

# Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires

Dra. Débora Tajer\*  
Mag. Mariana Gaba  
Lic. Graciela Reid

Cátedra “Introducción a los Estudios de Género”  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires



\* Correos electrónicos: dtajer@psi.uba.ar; marianagaba@yahoo.com.ar; gracielabeatrizreid@gmail.com

## Introducción

El Consejo Nacional de las Mujeres (CNM) de Argentina<sup>1</sup> solicitó la presente investigación en el año 2011, la cual contó con financiamiento del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y se llevó a cabo con el fin de recabar información en el campo de la salud para poner en marcha la Ley 26.485, denominada “Acciones de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”, aprobada en 2010. Su propósito fue generar insumos sobre cada eje que incorpora la ley para lograr su plena implementación, lo que implicó la contratación de especialistas en cada campo.

Cabe señalar que la Ley referida promueve acciones en el marco de los programas de salud integral de las mujeres, en aras de fomentar el diseño de protocolos específicos de detección temprana y atención de todo tipo de violencia contra las mujeres.

En este sentido la investigación se propuso, en primer lugar, identificar los modos en los cuales la violencia de género produce daños en la salud de las mujeres, con el objetivo de contribuir a la toma de decisiones dentro del campo de las políticas públicas. En segundo lugar se busca aportar, a través de la realización de recomendaciones surgidas de los hallazgos de esta investigación, al diseño de políticas de atención y prevención de la violencia de género, que incluyan programas específicos para el sector salud. De acuerdo con lo anterior, el estudio se enfocó en:

- Los modos en los cuales el sector salud registra (o subregistra) el impacto de las prácticas de violencia de género en la salud de las mujeres;
- el estado del conocimiento académico sobre el impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres, a modo de estado del arte;
- las trayectorias de vida de mujeres víctimas de violencia y el impacto en su salud;
- conocer si las y los especialistas en salud<sup>i</sup> incluyen en sus modelos de atención la identificación de la violencia de género como determinante social de las problemáticas de salud de la población y

- los grados de discapacidad<sup>ii</sup> provocados como consecuencia de la violencia de género.

En este artículo haremos especial referencia a los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a profesionales y a mujeres que han vivido violencia de género.

## Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, se utilizó el método cualitativo con un diseño descriptivo exploratorio. Se elaboraron dos formularios de entrevistas semi-estructuradas, herramientas que se centran en: "ideas, creencias, formas de pensar, opiniones, sentimientos, maneras de sentir, maneras de actuar, conductas, proyecciones hacia el futuro, razones conscientes o inconscientes de determinadas actitudes y comportamientos".<sup>2</sup>

El estudio se realizó en hospitales públicos, centros de salud comunitarios y organizaciones no gubernamentales (ONG) de la ciudad de Buenos Aires. Se entrevistó a un total de 31 profesionales de la salud de diversas especialidades: psicología, enfermería, trabajo social y medicina<sup>iii</sup> y a cinco mujeres víctimas de violencia de género.<sup>iv</sup>

Las variables de las entrevistas a profesionales fueron: datos sociodemográficos, caracterización de la violencia de género, lesiones o síntomas que produce este tipo de violencia en la salud de las mujeres según especialidad –clínica general, ginecología, obstetricia, salud mental, otorrinolaringología, pediatría, traumatología, trauma y emergencias, quemaduras y discapacidad–<sup>v</sup>, experiencia personal en el tratamiento de víctimas de violencia, identificación de los aspectos éticos y legales de la atención en salud de víctimas de violencia de género y recomendaciones y reflexiones.

En el caso de las entrevistas a mujeres víctimas de violencia de género, las preguntas se enfocaron en datos sociodemográficos, la caracterización de la violencia vivida, el impacto de ésta en su situación de salud –psicológico-anímico, malestares generales, garganta-nariz-oidos, ginecología y embarazos, salud de las y los hijos, golpes y accidentes, quemaduras, discapacidades, situación de vida–,<sup>vi</sup> la respuesta del sistema de salud y las recomendaciones finales.

<sup>i</sup> En particular ginecología, obstetricia, psicología, traumatología, otorrinolaringología y pediatría; así como especialistas en personas quemadas y en atención primaria de la salud, entre otras.

