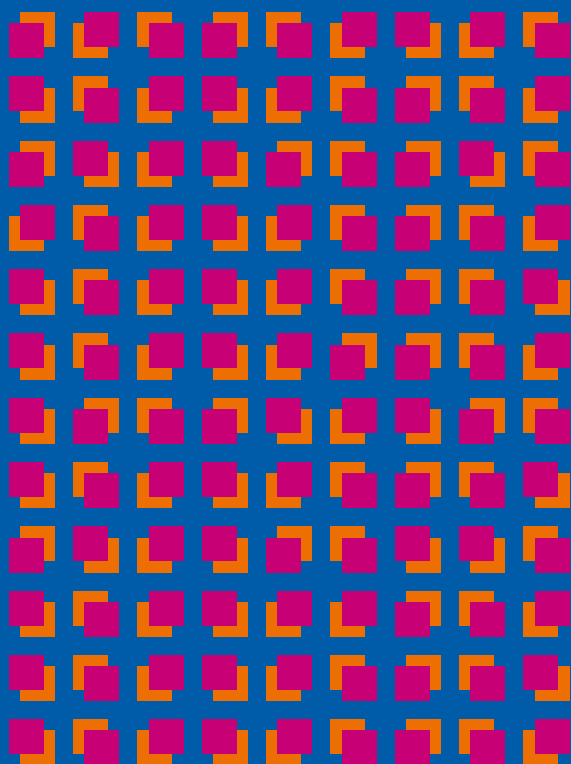


PRESTACIÓN DE ATENCIÓN CLÍNICA A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

ANÁLISIS DE LOS FACTORES
QUE AFECTAN AL RETRASO EN EL ACCESO
A LOS SERVICIOS EN EL ESTADO DE BORNO (NIGERIA)



RESUMEN EJECUTIVO



INVESTIGADORES Y SOCIOS

El estudio fue diseñado e implementado mediante un trabajo conjunto entre Population Council y Médecins du Monde. Population Council fue el ente investigador principal, diseñó la metodología y los procedimientos operativos estándar para el estudio, y estuvo a cargo de su implementación, lo que incluyó la capacitación de investigadores, la asistencia técnica, actividades de campo, el seguimiento del estudio y el análisis de datos. Médecins du Monde brindó apoyo en lo que concierne a la capacitación, la orientación del equipo en temas de seguridad, la inclusión y el seguimiento de los participantes y la coordinación logística. Women in the New Nigeria and Youth Empowerment Initiative (WiNN) apoyó la participación y la inclusión de participantes a nivel comunitario. Médecins du Monde aseguró igualmente la coordinación de diferentes organizaciones humanitarias para las reuniones relativas a la investigación y a la difusión de sus resultados.

FONDOS

El estudio fue financiado por la Fundación Médecins du Monde.

COMITÉ DE REDACCIÓN

Redactor principal del informe: Dr. Osasuyi Dirisu (Population Council).

Colaboradores: Mayokun Adediran (Population Council), Akinwumi Akinola (Population Council) y Solomon Kongyamba (Population Council).

Diseño gráfico y maquetación: Christophe Le Drian.

CONTEXTO

Las violencias sexuales y sexistas o violencias de género son un problema de salud pública a nivel global que afecta desproporcionadamente a las mujeres y que tiene consecuencias negativas en los ámbitos de la salud, el bienestar, los derechos humanos y el desarrollo. En 1992, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) se definió la violencia de género como aquella *violencia dirigida a una persona por su sexo*. Posteriormente, la CEDAW revisó dicha definición para reflejar el hecho de que las violencias de género afectan a las mujeres de forma desproporcionada. Se han clasificado cinco formas de violencia: sexual, física, económica, emocional y psicológica y, por último, prácticas tradicionales nocivas. Estas violencias están motivadas por relaciones de poder desiguales y por roles sociales atribuidos por una sociedad que subyuga a las mujeres y que reproduce desigualdades de género. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2013 una de cada tres mujeres sufrió violencia física y/o sexual por parte de su pareja o bien violencia por parte de una persona conocida. Los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud de Nigeria demuestran que la proporción de mujeres entre los 15 y los 49 años que contestó haber sufrido violencia física pasó del 28 % en 2008 al 31 % en 2018. Es probable que estos datos sean estimaciones conservadoras, ya que las mujeres tienen tendencia a no notificar cuándo han sufrido episodios de violencia.

