

Orígenes y particularidad de la violencia de género desde la atención primaria de la salud en distritos seleccionados de la provincia de Buenos Aires.

Graciela Silvia Biagini.

Cita:

Graciela Silvia Biagini (2015). *Orígenes y particularidad de la violencia de género desde la atención primaria de la salud en distritos seleccionados de la provincia de Buenos Aires. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/769>

JORNADAS DE SOCIOLOGIA

Dra. Graciela Biagini
FCS-UBA / DCS-UNLU

grabiagini@gmail.com

Encuadre del problema

La ponencia desarrolla algunos resultados del proyecto multicéntrico *Violencia de género y APS: un estado de situación. Aportes a las políticas públicas* que se estructuró entre el equipo directivo y graduados del Posgrado de Salud Social y Comunitaria de la UNLU y las Secretarías de Salud de General Rodríguez (GR), Moreno (MO) y Luján (LU). Contó con el financiamiento de Salud Investiga/MSN.

La VG tiene un amplio espectro de efectos fatales (homicidio o suicidio); consecuencias en la salud física, en la salud sexual y reproductiva (SSxyR), en la salud mental, en el consumo de sustancias adictivas, en las interrelaciones sociales y en la salud de hijos (Tajer et al, 2011) con efectos sobre el empleo y la educación. La visibilidad y la legitimidad propiciadas por Tratados internacionales, la sanción de una serie de leyes y la implementación de programas de la temática -(Ley 26.485/2009 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; Ley 12.569/2001 sobre Violencia Familiar (PBA) y la 14.509/2012- promovieron la identificación y denuncia de casos. No obstante, la naturalización de situaciones por parte de quienes la padecen o la ejercen así como entre quienes podrían atenderla y la prevalencia de los sucesos en el ámbito de lo privado, inciden en el subregistro de casos.

Tampoco existe un consenso generalizado acerca de la forma de nombrar a “las violencias” superponiéndose distintas definiciones. Una de las implicancias de éstas refiere al ámbito público o privado con lo cual al hablar de violencia doméstica se la circunscribe al espacio privado y, en tanto tal, resulta más complejo intervenir desde el Estado.

Aunque no pueda afirmarse que la VG sea, en sí misma, una enfermedad, se trata de una problemática socio-cultural que, en tanto padecimiento, afecta la salud psicofísica y constituye un componente del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado. El fenómeno de la violencia puede ser abordado en un nivel de análisis macrosocial o microsicial; en ambos casos violencia y poder son conceptos inseparables. En el nivel macrosocial, se trata de un problema que afecta en mayor medida a hombres dado que fallecen más cantidad de éstos que de mujeres en situaciones de conflictos violentos. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, (OMS, 2003) 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*".

Resulta pertinente incluir la categoría de género como una expresión particular de la desigualdad social que afecta a las relaciones entre varones y mujeres y que no es reducible a la desigualdad que genera la división social y sexual del trabajo. Esta noción permite abordar el PSEA desde tres dimensiones: como construcción social e individual de las identidades de género; como relaciones de poder que se expresan en interacciones entre varones y mujeres; o desde las desigualdades sociales entre varones y mujeres. Tajer ha relacionado la perspectiva de género con el ámbito de la salud colectiva especificando sus contribuciones ya que... " *implica incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el PSEA de ambos grupos genéricos...*" e incluye una importante categoría para el análisis denominada *vulnerabilidades diferenciales relativas asociadas con "los roles sociales que varones y mujeres pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado lo cual establece los modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos y de morir..."* (2011)

Para llevar adelante el rol de prevención, detección y mejorar la respuesta del sector de salud se han propuesto dos herramientas: el *tamizado sistemático* y los *protocolos* (OMS, 1998) las que facilitan y mejoran las prácticas de diagnóstico oportuno y tratamiento y posibilitarían su estandarización (Tajer et al, 2011).

La ponencia se focaliza en algunos resultados que identifican los saberes y significaciones sobre la problemática teniendo en cuenta orígenes, alcance del problema, tendencias actuales, efectos y sus formas de diagnóstico en una muestra de 107 profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social que se desempeñan en Centros de Atención Primaria (CAPS) o en Centros de Integración Comunitaria (CIC) en los distritos de General Rodríguez (GR), Luján (LU) y Moreno (MO) ubicados en la PBA.