<sup>ii</sup> Discapacidad física, psicológica y social con impacto en la salud (laboral y económica).

<sup>iii</sup> Las y los profesionales de Medicina correspondieron a las siguientes especialidades: general, cirugía, pediatría, guardia-emergentología, clínica, psiquiatría, obstetricia, ginecología, traumatología y otorrinolaringología.

<sup>iv</sup> Al momento de la entrevista, cuatro mujeres participaban en grupos de ayuda mutua, desarrollados en una organización sin fines de lucro y en un Centro Primario de Atención.

<sup>v</sup> Cabe aclarar que a las y los profesionales se les preguntó sobre lesiones y/o síntomas de las diferentes áreas médicas, no sólo de su especialidad.

<sup>vi</sup> Se hizo una traducción del lenguaje “profesional” de los campos de la salud indagados a uno coloquial, con el fin de que las lesiones, los síntomas y los malestares fueran identificables para las mujeres entrevistadas.

De las 31 entrevistas, 77% fueron realizadas a mujeres y 23% a hombres; respecto a la experiencia, 19.5% se ubicó en un rango de 1 a 10 años, 29% tenía entre 11 y 20 años, mientras que 51.5% superaba los 21 años de práctica.

Asimismo, se eligieron diversos campos de atención de la salud o especialidades, incluyendo los tres niveles en los cuales se subdivide el sistema público de salud en Argentina: atención y promoción de la salud, constituido por los Centros de Atención Primaria; el segundo nivel es la atención de las problemáticas en hospitales generales y el tercero es la atención terciaria o rehabilitación, es decir, cuando el daño ya está presente, constituido por los hospitales de especialidades.<sup>vii</sup> La información de los campos de abordaje (especialidades) de cada entrevista y el nivel de atención de la salud al cual corresponde se detallan en el cuadro 1.

**Cuadro 1**

**Muestra de profesionales de la salud,  
según nivel de atención y campo de abordaje**

Profesionales de la salud	Atención primaria	Atención secundaria/hospitalaria	Atención terciaria o rehabilitación
Especialista en la atención de la violencia		4	
Medicina generalista	1		
Quemado			3
Pediatría	1	3	
Guardia		1	
Clínica médica	1	1	
Salud mental		2	
Trauma y emergencia		3	
Rehabilitación			3
Obstetricia	4		
Ginecología	1	1	
Traumatología		1	
Otorrinolaringología		1	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>6</b>

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las mujeres víctimas de violencia de género entrevistadas, cuatro participaban en un grupo de apoyo creado para atender esta problemática en una ONG y una más en un grupo de un centro de salud.<sup>viii</sup> La mitad de ellas tenía entre 20 y 29 años y las demás contaban con edades entre los 40 y 55 años.

El criterio de selección de la muestra fue de tipo finalístico; es decir, respecto a las y los profesionales se eligieron al menos tres, los cuales debían corresponder a los tres niveles de atención y ser representantes de cada especialidad. En el caso de las mujeres, se seleccionaron algunos casos del perfil propuesto. Para

<sup>vii</sup> Es el caso del Instituto de Rehabilitación y el Hospital de Quemados.

<sup>viii</sup> Tanto en la ONG como en el Centro de Salud y Atención Comunitaria 29 (CeSAC) trabajan con equipos especializados en violencia.

la reflexión sobre los resultados se utilizaron las técnicas propias del análisis de discurso.<sup>3,4,5,6,7</sup>

La investigación se realizó en seis meses debido a las obligaciones contraídas con el CNM, pues el fin fue proporcionar insumos para el diseño de una política pública. Lo anterior simplificó el diseño metodológico y no se aplicaron algunos elementos de complejidad, usuales en investigaciones académicas o con mayor extensión en el tiempo.

## Antecedentes y marco conceptual

Esta investigación se inscribe en el concepto de la violencia de género definido en la Convención de Belem do Pará, la cual considera que ésta es padecida por las mujeres por el hecho de ser mujeres en el marco de una sociedad patriarcal y con asimetrías jerárquicas entre los géneros.

