2012-2020)

47. **Dr. Freddy Hidalgo Núñez** (2012-2016)

48. **Dra. Altagracia Guzmán Marcelino** (2016-2020)

Gobierno de Luis Abinader (2020-2025)

49. **Dr. Plutarco Arias** (2020)–(Ocupó el cargo por unos meses)

50. **Dr. Daniel Rivera** (2020-2024)

51. **Dr. Víctor Atallah** (2024–Presente)–(Nombrado en junio de 2024)

Listado Cronológico de Titulares del Servicio Nacional de Salud (2015–2026)

Periodo	Director	Sexo
2026–vigente	Julio César Landrón	Hombre
2020–2026	Mario Lama	Hombre
2018–2020	Chanel Rosa Chupany	Hombre
2016–2018	Nelson Rodríguez Monegro	Hombre
2015–2016	Ramón Alvarado	Hombre

Listado Cronológico de Titulares de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (2005-2026)

Periodo	Superintendente	Sexo
2024–2025	Miguel Ceara Hatton	Hombre
2022–2024	Jesús Manuel Jorge Feris	Hombre
2020–2022	Pedro Luis Castellanos	Hombre
2014–2020	Pedro Luis Castellanos	Hombre
2005–2014	Fernando Caamaño	Hombre

Listado Cronológico de Titulares del Seguro Nacional de Salud (2004-2026)

Periodo	Director/a	Sexo
2025	Edward Guzmán	Hombre
2020–2025	Santiago Hazim	Hombre
2018–2020	Mercedes Rodríguez	Mujer
2015–2018	Chanel Rosa Chupany	Hombre
2012–2015	Altagracia Guzmán Marcelino	Mujer
2010–2012	Juan José de la Mota	Hombre
2004–2010	José Manuel Vargas	Hombre

CAJA DE HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VBG

Guía de Comunicación Sensible y Primer Contacto con Víctimas y Sobrevivientes de VBG

Esta guía proporciona herramientas de comunicación para una interacción respetuosa, empática y efectiva con personas que puedan ser o sean víctimas o sobrevivientes de violencia basada en género. Su objetivo es **crear un espacio seguro** que facilite la revelación espontánea y la atención centrada, siempre dentro del marco de las normas nacionales que no recomiendan la detección universal.

1. Crear un Entorno Seguro y de Confianza (Pre-Revelación)

- **Garantice la Privacidad:** Asegurar que la conversación ocurra en un espacio confidencial es fundamental. Se puede decir: «Vamos a hablar a una sala de consulta más privada para que tengamos más tranquilidad.»
- **Utilice un Lenguaje Inclusivo:** Preséntese con su nombre. Use un lenguaje que no se refiera a todo en masculino; pregunte, no asuma la orientación sexual, la identidad de género o la naturaleza de las relaciones de la persona.
 - “¿Tiene pareja?” en lugar de asumir «esposo» o «novia».
 - «¿Con qué pronombre se identifica?» o «¿Cómo le gusta que le llamen?»
- **Active la Escucha:** Mantener una atención plena, con contacto visual respetuoso y gestos de asentimiento, demuestra que el foco está en la persona, no en el papeleo.

2. La Revelación: Cómo Recibir el Discurso de la Víctima o Persona Sobreviviente

Cuando alguien decide hablar, los primeros segundos son determinantes. Por favor, ante las siguientes señales, tener en cuenta lo que se sugiere a continuación que se debe hacer y que cosas NO se deben realizar. Para cada elemento señalado se incluye un ejemplo con fines ilustrativos, no se trata de un listado exhaustivo.

Señales de la víctima o Persona Sobreviviente	Respuesta que Ayuda (Hacer)	Práctica a Reconsiderar (Evitar / NO hacer)
Revelación ambigua: <i>“Es que en mi casa... tenemos problemas.”</i>	Validar y dar apertura: <i>“Le agradezco que me lo cuente. Esto suena difícil. Estoy aquí para escucharle y apoyarle.”</i>	Minimizar la situación: Decir “todas las parejas discuten” puede invalidar la experiencia.
Revelación directa: <i>“Mi pareja me agredió.”</i>	Creer y empoderar: <i>“Le creo. Lo que me cuenta es muy serio. La responsabilidad es exclusiva de quien agredió. Contamos con recursos para apoyarle.”</i>	Cuestionar su relato: Preguntar “¿qué hizo usted para provocarlo?” transfiere culpa a la persona agredida.
Señal no verbal: Silencio, evitación de la mirada, lesiones visibles.	Acercarse con delicadeza: <i>“Noto que hoy está diferente/veo esa lesión. Mi trabajo es ayudarle. Si algo le está pasando, este es un espacio seguro.”</i>	Ignorar el contexto: Atender solo la lesión física sin mencionar el posible contexto de violencia.