Como se desprende de nuestros resultados, las transformaciones y ampliaciones en los sentidos del pasaje de cuestión individual y particular a problemática de derechos y salud colectiva –y en tanto, deber del Estado- no ha incidido suficientemente en la implementación. La necesidad de profundizar la atención del problema es también reconocida por organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VG. (Biagini, 2013) y nos advierten que tanto en VG como en SSxyR, más allá de la implementación de políticas apropiadas, en

última instancia, el abordaje y el trato “*va a depender del profesional que tengas en frente*”.
(AC. Casa del Encuentro)

Encuadre metodológico:

Se ha elaborado un diseño de tipo descriptivo y exploratorio con implementación de técnicas de producción de la información de tipo cuali/cuantitativo con predominio de las primeras (observación y entrevista semiestructurada) y con algunos formularios complementarios que fueron tabulados y analizados cuantitativamente (no incluidos en este artículo)

a. Universo o población objetivo; Profesionales de la salud del campo de la medicina (M), obstetricia (OBS)/ginecología (GINECO), trabajo Social (TS), psicología (PSICO).y enfermería (ENF) que se desempeñan en los CAPS seleccionados.

b. Unidad de análisis: CAP y CIC ubicados en MO, GR y LU.

c. Tipo de Muestras: Muestra intencional, no probabilística

-24 CAPS, 2 CICS, con mayor PNBI, s/censo 2010. Las áreas programáticas seleccionadas son aquellas habitadas por la población de menores ingresos, mayores índices relativos de desocupación y/o inserción irregular en el mercado de trabajo. Suponemos que son los que recurren a los efectores públicos de salud

-Se entrevistaron 107 profesionales, con una antigüedad de 2 años como mínimo.

Un análisis de las características del personal entrevistado

- Respecto a la condición laboral, la mitad aproximadamente de los informantes reviste en planta permanente y la otra mitad está contratado o es becario del Programa de Médicos Comunitarios/MSN (PMC) aunque la distribución no es uniforme por distrito. Mientras en LU la mitad es de *planta*, esa proporción se verifica en GR y MO entre los *contratados*. También es en LU donde los *becarios PMC* resultaron ser un poco más numerosos.

-El 54% está constituido por personal médico (24%) y por ENF (29%) mientras que la otra mitad está conformada por OBST (13%), PSICO (18%) y TS (15%). Si entre los médicos y los enfermeros los últimos resultan ligeramente más numerosos, esto se debió a los CAPS visitados en GR y LU. La menor proporción de OBST obedece a su menor presencia entre los informantes de LU, donde, inversamente se obtuvo una sobrerrepresentación relativa de PSICO. A su vez, en MO se encontró la mayor proporción de médicos siendo categoría más numerosa de las cinco. El personal de *planta permanente* es más frecuente entre los médicos; los *becarios PMC* lo son entre TS y PSICO y los *contratados* entre los OBST y en menor medida los TS, quienes se encuentran en situación laboral de mayor precariedad.

-Con referencia a la antigüedad, la mitad de la muestra tiene *6 o + años* de experiencia en

APS. El personal con menos antigüedad resultó más frecuente en LU siendo los médicos quienes detentan la mayor antigüedad y los TS los más noveles, sin variaciones por distrito en los últimos

-En general la mitad no ha tenido ninguna capacitación y esto es todavía más notable en MO mientras que LU se destaca por el perfil inverso, aún si la mayoría sólo tuvo capacitaciones cortas. En cambio casi un tercio de los informantes de GR declara haber realizado varias capacitaciones sobre VG. Si analizamos por profesión, los TS y los PSICO recibieron más capacitación sobre la problemática (8 y casi 7 de c/ 10, respectivamente) disminuyendo la formación específica recibida entre ENF y OBST.

Entre la mitad que recibió algún tipo de capacitación, uno de c/ 2 lo hizo convocado desde su *lugar de trabajo*. Esto resulta notable en LU –que es a su vez el partido que presenta mayor tasa de capacitación- mientras que en GR –donde se observó mayor proporción de personal con *varias capacitaciones*- la *inquietud personal* fue el motivo más mencionado. En tanto que PSICO muy mayoritariamente declara haber sido convocado por su *lugar de trabajo*, los TS resaltan entre quienes se capacitaron por *iniciativa propia*.

- En todos los partidos predominan ampliamente las mujeres; alrededor de la mitad del personal tiene más de 6 años de antigüedad en APS y, en todos los casos, obedece fundamentalmente al personal médico donde, por otro lado, el índice de feminidad disminuye: hay casi dos mujeres por cada varón en tanto que en el resto de las profesiones esa relación varía entre 12 a 1 (OBST) y 4 a 1 (ENF).

SIGNIFICACION SOCIAL DE LA VG

Desde la perspectiva de la medicina social la violencia en general y la VG específicamente constituyen uno de los determinantes sociales del PSEA/C y a nivel macro y micros social deriva y refuerza condiciones de violencia estructural e incrementa la vulnerabilidad de las mujeres. La "construcción social de la VG" constituye un fenómeno en proceso, no cristalizado. La actual visibilización de situaciones de abuso, maltrato y violencia hacia mujeres y niños y la instalación de la temática en la agenda pública no es uniforme para los distintos sectores sociales; diferencia que puede reforzar procesos de discriminación y estigmatización en los sectores subalternos, especialmente en el caso de los varones con algunas reminiscencias a los estereotipos que circularon sobre las "clases peligrosas" aunque discursivamente los informantes acuerdan que se trata de una "conducta aprendida".