A modo de antecedentes, la Dirección General de la Mujer de la ciudad de Buenos Aires estima que en Argentina, 25% de las mujeres vive con regularidad violencia intrafamiliar y 50% experimentará alguna situación de violencia a lo largo de su vida. De acuerdo con el informe del CNM proporcionado a la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1998, 40% de la población femenina vivía maltrato físico y psíquico por parte de su pareja, sin distinción entre niveles socioeconómicos. En un estudio realizado con datos actualizados al año 2010, del cual se derivó un mapa de la violencia de género en Argentina,<sup>8</sup> se concluyó que:

- En ese año, 50% de los homicidios de mujeres se debió a la violencia intrafamiliar;
- 21% de las lesiones por agresión a mujeres fueron causadas por su pareja (actual o de una relación concluida); este porcentaje pudiera ser mayor, pues con frecuencia las mujeres no denuncian a la persona agresora;
- las lesiones causadas por parejas o exparejas por golpes representaron 78% y 1% fueron resultado de agresiones con armas de fuego; y
- las jóvenes son el grupo etario de mayor riesgo, pues aquellas con edades de 15 a 34 años representan 69% del total de las mujeres que vivieron violencia.<sup>ix</sup>



Débora Tajer

El impacto que la violencia de género tiene en la salud de las mujeres es de amplio espectro, pudiendo darse síntomas específicos y aislados o completos. En este sentido, se ha considerado que la mejor forma de conceptualizar el impacto en la salud es definir la violencia contra las mujeres como un factor de riesgo (o vulnerabilidad) para la mala salud.<sup>9</sup> Asimismo, se ha señalado que la violencia contra las mujeres implica una carga sustancial para los sistemas de salud, ya que es un predictor muy fuerte de visitas al servicio médico y eleva el costo de la consulta externa.

Las mujeres agredidas buscan atención médica dos veces más que quienes no experimentan esta situación,<sup>10</sup> es decir, se incrementa el número de consultas y por ende el costo al sistema de salud. Además, a pesar de que hay evidencia del alto costo de la violencia contra las mujeres para este sector, su atención como problema de salud pública se ha dificultado, pues requiere de otros dispositivos de atención a la enfermedad y de abordajes intersectoriales e interdisciplinarios. Por lo anterior, se ha señalado que se trata de una problemática que “estalla el paradigma de la salud pública clásica”.<sup>11</sup>

La violencia contra las mujeres está estrechamente ligada al campo de los derechos humanos y a la condición de ciudadanía, su análisis en el campo de la salud requiere complejizarse desde paradigmas intersectoriales<sup>12</sup> que incluyan condiciones de vida y determinantes sociales de la salud.<sup>13,14</sup> Desde esta perspectiva se subraya, por lo general, que la violencia contra las mujeres forma parte del amplio espectro de las inequidades de género.<sup>15</sup>

<sup>ix</sup> Datos que coinciden con otra investigación realizada en el año 2010.<sup>16</sup>

La consecuencia más grave de este tipo de violencia es la muerte de la mujer por homicidio, suicidio o accidente asociado, y el femicidio<sup>x</sup> por conexión (hijas/os, parientes, etcétera). De esta forma, en una investigación previa se asociaron las muertes de mujeres por causas externas con la violencia de género.<sup>16</sup>

El estudio utilizó fuentes cuantitativas, como estadísticas de salud y policiales obtenidas a nivel nacional, las coberturas realizadas por los principales medios gráficos de casos de muertes de mujeres por violencia de género y los registros de un hospital público, en los cuales se haya consignado ésta última como causa de muerte.<sup>xi</sup> Además se incluyó el debate sobre los casos de muertes que fueron considerados como “suicidios”, pero que podrían ser femicidios encubiertos.

