

## **El rol en la atención de dos instituciones que atienden la violencia de género en México DF y Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**Manuela Gutiérrez**

[manucamila99@hotmail.com](mailto:manucamila99@hotmail.com)

### Introducción

Esta reflexión surge a partir del análisis del trabajo de campo realizado durante la tesis de maestría. Llama la atención el lugar que ocupan estas instituciones en la resolución de los problemas que las mujeres presentan. Cabe señalar la dificultad de identificar estrategias elaboradas a priori para atender los casos. En ambas ciudades, la atención y el protocolo se desarrollan sin demasiada planificación previa. Es algo así como una cuestión de prueba y error.

Entiendo que las políticas públicas llamadas “de género” se encuentran marcadas por tensiones que tienen que ver con su contexto de surgimiento y se producen en una coyuntura en la cual la cuestión del reconocimiento de los derechos de las mujeres se puso a la orden del día. A la vez que el avance de las recomendaciones en torno a las medidas económicas y sociales de los organismos internacionales de financiamiento producían el abandono de terrenos en los cuales el Estado había estado históricamente presente (Anzorena, 2009:58).

De alguna manera la aparición de este tema en la esfera pública es relativamente reciente, y quizás justamente por eso, es que todavía no ha cumplido suficientemente con las expectativas. Se observa que el reconocimiento de los derechos de las mujeres tiene una relación inversa con la violencia social, con las estructuras sociales y económicas desiguales, lo que tiene como consecuencia que sean sólo algunas mujeres las principales beneficiadas de los avances que suceden sobretudo en el plano legislativo y que todavía no se traducen en igualdad de posibilidades para todas.

Gran parte de estos procesos de institucionalización de las corrientes feministas se efectuaron en el marco de la lucha contra la violencia de género (...) [y] ha sido este el campo en el cual el gobierno hizo las mayores ofertas, que en su retórica retomaban objetivos feministas pero al mismo tiempo los resignificaba para inscribirlos en la estrategia legitimadora y modernizadora del Estado (Lang 2003:74).

Puede afirmarse que todavía subsisten ciertos patrones socioculturales discriminatorios que perpetúan la violencia de género e impactan directamente en el accionar de los funcionarios o

profesionales, lo que podría repercutir negativamente en la atención brindada a las mujeres. De allí que la naturalización y la invisibilización de las situaciones de violencia del personal que atiende cobra especial relevancia cuando se trata de visibilizarlas.

Una cuestión contradictoria es que las mismas instituciones que han sido concebidas para prevenir y asistir este fenómeno, sean muchas veces las responsables de continuar reproduciéndolo, y se constituyan propiamente en obstáculos para las mujeres que buscan ayuda. El papel de estas las instituciones al minimizar los síntomas y las enfermedades corren el riesgo de instrumentar acciones que no consideren las limitaciones de intervención sobre las comunidades. Las percepciones de las prestadoras y los prestadores de servicio, sus creencias sobre las identidades y los papeles de género son a veces compartidas con las de la población atendida, por eso, para ser exitosas estas intervenciones, deben contar con capacitación que impacte directamente sobre la subjetividad y la identidad del personal de salud (Saucedo, 2003).

El papel de estas instituciones con relación a la atención que brindan, e incluso respecto a su existencia, resultan – por lo menos- controversiales en cuanto a que muchas veces se erigen como verdaderos obstáculos para la resolución de los problemas que las mujeres presentan.

## **Medicina Social**

Para la sociología el fenómeno de la violencia se ubica en el marco de las relaciones macrosociales donde violencia y poder parecerían ser conceptos inseparables. Es un problema de producción histórica y social que afecta en mayor medida a hombres que a mujeres en términos de muertes dado que fallecen más hombres que mujeres jóvenes en situaciones de conflictos violentos. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, (OPS,2002) puntualiza que "mientras que los hombres son más susceptibles de sufrir ataques violentos por parte de extraños que por alguien dentro de su círculo de relaciones... una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es la ejercida por el marido o compañero sentimental". En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHOA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo.

Resulta útil tomar en cuenta la categoría de Proceso salud- enfermedad- (Laurell, 1985).

Como fenómeno multidimensional e intersectorial, el PSE está integrado por elementos heterogéneos y compuesto por:

- a) distintos “niveles” de realidad, materiales y no materiales, objetivos – subjetivos;
- b) variados saberes-interpretaciones, prácticas e intervenciones que sobre este complejo se efectúan (científicos, religiosos, políticos, filosóficos, ético-morales, legales, “pensamiento común”, tradiciones y creencias de diversos grupos sociales, etc.;
- c) diferentes sistemas institucionales involucrados en su interpretación y “tratamiento”: Estado, corporaciones médicas, instituciones educativas y sanitarias, medios de comunicación, iglesias, sistema laboral y jurídico, agentes económicos, ONGs, movimientos sociales, partidos políticos, curadores de diverso tipo, conjuntos sociales, etc.;
- d) disímiles posiciones de autoridad y poder que se expresan en disputas, acuerdos y transacciones que esos actores y esos saberes-interpretaciones, prácticas e intervenciones sostienen para hegemonizar el abordaje de un fenómeno que, en las sociedades modernas y altamente medicalizadas, se ha convertido en un componente importante de los sistemas de control y disciplinamiento social, fuente de rentabilidad y acumulación de capital y, a su vez, un significativo campo de construcción de hegemonía y legitimación del orden social “un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud” (Tobar 2001:1).