Es posible reconocer entre los profesionales diferentes representaciones sociales de la problemática conectadas con posiciones ideológicas. Los que se focalizan en el nivel

microsocial y psicosocial de interpretación enfatizarán el tipo de vínculos interpersonales; historias familiares, reproducción social, etc. como orígenes y, a su vez, efecto de la VG y abusos diversos. Otros, desde un nivel de análisis macro y una perspectiva sociocultural pondrán el foco en las condiciones de vida y trabajo, en algunos determinantes sociales y en la persistencia de pautas patriarcales y machistas; en estos casos, se considera el contexto general de mayor violencia y agresividad como una particularidad de nuestros tiempos.

Estos posicionamientos aparecen en los relatos recabados en forma no excluyente coexistiendo de modo no contradictorio al exponer las interpretaciones sobre orígenes, efectos e implicancias así como señales y parámetros utilizados para un diagnóstico que generalmente no ha sido buscado ni programado, que se presenta en forma encubierta pero que irrumpe en la percepción del sistema de salud en ocasiones de modo inesperado y dramático. En el abordaje prevalece la idea de “*hay que esperar*” para que vuelva (en contraposición a otros padecimientos donde se interviene prescriptivamente).

Además de las implicancias subjetivas que supone el tratamiento de este problema, que excede a la atención psicomédica y social, en la base de ciertas actitudes de “evitación” que se desprenden de los relatos opera – a veces como respuesta justificatoria de aquéllas- las carencias de dispositivos efectivos y/o el propio desconocimiento de los mismos por parte de los profesionales (legislación específica, incumbencias, etc.). No pueden obviarse las apreciaciones de los informantes respecto a no contar con una capacitación para el abordaje ni las notables dificultades objetivas existentes para encarar un trabajo en equipo que avance más allá de derivaciones y comentarios “de pasillo”; derivaciones que resultan señales informativas para que otros (en general, PSICO y TS) se ocupen en tanto en el camino la paciente se “escurre” de la sala o no vuelve a consultar. Por ej., las profesiones médicas afirman que ante la sospecha o la evidencia derivan pero hemos encontrado, especialmente por parte de los TS y PSICO, grandes dificultades para recordar casos concretos que acudieron a esos mismos CAPS.

A fin de caracterizar las perspectivas y representaciones que orientan las prácticas de diagnóstico, asistencia e intervención de los entrevistados presentaremos los distintos ejes de análisis que componen la significación profesional de la problemática en estudio.

A / Los orígenes de la VG

En las entrevistas se observa un mosaico polimorfo de interpretaciones sobre los orígenes las que se organizan en torno a una constante: la complejidad y multicausalidad del problema.

Sólo como visión “estática” podemos discriminar las formas y diferencias de esas figuras multiformes y heterogéneas. Las enunciaciones giran alrededor de imágenes en las cuales el origen de la violencia hacia las mujeres (no siempre tomadas desde el enfoque del género) remiten a:

1) No hay un solo origen/ causa. La visión respecto a la multicausalidad y complejidad es la más frecuente; es la que emerge inicialmente aunque después se particularice o enfatice algún componente. En este mix la representación incluye variados componentes micro y macrosociales.

2) Condiciones de vida material y trabajo. Vulnerabilidad estructural. (desocupación, pobreza, hacinamiento. El siguiente relato si bien señala las condiciones económicas,

advierte sobre una modificación en los roles de proveedor y sus efectos sobre los vínculos

-La parte socio económica también, por el hecho que no hay trabajo, causa todo esto también la VG, el hecho de que la mujer también tiene que salir a trabajar y es la que mantiene la familia, se cambian los roles, y a muchos hombres le cae mal esto... GR-ENF-Mu

Si bien la figura del agresor está instalada en el campo de lo peligroso, temible, perverso y fuera del control y su palabra está ausente, en el próximo verbatim la situación laboral aparece como un motivo de violencia en un contexto que no sólo excluyó por décadas a los sectores populares del trabajo sino que afectó su propia dignidad.

-Porque obviamente la violencia no es solo física, hay de otras formas también la económica y me dice: "Yo no quiero, pero yo no sé cómo hacer", me dice "Salgo a buscar o me dan o no me dan trabajo ... vengo enojado y trato de descargarme con alguien. MO-TS-Mu

El nivel de análisis en este componente es macrosocial empero resulta llamativo que muchos entrevistados toman puntual el tema socioeconómico como si se estuviera en la década del 90 desconociendo los mejores índices de empleo y políticas sociales que apuntan, con éxito relativo, a mejorar las condiciones de vida y trabajo. Con excepciones, priman estas consideraciones entre las profesiones médicas. En cambio entre los TS la mirada es sociohistórica, como un proceso de larga duración. ENF y PSICO subrayan la dependencia económica de las mujeres sobrecargadas de hijos y la situación de indefensión que genera.