3. Principios Clave para la Comunicación Post-Revelación

- **Preguntas Abiertas y No Sugestivas:**
 - *En lugar de:* «¿La golpeó en la cara?»
 - *Prefiera:* «¿Puede describirme cómo se siente su cuerpo?» o «¿Qué sucedió después?»
- **Devuelva el Control:** La violencia quita el control. La atención debe devolvérselo.
 - *“¿Está bien si conversamos un poco más sobre esto para ver cómo puedo apoyarle mejor?”*
 - *“Puede hacer una pausa en cualquier momento.”*
- **Valide las Emociones:**
 - *“Es comprensible sentirse así después de lo que vivió.”*
 - *“Cualquier sentimiento que tenga es válido.”*

4. Hacia una Comunicación que Empodera: Replanteando Prácticas Comunes

La siguiente tabla contrasta enfoques que pueden inadvertidamente causar daño. También se incluye alternativas que promueven la seguridad y la autogestión de la víctima o persona sobreviviente.

Si se actúa de esta manera...	Se puede generar este efecto...	Se sugiere intentar esto...	Porque este enfoque...
Presionar para que se realice una denuncia formal de inmediato.	La persona puede sentirse coaccionada y perder la confianza en el servicio.	Informar sobre la opción de denunciar y respetar su tiempo. <i>“Le explico cómo funciona el proceso de denuncia, es su derecho. Usted decide si y cuándo quiere hacerlo.”</i>	Reconoce su autonomía y la pone en control de sus decisiones.
Minimizar la experiencia con frases como “no fue para tanto”.	Invalida su sufrimiento y la hace cuestionar su propia percepción.	Validar la gravedad de lo ocurrido. <i>“Lo que me describe es una situación muy grave. Tiene derecho a sentirse como se siente.”</i>	Le da permiso para sentir y confiar en su propio criterio.
Juzgar las decisiones que tomó para sobrevivir (ej.: “¿y por qué volvió?”).	Aumenta la culpa y la vergüenza, reforzando el aislamiento.	Reconocer su capacidad de supervivencia. <i>“En situaciones tan complejas, las personas hacemos lo que podemos para sobrevivir.”</i>	Contextualiza sus acciones como estrategias de supervivencia, no como fallas.

5. El Cierre de la Conversación

- **Reafirmar el Apoyo:** *«Fue muy valioso que hoy haya compartido esto conmigo. No está solo.»*
- **Destacar su Fortaleza:** *«Usted ha demostrado una gran resiliencia al contarme esto.»*
- **Planificar el Siguiete Paso (sin presión):** *«Exploraremos juntos las opciones. Usted decide qué camino tomar. Podemos programar un nuevo espacio para continuar.»*
- **Proporcionar Información de Contacto:** Entregar de forma discreta los números de contacto clave anotados en un papel.

La comunicación con el personal de salud es, muchas veces, la primera red de apoyo. Una frase válida en el momento correcto puede marcar un punto de inflexión en el proceso de recuperación de una persona. No se trata de tener todas las respuestas, sino de ofrecer una escucha respetuosa que active la red de protección.

Indicadores de crisis

- Llanto incontrolable
- Manifestación de que fue violada(o) o abusada(o)
- Ansiedad, dificultad respiratoria, sudoración, temblores
- Se niega a expresar sus sentimientos
- Habla continuamente y de modo desorganizado de los hechos que le afectan.
- Rehúsa comer o beber.
- Tiene persistentes problemas de insomnio.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Está muy deprimida, ansiosa y habla de que desee estar muerta.
- Tiene comportamientos extraños, suspicaces o con francas alucinaciones.
- Su conducta es peligrosa para sí misma, o para los demás y no acepta ayuda.
- Intento o amenaza de suicidio.
- Siempre se está quejando de síntomas somáticos variados y continuos.
- Sufre desmayos o convulsiones.
- Está muy irritable o nerviosa.
- Tiene pesadillas frecuentes.
- Llanto frecuente e inmotivado.
- Pelea con facilidad, se siente herida o dañada por pequeñeces.