La violencia de género –ya sea física o simbólica (Bourdieu, 1999) tanto para quienes la ejecutan como para quienes la padecen-, constituye un padecimiento ya que implica sufrimiento, daño y se asocia con diferentes cuadros de morbi/mortalidad. En tanto tal, podemos conceptualizarla como expresión del proceso de salud-enfermedad (PSE) (Laurell, 1985).

Este trabajo se posiciona desde la perspectiva teórica de la medicina social y la sociología, lo cual comprender desde otra mirada algunos elementos que caracterizan a estas instituciones, cabe resaltar, por ejemplo, que estos dispositivos no tienen en cuenta en su accionar ninguna perspectiva sociológica lo que prima más bien es una mirada “psicologizada” del fenómeno. Los casos se toman desde la particularidad sin ninguna intención de observar aquellas cuestiones que tienden a reiterarse y permitirían, en todo caso pensar en ciertas generalidades. La especificidad de este campo disciplinar, podría aportar ciertos elementos, una mirada macro que, por ejemplo, posibilitaría pensar otro tipo de respuestas.

## **Violencia de género y salud**

En mayo de 1996, la 49a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución (WHA 49.25) que declaró a la violencia como prioridad para la salud pública, dado que se observaba un claro aumento en las lesiones intencionales, que aunque afectaban a ambos sexos y a todas las edades, era mucho más significativo en mujeres y niñas. Asimismo, el Informe sobre violencia y salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que “una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias” (2002:1).

El impacto que causa a la salud de las mujeres es diverso, desde daños directos, hasta síntomas específicos y aislados. Por este motivo algunos autores sostienen que la forma más apropiada de conceptualizar la violencia de género es definirla como un factor de riesgo para la mala salud (Ruiz Pérez, 2008), esta mirada es unidireccional. Sin embargo en esta investigación se asume otra perspectiva que considera a la violencia de género como un Determinante Social de la Salud, de alto impacto en las mujeres (Sen, Östlin et al., 2009).

Esto último, es una de las claves para el enfoque médico social, que debe ser útil para desarrollar este tema que aún tiene vacíos en su perspectiva teórica, y empírica. Reflexionar sobre el problema de la violencia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud podría constituirse en una herramienta, de este campo, con amplias posibilidades para un análisis crítico dentro de sus objetos de estudio.

### **¿Se brinda una atención integral?**

El discurso de la integralidad desde la postura institucional central se refiere a la formación de equipos de trabajo interdisciplinario, capacitado y sensibilizado para cada problemática que atienden, conocedores de la norma y garante del derecho a la atención de las usuarias. Sin embargo este discurso no se asimila al trabajo cotidiano de estas instituciones, en el hacer, la cotidianidad impone sus propias condiciones.

Cabe mencionar la cuestión de la integralidad de los servicios que dicen ofrecer estas instituciones. De esta manera se intenta extrapolar algunas reflexiones realizadas específicamente en el campo de la salud para analizar lo que sucede en los ámbitos seleccionados.

Las características del tratamiento que se ofrece a las mujeres muestra una fuerte limitación ya que es breve y sólo se aborda el problema desde lo psicológico dejando de lado otros aspectos del

fenómeno que apuntarían a la atención integral. Se evidencia la inexistencia de dispositivo que permita el seguimiento de los casos, la asistencia se realiza en la etapa de emergencia en ambas ciudades. Pero se advierte una falla en la atención sostenida.

## **Conclusión**

Discutir y reflexionar sobre violencia de género en contextos sociales globalizados, en ciudades como México o Buenos Aires, implica referirse también a la lógica vigente de los servicios de salud con tendencia a la privatización, la fragmentación y la reducción de la atención, apartada de la prevención y la promoción como enfoque integrado de atención. Hay en ello, sin embargo, una tendencia contradictoria frente al discurso oficial comprometida internacionalmente con la supuesta mejora de la atención integral en los servicios.

Se observan en los ámbitos estudiados una superposición de esfuerzos y una excesiva burocratización respecto al problema de la violencia, producida por la falta de coordinación institucional. Cabe señalar también que incluso a pesar de los avances legislativos, y los intentos de los gobiernos por disminuir los índices de violencia en ambas ciudades, las características culturales del patriarcado son igualmente fuertes.