3) Cultura patriarcal. Desigualdad por género. Mujer=objeto. El tema del poder, de la desigualdad entre los géneros y los distintos tipos de maltrato y abuso son las razones explicativas que se alegan respecto a las situaciones de violencia hacia las mujeres y en parte hacia los hijos.

Lo “cultural” expresa contenidos político ideológicos dominantes que tienden a cosificar a las mujeres como objeto de sujeción y sometimiento entre sectores que, a su vez, son objetos de

manipulación y fuerte control social y laboral. De esos procesos de discriminación y estigmatización derivan asignaciones de sentido que naturalizan la existencia de relaciones interpersonales desiguales entre los sexos e instituyen una cierta división de roles en el ámbito privado y público; separación que incide en actitudes que nos resultan paradójicas y contradictorias cuando en las consideraciones de la mayoría de los entrevistados se manifiesta que es necesario “esperar” a que sea la mujer quien deba en primer lugar “asistir-venir” al CAP y luego “hablar- manifestar” la situación que la aqueja pues se trata de una persona adulta y autónoma, sujeto que se mueve en el mistificado ámbito privado -familiar. De esta manera, creemos que una insuficiente capacitación, en gran parte, *“colabora a reforzar uno de los mitos que sostienen y permiten que este tipo de violencia sea posible, y es el mito de la privacidad, según el cual los problemas de la pareja son privados e íntimos, deben ser resueltos entre ellos, y los/as profesionales no deben intervenir”*¹.

El efecto de naturalización figura en los relatos como explicación del sometimiento de las mujeres. El énfasis en estos aspectos expresa a su vez, y desde nuestro punto de vista, una naturalización en la mirada profesional misma que "explica" lo que ocurre descuidando uno de los aspectos cruciales como son los interjuegos de poder y autoridad en los vínculos, desvalorizando la potencialidad de intervenir por parte de otros actores sociales, incluido el sistema de salud. Similar efecto al que tienen las “derivaciones expulsivas” observadas.

4) **Contexto social y mundial más violento. Más agresividad.** Si bien es un intento de redimensionar la problemática en algunas apreciaciones opera como subestimación del problema y, por oposición, contribuir a desvalorizar las propias prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

5) **Historia familiar. Reproducción de vínculos de agresividad “patológico” aunque naturalizados. Condicionamiento mutuo.** La mayoría de los informantes carga el acento en un nivel de análisis micro social, de responsabilización individual y patologización del problema. Prima aquí la visión de PSICO y de ENF.

6) **Consumo de alcohol y drogas.** Algunos testimonios incluyen el uso abusivo de estas sustancias como causante de VG con connotaciones discriminatorias por clase social y niveles culturales. No en todos los casos, pero el no poder precisar una razón que la origina, la VG genera incertidumbre, especialmente entre Ms y OBST. Incertidumbre teñida de un matiz de desinterés; de no incumbir a su campo profesional cual “divide y reinarás” tal como es fragmentario su abordaje desde los dispositivos estatales y las prácticas psicomédicas.

¹ D.Tajer et al: Impacto de la VG en la salud de las mujeres. PNUD AR 09/016, 2011

B / PISTAS- parámetros para detectar el problema

Ante el requerimiento de las formas o pistas que utilizan al sospechar situaciones de VG las respuestas requirieron frecuentemente un proceso de reflexión que entre M, OBST y ENF tuvieron un carácter más inductivo y empírico: a partir de las experiencias vividas con las pacientes surgieron las referencias. En cambio, TS se caracteriza por una visión más deductiva. Siete tipos de parámetro a modo de indicadores hemos elaborado a partir de los relatos. También aquí la diferenciación no es excluyente. Por cuestiones de espacio, no se incluyen riquísimos ejemplos recabados:

- 1) **Psico emocionales/afectivos: depresión, miedo sentimiento de inferioridad, tristeza, ataques de pánico.** Interesantes indicadores son señalados por ENF, más vinculados con saberes populares basados en la intuición, más allá de algunos estereotipos. En cambio, la dificultad de no ver y el retraso en el diagnóstico presenta alta correspondencia con los rasgos del modelo médico hegemónico que, con su énfasis individualista, positivista y empirista, dificulta la comprensión de procesos que escapan a la verificación “objetiva” y concreta, por un lado y, por otro, oculta la mirada de aquello que no está incluido en los signos y síntomas de su maletín que contiene doctrinas etiopatológicas, endocrinológicas, genéticas, etc. en una paciente que no expresa fácilmente su sufrimiento. Lo “psi” con otra suerte de maletín, espera la escucha para, en general, intervenir. Esta situación posibilita comprender algunas expresiones respecto a lo que aparentemente “No llega” o el yo miro y me ocupo de la “panza”, esa focalización oscurece al resto de la persona, del problema, de sus situaciones. Por el contrario, el personal de ENF es el que más asevera que “llega todo”.
- 2) **Vincular: sumisión como forma de interrelacionarse; dependencia para la toma de decisiones; venir acompañada y controladas. Aisladas.** Predomina como pista un tipo de relación interpersonal que, como caso extremo, semeja un *vínculo total* inclusivo y excluyente de otros; en el que la mujer víctima de violencia -no podemos hablar de los varones- se ve penetrada por la mirada del agresor que direcciona su subjetividad; interfiere en sus relaciones familiares, amistosas y laborales y limita sus interacciones con las instituciones barriales entre las que se encuentran la escuela y los CAPs. En casi todos los relatos, se señala como constante una prevalente actitud de sumisión.
- 3) **Socioeconómica: sin manejo de dinero, pérdida de trabajo y otras pertenencias grupales.** Gran parte de esta problemática deriva de una cuestión vincular. Empero, no pude obviarse el peso que tiene lo económico para la sujeción y disciplinamiento de los cuerpos en un contexto donde los recursos materiales y económicos es tan reducido y no

sólo para las mujeres; también para la mayoría de los varones que viven en los barrios seleccionados. Las limitaciones económicas coadyuvan en el circuito de ir-venir; de entrar y salir. Resultan llamativas las pocas referencias existentes respecto a la presencia de la VG como un padecimiento que afecta a todas las clases sociales lo que puede connotar procesos de estigmatización presentes en forma latente.

4) Salud Sexual y Reproductiva: dificultad en usar métodos anticonceptivos; desinterés por control de embarazo, no traer los estudios, embarazos no deseados. El espacio previsto impide explayarnos sobre algunas simpáticas estrategias y alianzas entre el personal de salud, especialmente ENF y las mujeres para superar las restricciones en su libre acceso a los anticonceptivos

5) Relación con el CAP: consultas reiteradas, policonsultas. “Turismo” médico, actitud sumisa. Intenta acercarse y no puede decirlo. Deja de venir/desaparece luego de consulta o indicación.

6) Actitud frente a los niños: Callada en consulta pediátrica; habla marido; no mantiene tratamiento o controles de los chicos. Sumisa o violenta hacia los hijos.

A modo complementario de las entrevistas se aplicó un formulario autoadministrado a fin de que los informantes evalúen la validez de algunos parámetros que puedan operar como guías operativas que posibiliten tamizar/rastrear situaciones de VG. Se aclaró que la idea era suministrar a las mujeres dicho formulario en la sala de espera o en el contexto previo a la consulta en el cual se formulan preguntas referidas a su situación personal respecto a la VG que eventualmente les afectara. De manera resumida -por cuestiones de espacio- la evaluación realizada de las preguntas del cuestionario propuesto fue en general ampliamente positiva con valores de retención siempre superiores al 66% y muy menudo de alrededor del 90%; esto puede afirmarse aún si las apreciaciones que efectivamente se hicieron en el marco de las entrevistas hayan puesto en duda la factibilidad y validez del instrumento para aplicar de modo autoadministrado y alcanzar el objetivo propuesto (*van a mentir; se van a asustar; no van a volver*). El rasgo más contrastante en la distribución de la evaluación de las preguntas refiere a la que apunta a saber si la paciente es o ha sido *forzada a tener relaciones sexuales*. Mientras que la totalidad de los varones, los TS y los médicos la consideran como importante, la mayoría de ENF y también dos PSICO, son renuentes a incluirla en el cuestionario. Hubo una ligera tendencia a aceptar más las preguntas entre quienes tienen menor capacitación, menor antigüedad y experiencia y menor edad relativa.

C/ EFECTOS DE LA VIOLENCIA

Como componentes de la construcción social de la VG, nos interesa conocer desde los relatos de los informantes cuáles serían los principales efectos o secuelas sobre la salud de las mujeres que produce el maltrato, el abuso y la violencia. Hemos organizado los verbatims en seis (6) grandes tipos de consecuencias que contienen, a su vez distintas, categorías de cada variable diferenciada. Seleccionaremos de c/ítem sólo una de las elocuentes narraciones, las que guardan correspondencias con los orígenes de la VG explorados y con los "perfiles" de las candidaturas.