Acciones importantes durante la realización de una intervención en crisis

- Conservar una actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme
- Tener firmeza, flexibilidad y decisión
- Demostrar una actitud de protección, comprensión y aceptación; no de crítica, enjuiciamiento, consejo ni sermoneo
- Mantener una actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese libremente y lllore sin avergonzarse
- No hacer por la persona, lo que ella puede hacer por sí misma

- Respetar los comportamientos defensivos que mantienen el funcionamiento de la persona en la etapa aguda de las crisis
- Ser capaz de autocontrolar su propio comportamiento
- Capacidad de guardar confidencias
- Ser capaz para coordinar trabajos en equipo

Atención Integral en Salud a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en Situaciones de Violencia

Tipos de Violencia y Detección

En el cuadro a continuación, se muestran los tipos de violencia que describen los protocolos del MISPAS acompañados de señales que el personal de salud debe tener en cuenta para poder acompañar adecuadamente a personas en situación de dependencia que demandan su atención.

Señales Clave por Tipo de Violencia

Tipo	Indicadores Físicos	Indicadores Conductuales
Física	Moretones en zonas no comunes, fracturas en lactantes, quemadas con formas de objetos.	Miedo a cuidadores, agresividad o retraimiento.
Sexual	Lesiones genitales/anal, ITS, embarazo en adolescentes.	Conductas sexualizadas, ansiedad, rechazo al contacto físico.
Psicológica	Ninguno específico.	Baja autoestima, trastornos del sueño, apego inseguro.
Negligencia	Desnutrición, higiene deficiente, retraso en vacunación.	Abandono escolar, búsqueda de atención excesiva.

Puntos de Detección en Servicios de Salud

La responsabilidad del personal de salud por el bienestar integral de las niñas, los niños y las personas adolescentes se pone en evidencia en todos los espacios en los que realizan sus labores. Sin embargo, los casos de violencia pueden ser detectados en cualquier servicio sanitario, especialmente en los siguientes escenarios:

- Consultas pediátricas, geriátricas, emergencias, hospitalización.
- Atención en salud mental, ginecología, odontología.
- Derivaciones desde escuelas o comunidades.

Evaluación Clínica y Diagnóstico

Aspectos particulares que considerar en el proceso de atención a NNA en distintas situaciones de violencia respecto a la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias:

1. Historia clínica:

- Realizar en privado, con lenguaje adaptado a la edad.
- Investigar discrepancias entre relato y lesiones.
- Evaluar dinámica familiar (violencia intrafamiliar, consumo de alcohol/drogas).

2. Examen físico:

- **Violencia física/sexual:** Inspección completa (incluyendo zonas cubiertas).
- **Negligencia:** Valorar estado nutricional, higiene, vacunación.

3. Pruebas complementarias:

- Laboratorio (hemograma, ITS, toxicología).
- Imágenes (radiografías para fracturas, RMN para trauma craneal).

Clasificación y Manejo por Nivel de Complejidad

Complejidad	Intervenciones	Notificación
Alta (riesgo de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización inmediata. - Recolección de evidencias (fotos, muestras). - Profilaxis ITS/VIH (violencia sexual). 	Fiscalía y CONANI (obligatorio).
Media	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento ambulatorio. - Terapia psicológica. - Visitas domiciliarias. 	CONANI/Juntas Locales.
Leve	<ul style="list-style-type: none"> - Educación a cuidadores. - Derivación a programas comunitarios. 	Seguimiento sin notificación inmediata.
Específicos por tipo de violencia: Violencia sexual: Aplicar profilaxis ITS/VIH en primeras 24 horas y anticoncepción de emergencia. Negligencia: Derivar a programas de nutrición y apoyo familiar.		

Notificación y Articulación Interinstitucional

La protección de un NNA en situación de violencia es una responsabilidad compartida que trasciende el ámbito de la salud. La notificación formal y la articulación con otras instituciones son pasos obligatorios y éticos, no solo por mandato legal, sino para tejer una red de protección efectiva alrededor de la víctima. Esta coordinación es el mecanismo que convierte el diagnóstico en acción concreta y en medidas de protección tangibles.

El modelo de atención requiere coordinación estratégica entre:

- 1. Sector salud:** Personal de salud, en especial el servicio de pediatría tiene la corresponsabilidad de acciones de protección infantil.
- 2. Sistema judicial:** Fiscalías Especializadas de Niñez.
- 3. Protección social:** CONANI para medidas de acogimiento temporal.