Las desigualdades de género se intensifican en contextos de conflicto y postconflicto, produciendo un aumento de los patrones de violencia y de las violencias de género. Las personas desplazadas internamente son también más vulnerables a las violencias de género por la consiguiente pérdida de

oportunidades socioeconómicas, de su hogar y su seguridad, por la separación de su familia y por la falta de protección institucional. La insurgencia y el conflicto de carácter violento que surgió en el noreste de Nigeria ha dado unas cifras estimadas de 7,7 millones de personas con necesidad de ayuda humanitaria y protección en los estados de Borno, Adamawa y Yobe (BAY). En mayo de 2019, había cerca de 2 millones de personas desplazadas y el 80 % del total estaba compuesto por mujeres y menores. La insurgencia ha generado abducciones en masa, ha producido situaciones en las que se intercambiaba sexo de supervivencia, pero también prostitución forzada, matrimonios forzados y precoces, así como agresiones físicas, mentales y sexuales. Tan solo en 2019, se estimaba que había cerca de 3 millones de personas que necesitaban protección por violencias de género en el noreste de Nigeria.

El contexto de las violencias de género en el noreste de Nigeria se entiende muy poco y las estrategias basadas en evidencias para abordar una recuperación médica y psicosocial obligan a proporcionar una asistencia urgente a las personas supervivientes de violencias de género. El hecho de no conocer siquiera los servicios disponibles y el estigma y la falta de autoeficacia para iniciar conversaciones sobre una violación con el personal sanitario son algunos de los factores que pueden limitar la respuesta de los servicios de asistencia médica y psicológica. Este estudio ha documentado las barreras de acceso a la asistencia médica y psicosocial para supervivientes de violencias de género en el Estado de Borno (Nigeria), en concreto, en el período crítico entre las primeras 72 y 120 horas de atención clínica a víctimas de violación. Asimismo, propone determinadas recomendaciones para desarrollar intervenciones que aborden las necesidades en prevención primaria y secundaria de los grupos vulnerables a las violencias de género.

METODOLOGÍA

El estudio ha utilizado un enfoque narrativo cualitativo para comprender el contexto de las violencias de género y los obstáculos en el acceso a los servicios sanitarios en cuatro campos de personas desplazadas internamente ubicados en tres áreas de gobierno local del Estado de Borno. Para ello se realizaron entrevistas detalladas a supervivientes que se identificaron a sí mismas como supervivientes de violencias de género, tanto a quienes habían accedido previamente

como a quienes nunca accedieron a los servicios sanitarios. Se llevaron a cabo cuatro debates en grupo entre miembros de la comunidad y, a partir de las entrevistas a informantes clave (*Key Informant Interviews* o KII, en inglés), se recogieron las diferentes perspectivas de proveedores de servicios y partes interesadas en lo relativo al contexto de las violencias de género en el Estado de Borno. El estudio recopiló estadísticas de los servicios a las personas supervivientes en clínicas de MdM para establecer las características de las personas supervivientes, así como el patrón de uso de dichos servicios. Asimismo, las estadísticas descriptivas se emplearon para resumir las estadísticas de los servicios, mientras que las entrevistas cualitativas se grabaron digitalmente para, posteriormente, transcribirlas y transferirlas al software NVIVO 12. A continuación, estas transcripciones se analizaron mediante el análisis narrativo y temático. Finalmente, tanto el Consejo de Revisión Institucional del Consejo Nacional de Población como el Comité de Ética para la Investigación del Hospital Universitario la Universidad de Maiduguri dieron su aprobación ética al estudio.