1 - Manifestaciones físicas y dolencias orgánicas

– llama la atención cuando el aspecto físico no responde a las edades.... El envejecimiento. Se desfigura su aspecto físico con el maltrato. MO .TS. Mu

2 - Daños corporales. Lesiones

“Muy abandonados, por lo general, son madres que tienen un hijo por año; que están deshidratadas por anémicas, uñas quebradizas...micosis vaginal, hongos de todo tipo, ... amenaza de parto prematuro... todo el tiempo con la panza dura, con la sensación de que el bebé va a nacer, por la tensión que pasa y la situación misma de violencia” MO. OBST. M

3- Problemas salud sexual y reproductiva

-...Que son forzadas, o que después de una pelea, obviamente, no tienen ganas de tener relaciones, lo único que quieren es irse, y si no tienen relaciones por ahí la situación es peor. O si ellas se quieren cuidar, usar preservativas o tomar pastillas, el relato del hombre es que están con otro y por eso se quieren cuidar. MO PSIC, Mu

4- Sufrimiento psíquico – Salud mental

- Te dicen “mi marido no quiere que me ponga tal cosa”. //Están anuladas MO – PSIC, Mu

5- Salud infantil

Retraso en el crecimiento y maduración; retrocesos en control de esfínteres con manifestaciones emocionales o señales de abuso son indicios de situaciones de violencia doméstica; en algunos casos claramente asociadas con embarazos y maternidades no buscadas que, para los profesionales, suelen “explotar” como maltrato/golpes hacia niños en el CAP.

6- Usuaría servicios

-.. las pacientes que están todo el tiempo manteniendo una sonrisa y que tienen los ojos realmente tristes, pacientes que las veo una vez por mes porque están menos de treinta semanas y no hablan mucho o no te cuentan mucho de su familia, //...en su postura, que están acostaditas así [gesto de retraimiento]...a veces les tengo que inspeccionar las mamas ... y están tensas ... con temor de que les descubra una marca u moretón, todo el tiempo están dando excusas de todo, siempre llegan tarde o no vienen a la consulta. MO – OBST, Mu

D / ACERCA DE TENDENCIAS PERCIBIDAS

En cuestiones de salud colectiva importan prevalencia e incidencia. En otros tipos de violencias (guerras, incidentes de tránsito, heridos y muertos de delitos policiales, etc.) existe un sistema de imputación y elaboración del dato. En cambio, para la VG en los distritos seleccionados no hay registros sistemáticos de la ocurrencia de una lesión ni como motivo de consulta. Mayormente son las TS las que “anotan en sus cuadernos” o algunas OBST la imputan en la historia clínica. Se trata de una problemática sin denuncia obligatoria y no en todos los distritos se informa en la planilla semanal que se elabora en los CAPS.

1) Es más visible ahora. La mayoría no puede precisar si la VG está en aumento pero estiman que es más visible; que el grado de intolerancia y sensibilización ha crecido pero algunos consideran que esa visibilización no fue acompañada en lo local por modificaciones en las respuestas del sistema de salud. Lo que no se dice es que tampoco supuso una modificación en las prácticas profesionales ni en la forma de pensar la dinámica de trabajo interdisciplinario conjunto.

- ...evidentemente a lo mejor era un problema que estaba como tapadísimo... y ahora sos víctima de la violencia y tenés a dónde ir, hay toda una campaña de que lo hables, que recurras a alguien que te ayude. LU-GEN-M.

2) Hay más. Como actitudes que revelan cierta “comprensión” relacionan la VG con el incremento de la violencia en general aunque, sin concebirla como una cuestión que atraviesa las clases sociales, la mayoría adujo que obedece a un deterioro en las condiciones de trabajo, por ej. *-Sí. ... Hay gente que decayó, hay mucha gente que viene: "¿Y dónde te atendías antes?". Claro, perdieron su cobertura...* MO, GENERAL, Mu

Para otros, el incremento en las consultas obedecería a una mejor respuesta por parte de los profesionales que, aunque minoritariamente, han podido organizarse como un equipo que trabaja interdisciplinariamente:

- Últimamente, está apareciendo más VG... ahora vienen más, como que se abren más... yo creo que es porque nosotros trabajamos más a nivel interdisciplinario...GR. PSIC. M

No se verifican orientaciones discriminatorias; por el contrario, algunos consideran que se ha reducido la estigmatización social lo que colabora en el pedido de ayuda. De todos modos, queda como tema de la agenda de salud sistematizar los registros de casos y el uso de guías de tamizaje para establecer una línea de base para comparar y evaluar experiencias, además de una mejor respuesta.

E// PARTICULARIDAD DE LA VG EN EL CAMPO DE LA SALUD COLECTIVA

Si bien de modo minoritario, algunos indican que "para otros" la VG, no es significada como una cuestión de salud colectiva; afirmación que connota un alarmante sentido pues la aleja del campo de intervención del Estado y la separa de su reconocimiento como derecho.