Las normativas establecen que se deben implementar mesas técnicas trimestrales para evaluar la efectividad de las rutas de derivación.

Los protocolos nacionales establecen la obligatoriedad de la notificación según los criterios siguientes:

- 1. Todos los casos de violencia sexual** y violencia física de alta/media complejidad se notifica de inmediato a:
 - **Fiscalía** (vía *Línea Vida*: **809-200-1202**).
 - **CONANI** (Oficinas Municipales/Juntas Locales).
- 2. Violencia psicológica/negligencia:** Solo casos de alta complejidad (ej. abandono extremo).

Instituciones Clave:

- **CONANI:** Coordina medidas de protección (hogares de paso, familias de acogida).
- **Ministerio de la Mujer:** Brinda refugio y apoyo legal (línea **809-689-7212** o ***212**).



- **Ministerio de Educación:** Detecta casos en escuelas y deriva a salud.

Seguimiento y Rehabilitación

Acciones Integrales para el seguimiento continuo a NNA en situaciones de violencia:

- **Equipo multidisciplinario:**
 - **Médica/o:** Control de lesiones/ITS.
 - **Psicólogo/a:** Terapia individual/familiar.
 - **Trabajador/a social:** Visitas domiciliarias y vinculación con redes comunitarias.
- **Programas preventivos:**
 - Talleres de **crianza positiva** en centros de salud (4 veces/año).
 - Campañas en escuelas y comunidades.

Flujograma de Atención Integral

Para operativizar de manera clara y eficiente todos los protocolos descritos, se presenta a continuación un flujograma de atención. Esta herramienta visual sintetiza la ruta crítica que se ha descrito en esta guía y que debe seguirse desde el primer contacto con el NNA, garantizando que ningún paso crucial sea omitido y que las acciones específicas para cada tipo de violencia sean aplicadas de manera oportuna y estandarizada.

Pasos adicionales según tipo de violencia:

Además de los pasos estandarizados a aplicar de manera general, hay dos tipos de violencia en los que deben agregar algunos pasos adicionales:

- **Sexual:** Profilaxis ITS/VIH + anticoncepción.
- **Negligencia:** Derivación a programas sociales.

Recomendaciones para el Personal de Salud

El personal de salud es, en muchos casos, el primer punto de contacto y una pieza clave en la detección y respuesta ante la violencia. Por ello, su preparación, sensibilidad y actuación son determinantes. Estas recomendaciones buscan guiar la práctica profesional más allá de lo técnico, incorporando el enfoque de derechos, la perspectiva forense y la coordinación interinstitucional como partes inherentes de su rol.

1. Sensibilización:

- Capacitarse en detección de señales sutiles (ej. retraso en buscar atención médica).

2. Documentación:

- Registrar detalles forenses (fotos, descripción de lesiones) para procesos legales.

3. Coordinación:

- Mantener actualizado un **mapa de servicios locales** (Fiscalía, CONANI, ONGs).

4. Prevención:

- Promover **prácticas de crianza sin violencia** en consultas rutinarias.

Nota: Este protocolo integrado unifica los documentos analizados, facilitando su aplicación en los **tres niveles de atención de salud**. Para detalles específicos, consultar los protocolos completos del MSP.

Ideas Clave:

- **Enfoque centrado en NNA:** Priorizar su protección y participación en el proceso.
- **Trabajo en red:** Articulación permanente con educación, justicia y comunidad.

La ética en esta área exige pasar de un rol pasivo a uno activo de protección. La o el profesional de salud se convierte en un agente clave que prioriza la seguridad y la voz del NNA, actuando siempre en su interés superior y cumpliendo con el deber de reportar para activar la red de protección.

Consideraciones Éticas en la Atención a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Violencia

La intervención en casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA) está guiada por el imperativo ético de proteger su integridad física y mental, superando su desventaja estructural dentro de los sistemas de salud y legal. El personal de salud debe actuar como garante de sus derechos, rigiéndose por los principios de **interés superior del niño y la niña, no maleficencia, justicia y autonomía progresiva** (Pinheiro, 2006; World Health Organization [WHO], 2017).