En el otro extremo de esta problemática se encuentra la violencia simbólica y sus efectos cotidianos e invisibles sobre la salud mental de las mujeres. Sobre este punto versa un estudio que sintetiza los aportes de diferentes especialistas en salud mental y género, cuyo fin es identificar su efecto subjetivo en la salud mental de las mujeres.<sup>18</sup>

Esta investigación señala que, por lo general, la desigualdad en el acceso y manejo del dinero, las diferencias de poder y aquellas derivadas de asumir las responsabilidades domésticas no se concretan mediante la fuerza física o la coerción, sino a través de la construcción de ideales sociales, que al ser naturalizados e invisibilizados, construyen formas de ser mujeres y hombres que desde el ámbito social se consideran mentalmente sanas. Esta construcción diferencial de la subjetividad de mujeres y hombres en el marco de las relaciones patriarcales determina malestares y sufrimientos específicos por género que dan base, sustento y legitimidad a la violencia de género.

De esta forma, para identificar el impacto de este tipo de violencia en la salud de las mujeres, es necesario incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre mujeres y hombres determinan, de manera diferencial, el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos. Se trata de asimetrías jerárquicas que se articulan y que son fuentes de inequidad en nuestras sociedades<sup>xii</sup>; así se establecen perfiles de morbimortalidad específicos y modelos de gestión diferenciales de la enfermedad.

Entonces, ¿cómo operan estas asimetrías sociales entre mujeres y hombres en el proceso salud-

enfermedad-atención de cada género, en tanto colectivo? Se establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que ellas y ellos pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado; lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, recibir atención y morir.<sup>19</sup>

Al abordar la salud de mujeres y hombres con perspectiva de equidad, nos percatamos de que, en su mayoría, los problemas femeninos están basados en cuestiones relativas al empoderamiento y a la carencia de recursos. Por su parte, las problemáticas de los hombres se refieren a los costos que deben enfrentar para poder sostener o no la hegemonía y, por lo tanto, son cuestiones ligadas a los excesos y a la exposición a riesgos.<sup>20</sup> Otra problemática es el posible daño en la salud de las mujeres, niñas y niños infligido por los varones, si no se deconstruyen los modos de subjetivación para el ejercicio del poder con base en relaciones asimétricas entre los géneros y las generaciones.

Sin embargo, en Argentina este problema no ha sido dimensionado en su justa magnitud, pues no se han realizado encuestas que midan la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres.<sup>21</sup> Además no se incorporan, como práctica habitual, los protocolos de detección temprana y tamizaje en la atención general de la salud de las mujeres, tal como se reveló en esta investigación, por lo que no se observa el impacto de la violencia de género en su salud.

Por otra parte, un estudio realizado en varios centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Buenos Aires<sup>22</sup> evidenció que 74% de las mujeres encuestadas vive o ha vivido violencia de género, pero que al no ser el motivo de la consulta, no es debidamente registrado.<sup>xiii</sup> Asimismo, 50% de las y los profesionales consultados refirió sentirse incapaz de efectuar acciones sociales y legales que permitan a las mujeres enfrentar la problemática de las distintas violencias que viven. Estos datos refuerzan una de las propuestas centrales derivadas de esta investigación que ubica a la atención primaria de la salud como un espacio privilegiado en la detección y el abordaje de este problema.

En este sentido, la violencia de género abarca un amplio espectro de impacto en la salud, que va desde malestares generales y comorbilidad, hasta atentados a la integridad física y peligro de muerte.

<sup>x</sup> Se entiende por femicidio aquellos asesinatos de mujeres por razones de género, como una de las manifestaciones más extremas de la violencia sexista. Implica aquellos asesinatos ejecutados por varones, quienes se ven motivados por el desprecio, el odio, los celos o la creencia o sentimiento de propiedad de las mujeres.<sup>17</sup>

<sup>xi</sup> Estos registros corresponden al Hospital Álvarez, ubicado en Buenos Aires, dependiente del Ministerio de Salud de la ciudad.

<sup>xii</sup> Como la edad, la etnia y la clase social, entre otras.

<sup>xiii</sup> En las historias clínicas de los centros de salud indagados sólo se había registrado un caso.



Rafael Ladislao Suárez

### Características del Sistema de Salud Público en Argentina y sus potencialidades para la inclusión de la atención de la violencia de género en el sector salud

El sistema de salud en Argentina está constituido por tres subsectores: público, seguridad social y privado (que incluye los seguros de salud, conocidos como “prepagos”).<sup>xiv</sup> El subsistema público se forma con instituciones de tres niveles de complejidad –atención primaria, secundaria y de rehabilitación o especialidad–, presenta cobertura en todo el país y se caracteriza por su segmentación, fragmentación y heterogeneidad.<sup>24</sup> Desde sus orígenes, su espíritu fue cubrir las necesidades de atención en salud de toda la población y de hecho permite el acceso sin restricción, garantizando el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional de 1994.