¿Refuerza estas respuestas la antigua consideración de que atañe a la esfera doméstica y privada? Acaso ¿deriva de las reducidas y/o ineficientes estrategias y dispositivos implementados por parte del Estado? Veamos algunas de las respuestas:

- **No es un problema que interese; que sea ubicado en el campo de la salud pública y de la enfermedad. No está visibilizarlo. Se naturaliza. No hay quien se haga cargo.**

-...no lo tomamos como realmente un problema y que hay que abordarlo. Otra cuestión, fijate para lo que es el sistema, en realidad no genera gasto, en el sentido que decís "mirá tengo que comprar 30 enalapriles" no viene la solución en una caja de REMEDIAR... LU-ENF.

Reforzando las posiciones que consideran que no está percibida como problemática de salud, el entrevistado nos orienta con indicadores precisos de esta situación:

- Si una mujer tiene un problema del corazón la atiende el médico pero si llega una mujer cagada a palos, quien la ve, la ve el médico si tiene heridas. Vos fijate que en todos estos años, 6, 7 no llego ningún caso derivado del hospital de una mujer que sufrió VG. ¿Que pasó con la guardia de TS del hospital, no vieron el caso?. Lu, TS, Mu.

- **De difícil detección. No hay método diagnóstico, más allá del daño físico; depende de la paciente que lo quiera expresar.** Estas consideraciones predominan entre las profesiones médicas que se enfrentan con situaciones que no pueden detectar ni "medir", el "objeto de intervención" que es un sujeto que se mueve, se contradice, tiene un aparente margen de libertad y decisión:

-...Una infección... es por un virus, por un agente causal que te da síntomas... En la violencia en cambio... Es más difícil de detectar si no te cuenta o te muestra las lesiones, y las agresiones verbales no las puedes ver...a simple vista. MO, GINE, Mu

A modo de cierre, este elocuente relato revela el estado de situación del problema:

-... más allá de que pueda tener signos clínicos indirectos sugestivos no hay algo que le puedas aportar de manera inmediata, tiene solución más mediata que inmediata.... Yo creo que el problema es visible pero somos nosotros los que no venimos con esas herramientas para visibilizarlo, ni siquiera cuando cursas salud mental. No tenemos algo protocolizado, es un agujero, pasa esto y no sabemos que hacer... las que más se involucran con eso son las chicas de TS. LU, GENERAL, V.

- **La resolución y el “tratamiento” involucra a la propia mujer. No hay posibilidades de respuesta independientemente de la persona.** La posibilidad de superar o “salir” del problema depende de la autopercepción y reconocimiento por parte de la víctima. No se visualiza el abordaje como un proceso a largo plazo, de una intervención y orientación que, sumando a otros actores y redes, posibilite que no todo quede en manos de las propias afectadas. El límite de esta visión es la responsabilización individual.
- **Tiene efectos e incide en el presente familiar y en el futuro de los hijos. Impacta totalmente en la persona, en su personalidad. Es grave.**

-Que frente a otros problemas de salud la mujer responde... con fortaleza por más enferma que esté, de vivir la vida; en la violencia no. La mujer se apaga... GR, ENF,M

- **La inequidad de género como cuestión cultural afecta al propio equipo. Implica afectivamente al profesional.** -... *Acompañar estas situaciones es como poner el cuerpo... Sentís que no está habiendo ningún cambio... es recontra angustiante.* MO, PSI, M.
- **Solución compleja e incierta. No hay respuestas efectivas ni dispositivos que operen adecuadamente. Tampoco equipo.** En ciertos verbatim emerge la dificultad de la comunicación, con serias fallas de articulación, con variadas connotaciones que lindan con lo complejo del tema y también con cierta desresponsabilización profesional o pasividad personal.

-No se considera a la violencia hacia la mujer como una cuestión de salud pública sino habría un dispositivo más instalado como es lo de DBT e HTA...me dijiste hay un programa... pero no lo conozco... yo debería estar informada... 'Hay tantas publicidades de “denunciá, denunciá” y después... MO. PSIC. Mu

- **Genera temores por represalias en el profesional.** No sólo las mujeres tienen miedo. Provoca sentimientos de temor entre los profesionales, especialmente ENF con presencia cotidiana en el CAP y, en muchos casos, con residencia en el barrio o en zonas cercanas por lo que resulta imprescindible considerar seriamente las condiciones de trabajo y seguridad de los profesionales ya que el temor colabora al ocultamiento y resistencia al abordaje de la problemática constituyendo un “efecto” de la propia VG, incluso en casos graves:

-Ves algún efecto en los hijos de estas mujeres? Todavía no, porque desde lo que hago no tengo acceso... Te doy un ej. muy reciente: una mujer abandona a su esposo y a sus dos nenes chicos, una nena y un nene. El papá está abusando de la nena. Hace unos años, el nene fue paciente de la

psicóloga y todavía no pasaba nada. MO, GINEC, M.