1. El Interés Superior del Niño como Principio Rector: Este principio, consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, obliga a que todas las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de derivación prioricen el bienestar integral del NNA por encima de otros intereses (familiares, institucionales o sociales). Esto implica creer en su relato, validar su experiencia y actuar como su defensor dentro del sistema (Unicef, 2021).

2. Confidencialidad y Deber de Protección:

- **Confidencialidad Relativa:** Se debe informar al adolescente con madurez suficiente sobre los límites de la confidencialidad. Es crucial explicar con claridad y empatía que, si su vida o integridad están en riesgo, el deber de protegerle prima sobre la confidencialidad (American Academy of Pediatrics [AAP], 2019).
- **Deber de Reportar:** El personal de salud tiene una **obligación legal y ética** de reportar los casos de violencia a las autoridades competentes. Este acto no es una violación de la confidencialidad, sino una medida esencial de protección que se deriva del principio de justicia y del rol del profesional como agente de salud pública (WHO, 2017).

3. Autonomía Progresiva y Consentimiento Informado: El derecho a participar en las decisiones sobre su salud debe respetarse en función de su edad y madurez (autonomía progresiva).

- **Asentimiento:** Incluso cuando legalmente no puedan consentir por sí mismos, se debe buscar su asentimiento (acuerdo) después de explicar el procedimiento en un lenguaje comprensible y apropiado para su desarrollo (AAP, 2019).
- **Escucha Activa:** Su opinión debe ser escuchada y considerada seriamente en todas las fases de la atención. La Convención de los Derechos del Niño establece el derecho a ser escuchado en todos los asuntos que le afecten (Unicef, 2021). Nunca se les debe obligar a declarar o someterse a exámenes de manera coercitiva.

4. No Revictimización (Principio de No Maleficencia): El proceso de atención en sí mismo no debe causar más daño ("primero, no hacer daño"). Para evitarlo:

- Minimice la repetición del relato. Coordine con otros profesionales (principio de entrevista única) para que el NNA no tenga que contar su historia repetidamente (WHO, 2017).

- Realice los exámenes físicos y entrevistas con la menor cantidad de intervenciones necesarias, en un ambiente seguro y por personal capacitado.
- Utilice un lenguaje sensible, evite juicios y preguntas sugestivas o que generen culpa.

5. Enfoque de Equidad y No Discriminación: Se debe garantizar una atención libre de prejuicios, reconociendo las vulnerabilidades específicas de NNA pertenecientes a pueblos originarios, con discapacidad, migrantes, LGBTIQ+ o en situación de pobreza. La atención debe ser culturalmente competente y accesible, asegurando la equidad en el acceso a la justicia y la salud (Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 1989).

Contactos Gubernamentales Clave de Respuesta a la VBG

La efectividad de la respuesta ante un caso de violencia con frecuencia depende de la agilidad con la que se active la red de apoyo. Este directorio de contactos esenciales sirve como una referencia rápida para que el personal de salud pueda realizar las derivaciones y notificaciones correspondientes de manera inmediata, facilitando la coordinación con las instituciones mandatadas para la protección de la niñez.

Institución	Contacto	Función
Fiscalía	Línea Vida: 809-200-1202	Recibe denuncias y ordena medidas de protección.
CONANI	Oficinas municipales/regionales	Coordina hogares de paso y seguimiento psicosocial.
Ministerio de la Mujer	809-689-7212 ó *212	Refugios y apoyo legal para víctimas.

Guía de Autocuidado y Soporte para Equipos que Abordan la Violencia Basada en Género

Brindar acompañamiento y atención en situaciones de VBG implica una exposición constante a experiencias traumáticas. El autocuidado no es un lujo, sino una **herramienta ética y una necesidad operativa**. Cuidar de quien cuida es fundamental para sostener una atención de calidad y prevenir el desgaste profesional y el trauma vicario.^[2]

1. Reconociendo el Impacto: Señales de Alerta

Reconocer estas señales en uno mismo y sus colegas es el primer paso para actuar.

Área de Impacto	Señales Tempranas	Señales de Alerta Avanzada
Emocional	Irritabilidad, frustración, ansiedad leve, dificultad para “desconectarse” al llegar a casa.	Agotamiento emocional profundo (sentirse “vacío”), cinismo, desesperanza, insensibilidad o embotamiento afectivo.
Cognitivo	Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.	Intrusión de imágenes o relatos de casos, pesadillas, dificultad para tomar decisiones.
Conductual	Aislamiento social leve, aumento del consumo de cafeína o tabaco.	Aislamiento pronunciado, absentismo laboral, aumento del consumo de alcohol o fármacos, respuestas bruscas con usuarias o colegas.
Físico	Fatiga constante, tensión muscular, dolores de cabeza.	Agotamiento crónico, problemas gastrointestinales, insomnio persistente, sistema inmunológico debilitado (enfermarse con frecuencia).