RESULTADOS

Los resultados reflejan que la búsqueda de ayuda está relacionada con obstáculos a diferentes niveles relativos al contexto y a la situación personal, familiar, comunitaria e institucional, así como también a las dinámicas de género y poder. Las barreras para acceder a tiempo a una asistencia incluyen, entre otras, el estigma, la falta de sensibilización sobre el valor que tiene acceder a tiempo a una atención clínica para las víctimas de violación, el miedo a las consecuencias de informar sobre una violación y el escaso poder de decisión que tienen las mujeres sobre su propia salud y bienestar. Un desequilibrio de poder en la comunidad afecta a la percepción de las mujeres sobre sí mismas y sobre su capacidad para tomar decisiones que atañen a su salud. El consenso que prevalece entre las familias es que hay que ocultar la violación para defender la reputación de la familia y evitar el estigma que supone dentro de la comunidad. La cultura del silencio en torno a la violación entre las familias se ve reforzada debido a ciertos factores socioeconómicos como la pobreza y el endeudamiento de las familias ante posibles pretendientes que han limitado la capacidad de las víctimas para notificar o hablar sobre las violencias de género y permitirles buscar ayuda. Las estructuras comunitarias que fomentan la culpabilización de la víctima y el ostracismo de las personas supervivientes y de sus familias han moldeado las normas sociales que producen violencias

de género y que limitan la autoeficacia por parte de las y los supervivientes para buscar ayuda. Asimismo, el limitado acceso a la justicia para condenar una violación normaliza la violencia y legitima a los perpetradores para continuar violando los derechos de las mujeres y menores. Así, por ejemplo, en este estudio nos hemos encontrado con barreras institucionales de acceso a la atención sanitaria, pero también con largas esperas en clínicas, una falta de empatía por parte del personal sanitario, una gestión de los casos por parte de un profesional médico de otro sexo, la barrera del idioma y una limitada integración de servicios.

CONCLUSIÓN

En este estudio se destacan las barreras clave para acceder a la atención clínica para las víctimas de violación durante el período crítico de las primeras 72-120 horas. Es importante sensibilizar sobre la necesidad de disponer de esta atención clínica en el período inicial de las 72-120 horas, además de identificar y abordar las barreras institucionales que dificultan su acceso. Los programas educativos en los que participa la comunidad deben utilizarse para que las familias y las comunidades promuevan la salud y los derechos humanos de las mujeres, y deben incluir un servicio de confidencialidad para las personas supervivientes, así como abordar las posibles barreras en el acceso a la atención médica. Pese a los retos que supone disponer de servicios sanitarios en estructuras temporales como pueden ser los campos de personas desplazadas internamente, la implementación de mecanismos que permitan a las personas usuarias manifestar su opinión es una forma valiosa de abordar los vacíos que hay en el servicio y a mejorar la asistencia.

RECOMENDACIONES

1. Los programas educativos donde participa la comunidad deben centrarse en la deslegitimación y en la desmitificación de los relatos en torno a la violación, para poder abordar las normas culturales y sociales que fomentan la cultura del silencio frente a la violación, ya que esto mejorará el uso de los servicios y abordará las posibles barreras para acceder a la asistencia sanitaria. Es necesario ejercer una comunicación clara y hacer llegar los mensajes adecuados sobre los beneficios de la atención clínica para víctimas de violación en las comunidades.
2. Los programas educativos sobre salud deben orientarse a familias y no solo a personas individuales. Asimismo, deben usar un enfoque participativo para asegurarse de que las personas supervivientes puedan comunicarse sin miedo en casa y recibir el apoyo de la familia para facilitar el acceso a la asistencia. Estos programas deben abordar también otros aspectos más amplios y relativos a la salud y a los derechos humanos de las menores, especialmente en lo que se refiere al matrimonio forzado y a las oportunidades perdidas para lograr un empoderamiento a través de la educación, así como un empoderamiento económico.
3. Deben ponerse a disposición las acciones clave en los servicios de salud para proporcionar atención médica a las supervivientes de violencias de género. Asimismo, estos servicios deben estar bien integrados en la red de protección para poder derivar a las personas a otros servicios, si fuera necesario, y así garantizar que reciben una atención continua sin que aumenten las barreras en el acceso.
4. La formación y actualización de formaciones para prestadores de servicio es importante porque garantiza que conozcan las mejores prácticas y las más actualizadas para prestar una asistencia competente, confidencial y empática en la que se tienen en cuenta aspectos como la diversidad cultural, la sensibilidad en términos de género y una comunicación clara.
5. A las personas supervivientes les preocupa que las vean entrando a clínicas con servicios de atención para víctimas de violación. Por tanto, la prestación de este tipo de servicios en espacios neutros en las clínicas puede ayudar a abordar el miedo a que otros miembros de la comunidad sospechen que han visitado un centro por ser víctimas de este tipo de violencia.