F/ RELACIONES ENTRE VG Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Si bien conceptualmente no siempre se relacionan las dificultades del control de embarazos, el uso de anticonceptivos o la multiparidad con la VG, ante la pregunta sobre la posible existencia de tal vínculo los relatos abundan en ejemplos y, en algunos casos, reconocen que la misma interrogación les ayudo a comprender la asociación.

DISCUSIÓN

Junto con algunas fortalezas, se han observado debilidades y obstáculos intra e interinstitucionales en los tres distritos por insuficiente capacitación, condiciones desfavorables del proceso de trabajo, disímiles interpretaciones sobre el marco legal y la trayectoria a seguir en estos casos, irregularidades e inconstancia en la implementación de políticas públicas locales junto a actitudes de rechazo respecto a uso de guías de tamizaje² para detección del problema y seguimiento así como las propias características del mismo (avances y retrocesos; proceso de larga duración con alta frustración; implicaciones emocionales en la relación víctima-victimario; naturalización del tema, temor a represalias, etc.) cuando no escepticismo y desresponsabilización por parte del equipo de salud.

Sabemos que el abordaje territorial en este tipo de padecimientos se dificulta por el temor a la estigmatización; que los grupos de autoayuda o los grupos terapéuticos no son una práctica establecida en APS aunque sean estrategias muy efectivas. Sin embargo, en los relatos de los profesionales la petición voluntarista es que la víctima sea su propia “fuerza de terreno” admitiéndose que se requieren conjunto facilitadores "externos" incluyendo orientación, contención y recursos materiales y simbólicos. De todos modos es una paciente “indócil” ya que no cumple con lo prescripto. Obedece al victimario y no al sistema de salud. Nos preguntamos en qué se diferencia desde esta óptica del “síndrome de Estocolmo”

Entendemos que la VG es un *hecho social total* en función de sus orígenes, efectos, impacto en la subjetividad e integridad de la persona atravesado por valores que incriminaron históricamente a la mujer y en contextos macro y microsociales con fuerte estigmatización patriarcal y múltiples intervenciones (mediáticas, sexuales, médicas, jurídicas, políticas, económicas, religiosas, etc.) orientadas al control de sus cuerpos, al disciplinamiento y a la

² Aunque en la provincia de Buenos Aires existen para APS protocolos para detección y asistencia a mujeres víctimas de violencia familiar y sexual se ha constatado desinformación sobre los mismos.

reproducción social. Proceso que se expresa o manifiesta en relaciones interpersonales y vínculos de dominación y sometimiento con implicancias no sólo simbólicas sino fuertes repercusiones en la salud de las víctimas y en el plano económico/social. A su vez, exige para su comprensión y abordaje de un complejo institucional de carácter múltiple, extrasectorial (vivienda, trabajo, educación y protección social) e interdisciplinario. Siguiendo a Mauss en torno a la VG “se expresan a la vez y de golpe todo tipo de instituciones”, jurídicas, políticas, familiares, económicas, etc.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 135-146.
- Chejter S. Ed. *Violencia sexista. Control social y resistencia de las mujeres*. Buenos Aires: Documentos del CECYM. 1995; 3 (3). ,
- Dirección General de la Mujer. *Protocolo de Intervención del Programa de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Doméstica y Sx*. CD. 2011.
- Fernández A M, Tajer D y cols. *Informe final de la Investigación: Análisis de la mortalidad por causas externas y su relación con la violencia . Estudios Colaborativos Multicéntricos*. 2009.
- Laurell A. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latinoamericana de Salud*. 2(82)
- Menéndez E, Di Pardo R. B. *Violencias alcoholizadas y relaciones de género: estereotipos y negaciones*. CMS, 2001; (79): 5-25.
- Merhy E. *Cartografía del trabajo vivo*. LBuenos Aires; 2006
- MSN. *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*, 2011.
- Ministerio de Salud, PBA. *Detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato y Protocolo y Guía de Prevención y atención de Víctimas de Violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención*.
- Observatorio de Femicidios en Argentina Asociación Civil La Casa del Encuentro.
- OMS. *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Washington DC: OPS, 2008.
- Plazaola- Castaño J et al. *Versión corta de la herramienta para screening de abuso sobre las mujeres*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ruffa B, Chejter S. *VG y salud sexual y reproductiva*. CECym, Buenos Aires, 2010.
- Sánchez Lorente S. *Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres*. Valencia. Servei Publications, 2009.
- Sen G, Östlin P et al. *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente- Por qué existe y cómo podemos cambiarla*. Infor final a la CDSS OMS, 2009.
- Tajer D, Gaba M, Reid G. *Impacto de la VG en la salud de las mujeres, Informe final*. PNUD AR 09/016, 2011.
- Tajer D, Lo Russo A, Fontenla M et.al. *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y Equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en CABA*. FP, UBA, 2010.