2. Estrategias de Autocuidado: Construyendo Resiliencia

El autocuidado debe ser un hábito activo y constante, no una medida desesperada.

A. AUTOCUIDADO INDIVIDUAL: ¿QUÉ PUEDO HACER YO?

Gestión de Límites:

Marcar una transición clara entre el trabajo y la vida personal.

- **Al finalizar la jornada:** Realice un «ritual de cierre» simbólico: puede ser anotar lo pendiente en una lista y guardarla; simplemente decirse: *“Por hoy, he hecho lo que estaba en mis manos”*; o lavarte las manos, guardar los expedientes, apagar la luz de la oficina y decir mentalmente *“hasta mañana”*.
- **Desconexión digital:** Establezca horarios en los que no revisará correos laborales ni atenderá llamadas relacionadas con el trabajo.

Regulación Emocional y Física Inmediata:

- **Técnicas de puesta a tierra (grounding):** Para momentos de alta ansiedad. Nombre 5 cosas que puede ver, 4 que puede tocar, 3 que puede oír, 2 que puede oler y 1 que puede saborear.

2 El trauma vicario y el trauma secundario son términos que se emplean indistintamente para describir el trauma que se experimenta al escuchar, conocer y/o presenciar episodios traumáticos que afectan a otras personas.

- **Respiración consciente:** Practicar la respiración 4-7-8 (inhalar 4 segundos, retener 7, exhalar 8) para activar el sistema nervioso parasimpático.

Hábitos Sostenibles:

- **Movimiento:** Ejercicio regular (caminar, bailar, yoga) para liberar la tensión acumulada en el cuerpo.
- **Alimentación e Hidratación:** Comer de forma consciente y mantenerse hidratado.
- **Tiempo de Ocio Desconectado:** Dedicar tiempo a hobbies que no tengan relación con el trabajo.

B. PLAN DE ACCIÓN PARA MOMENTOS DE CRISIS PERSONAL

- **Paso 1: Auto-Chequeo.** Preguntarse: “¿En qué categoría de la tabla de señales de alerta me encuentro hoy?”
- **Paso 2: Acción Inmediata.** Aplicar una técnica de regulación (respiración 4-7-8, tomar agua, caminar 5 minutos).
- **Paso 3: Comunicación.** Decírselo a una compañera o compañero de confianza o la persona que supervisa: “Hoy estoy en un día difícil, necesito apoyo con [tarea específica].”
- **Paso 4: Buscar Ayuda Profesional.** No es signo de debilidad. Es un acto de responsabilidad. Acceder al psicólogo del staff o a un servicio externo.

C. AUTOCUIDADO COLECTIVO: ¿QUÉ PODEMOS HACER COMO EQUIPO?

“El equipo se cuida entre sí”

Espacios de Descompresión:

- **Qué es:** Reuniones breves y periódicas (ej.: 20 minutos semanales) sin agenda administrativa, solo para compartir cómo se siente el equipo tras una semana difícil; dedicadas exclusivamente a compartir las dificultades emocionales en un espacio seguro y confidencial.
- **Regla de Oro:** No es para resolver casos, es para validar emociones. Está prohibido juzgar o dar soluciones no solicitadas.

Supervisión Entre Pares:

- **Qué es:** Un espacio estructurado donde un pequeño grupo de colegas puedan analizar casos complejos de forma colegiada, para compartir la carga, recibir apoyo y enriquecer las perspectivas, guiados por un protocolo, siempre manteniendo la confidencialidad.
- **Frase clave para iniciar:** “Hoy traigo un caso que me está costando manejar emocionalmente. Necesito que me escuchen.”

Práctica de la “Sororidad y Solidaridad” entre colegas:

- Crear un sistema de “compañera/o de apoyo” para chequearse mutuamente.

- **Celebrar los logros**, por pequeños que sean. Reconocer explícitamente los pequeños triunfos y la labor bien hecha. Un simple *“Hicimos un buen trabajo con esa derivación”* fortalece al equipo.