La excesiva burocratización institucional y la falta de suficiente articulación e intereses comunes, deviene en una escueta resolución del problema y en una cierta reproducción del mismo por parte de las instituciones que dicen buscar prevenir y asistirlo. En este sentido se observan ciertos desajustes entre el propósito de la ley y su aplicación a través de los dispositivos existentes. Los mismos se producen por falencias en los modos de implementación generados por diversas razones, tales como la permanencia de procedimientos que coexisten con anteriores o supuestas disposiciones, circuitos administrativos no actualizados, inadecuación entre la existencia de personal en servicios y demanda efectiva o real.

En efecto, en la ciudad de Buenos Aires se impulsaron diversas propuestas acompañadas por proyectos legislativos para dar respuesta a los vacíos de las propuestas actuales. Sin embargo, la mayoría de esos proyectos ha sido rechazada por la banca oficialista. Su resistencia en aceptar las propuestas de ampliación de los programas de atención de la violencia, y de avanzar con nuevos programas de inclusión y de acceso a derechos ya consagrados se relaciona con el predominio en la gestión de una concepción elitista y conservadora que vuelve a colocar al Estado en rol subsidiario,

regresando a las políticas de los años '9043. Esta situación se agrava por la existencia de una visión patriarcal que considera a estas temáticas como transgresoras de los patrones familiares tradicionales.

Lamentablemente, junto a las evidencias sobre las causas sociales, económicas y culturales que explicarían la violencia de género, entre los médicos y las médicas persisten creencias estigmatizantes acerca de atributos idiosincráticos de las mujeres de sectores desprotegidos (ignorancia, irresponsabilidad sexual, promiscuidad, entre otros). Circulan dentro de los discursos y las prácticas de los profesionales de la salud un conjunto de ideas, valores, prejuicios, temores y dudas que atentan contra su responsabilidad profesional para atender apropiadamente a las mujeres (Ramos, et al., 2001:30).

Es pertinente señalar aquí, junto con Tajer (2001) que el campo médico en su currículo profesional de su formación de grado –y posgrado- debería incorporar elementos de ciencias sociales en salud, con el propósito de enfrentar fenómenos complejos, tal es el caso del impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres. Esto se vuelve ineludible para que comiencen a evaluar los factores socio-culturales, corriéndose del paradigma que deja por fuera a la persona de su contexto.

Se observa una situación en la que las y los informantes se perciben atrapados e incapaces entre la institución y las mujeres, con recursos insuficientes para atenderlas, desde las mismas condiciones de atención que les limita la realización de su imaginario profesional.

Por último, ante la situación dominante de pobreza, se suma la responsabilidad personal adjudicada a la población atendida por su estado y por su problemática. Pareciera establecerse una relación directa entre marginación, pobreza y violencia, reconociendo al contexto de trabajo como un medio marginal, de arraigadas costumbres que se vincula con la ignorancia, la falta de educación, y de oportunidades de empleo que permitan condiciones de vida adecuadas. Por todo esto, tal como afirma Tajer: “es necesario avanzar en un cambio de enfoque de la atención del sistema de salud que pase de un paradigma paternalista a otro basado en la atención como un derecho de ciudadanía” (2011:100). En el tema específico de la violencia de género posibilitará el salto de percibir a las mujeres que sufren violencias como tuteladas para concebirlas como ciudadanas que presentan dificultades para asumir con autonomía la toma de decisiones de salud y de vida.

## Bibliografía consultada

- Anzorena, C. (2009) Veinte años de políticas públicas destinadas a mujeres en la Argentina. Organismos y políticas en la provincia de Mendoza. Manuscrito NO publicado, UBA. Argentina.
- Lang, M. (2003) ¿Todo el poder? Políticas públicas, violencia de género y feminismo en México. Iberoamericana. América Latina- España- Portugal 12 pp. 69-90
- Laurell, A. C. (1985): El proceso de salud enfermedad como proceso social, CMS, Rosario.
- Laurell, A. C. (1985): La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas. En: CEAS (Centro de Estudios y Asesorías en Salud). Cuenca, Ecuador. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. CEAS.
- Ramos L. L. (2005) Violencia de género y salud mental. *Reunión Internacional de Atención y Prevención de la Violencia hacia las Mujeres: Un enfoque multidisciplinario*. Instituto Nacional de las Mujeres
- Ruiz Pérez, I. (2008) Medición de la Violencia contra la Mujer: catálogo de instrumentos. Escuela Pública de Salud Andaluza, ISBN: 9788487385728 Granada.
- Saucedo, I. (2003) Violencia de género: problema prioritario de salud pública. Oportunidades y límites para la puesta en marcha de programas en el sistema de salud del Estado. En López, P. Rico, B. Langer, A. y Espinosa, G. (compiladoras). Hacia una política de salud con enfoque de género. México. Secretaría de Salud, UNIFEM.
- Sen G, Östlin P et al. (2009). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente- Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Tajer, D. (2003) Violencia y Salud Mental de las Mujeres. En Políticas Públicas, Mujer y Salud. Memorias de la 11 Universidad Itinerante, RSMLAC, Colombia. Marcar Impresiones.
- Tobar F. (2001) "Breve historia de la prestación del Servicio de salud en la Argentina" Ed. (s/d fotocopias)