3. LINEAMIENTOS PARA LA SUPERVISIÓN Y LAS INSTITUCIONES

El autocuidado es también una responsabilidad institucional.

- **Garantizar la rotación de casos** de alta carga traumática cuando sea posible.
- **Proveer acceso garantizado a servicios de salud mental** especializados en trauma y estrés laboral para el personal. *(Si la institución ya cuenta con el servicio, se sugiere incluir en este lugar el contacto)*
- **Incluir en la planificación** de proyectos y programas los recursos (tiempo y dinero) necesarios para las actividades de autocuidado del equipo.

4. MENSAJES CLAVE SOBRE AUTOCUIDADO

- **“No puedes verter de una taza vacía.”** Su capacidad para contener y guiar a otros depende de su propio bienestar.
- **El trauma vicario es un riesgo ocupacional.** No lo ignore, prevéngalo y abórdelo.
- **Modelar el autocuidado es parte de la enseñanza.** Al cuidarse, usted se convierte en un ejemplo para sus estudiantes y colegas sobre la práctica ética y sostenible.

Cuidarse no es egoísmo, es un acto de justicia laboral y una práctica de resistencia. Para poder sostener a otras personas en su proceso, quien facilita y atiende debe permitirse a sí mismo descansar, sentir y reconectarse con la vida más allá del dolor ajeno. **Su bienestar es la base desde la cual puede brindar una atención digna y compasiva.**

BIBLIOGRAFÍA PARA PROFUNDIZAR EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE VBG

Marco teórico base para comprender la VBG

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Routledge.

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine*. University of Chicago Legal Forum, 140, 139–167.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

García Prince, E. (2010). *Equidad, igualdad y paridad: avances y desafíos*. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo, No. 99.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

Sobre las consecuencias para la salud de la violencia basada en género

Black MC. *Intimate partner violence and adverse health consequences; implications for clinicians*. Am J Lifestyle Med, 2011, 5:428-439.

Haute Autorité de Santé. *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple: Comment repérer-évaluer* (p. 3) [Recommandation de bonne pratique]. 2019, 3.

McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review*. Clinical Psychology Review, 32(8), 677-689. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>

Rasmussen, V., Spangaro, J., Steel, Z., Briggs, N., & Torok, M. (2025). Trajectories to suicide following intimate partner violence victimization: Using structural equation modelling to examine suicide and PTSD in female emergency department users. *Journal of Family Violence*, 40(4), 811-825. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00640-5>

Sobre la respuesta a la VBG

Bustelo, M. (2014). *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género*. Madrid: Editorial Síntesis.

García, M. & Valdés, T. (2015). *Políticas de género y salud: avances y tensiones*. Revista Cubana de Salud Pública, 41(2), 234–243.

Heise, L., & García-Moreno, C. (2002). *Violence by intimate partners*. In E. Krug et al. (Eds.), *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.

Lagarde, M. (1996). *Claves feministas para la negociación en el amor*. México: Horas y Horas.

Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Asamblea General, Resolución 48/104.

OMS (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization.

ONU Mujeres (2018). *Manual para la atención integral a mujeres en situación de violencia*. Nueva York: ONU Mujeres.

Sanz, B. (2017). *La atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género: formación, coordinación y protocolos de actuación*. Revista de Trabajo Social, 30(1), 45–59.

Sobre el autocuidado y el cuidado colectivo del personal de salud y docentes con vinculación a la atención de personas víctimas o sobrevivientes de VBG

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). *A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress in workers with indirect exposure to trauma*. Psychological Services, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>

Development Professionals, Inc.–Making Cents International LLC. (2022, Abril). *Acción Colectiva para Reducir la Violencia Basada en el Género (CARE-VBG) de la USAID: Cómo integrar el autocuidado y el cuidado colectivo en las organizaciones que abordan la violencia basada en el género*. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 5. https://www.svri.org/wp-content/uploads/2025/03/05_CARE-GBV-How-to-note_Self_and_Collective_Care_ES.pdf

Figley, C. R. (2002). *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care*. Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Ma, X., Yue, Z. Q., Gong, Z. Q., Zhang, H., Duan, N. Y., Shi, Y. T., Wei, G. X., & Li, Y. F. (2017). *The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults*. Frontiers in Psychology, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>

Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). *Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda*. Trauma, Violence, & Abuse, 18(1), 3–12. <https://psycnet.apa.org/record/2017-27839-002>