Respecto a otros países de la región, Argentina se destaca en términos legales al permitir el acceso sin restricción del sector social y ciudadanía al subsector público en salud de todas las personas que demandan atención en el territorio nacional.

Lo anterior es relevante para la violencia de género, pues más allá de la cobertura de salud, las prestaciones de especialistas sólo son asequibles en el subsector público o en el marco de organizaciones no gubernamentales. Esta característica le da un cariz a la tarea de promoción para incluir, dentro del subsistema público, la atención de la violencia de género en el sector salud, dado que incluye situaciones de emergencia como accidentes en la vía pública y eventos agudos coronarios, que implican el cruce de un sector a otro en ese tipo de consultas, similar a lo que sucede con otras problemáticas. Además, como el sistema de educación, tiene efectores en todas las zonas del país, con lo que se privilegia la implementación de políticas de atención de la violencia de género con alcance nacional.

Respecto a la investigación realizada, se eligieron diversos campos de atención de la salud o especialidades, incluyendo los tres niveles en los cuales se subdivide el sistema público de salud. De este modo se consideró el primer nivel de atención y promoción de la salud constituido por los Centros de Atención Primaria<sup>xv</sup>, un segundo nivel de atención de las problemáticas en hospitales generales y un tercer nivel de atención terciaria o rehabilitación<sup>xvi</sup>, constituido por los Hospitales de Especialidades.

### Dificultades para incorporar la violencia de género como un problema de salud pública

En líneas generales Argentina, como otros países, presenta una gran dificultad para incorporar la violencia como parte de su campo de problemáticas, aun cuando de forma cotidiana deben enfrentarse con su impacto en la situación de salud de las y los usuarios que atienden.

Algunas investigaciones de la región aportan elementos para entender la relación entre violencia y salud,<sup>10,2</sup> pues refieren que el paradigma dominante en los sistemas de atención se encuentra con diversos obstáculos para considerarla como parte de su campo de estudio.

En particular, dichos análisis señalan que uno de esos obstáculos se encuentra en la lógica policial de buenos y malos, incorporada por el sector salud, la cual genera distanciamiento, desinterés y desprecio

<sup>xiv</sup> Entre la población argentina, 33% tiene cobertura sólo del subsector estatal, 8% cuenta con seguros privados de salud y 59% tiene seguridad social.<sup>23</sup>

<sup>xv</sup> Los centros de atención primaria dependen de los gobiernos provinciales en 54%, de los municipales en 44% y de otras dependencias en 2%.<sup>23</sup>

<sup>xvi</sup> Esta investigación se realizó en el Instituto de Rehabilitación y el Hospital de Quemados.

a los “malos”, que en el caso de la violencia de género serían los victimarios; mientras que sus víctimas se vuelven “no confiables”, debido a su vínculo afectivo con los primeros. Un segundo obstáculo, específico de quienes se han formado y trabajado en el campo de la salud y que provienen de las profesiones biomédicas, es el intento de aplicar a la violencia la lógica bionatural de la enfermedad, con las prácticas que le son propias y con soluciones derivadas de ellas.<sup>xvii</sup> Con esta lógica se asume a la violencia como enfermedad, al victimario como agente etiológico y a la víctima como al paciente y se procede, en consecuencia, a identificar factores de riesgo y puntos de intervención.<sup>11</sup>

De acuerdo con lo anterior, la violencia no cabe en la lógica de la enfermedad, pues la atención para una mujer que vivió violencia sexual es diferente a la requerida por quien tiene una enfermedad genitourinaria. La violencia tiene una lógica mucho más compleja, ya que en pocas ocasiones tiene un agente causal único y sus víctimas no son necesariamente personas enfermas. No todo es prevenible, ni existen vacunas o medicamentos antiviolencia.<sup>11</sup>

Por lo tanto, se advierte que los peores aportes que se podrían hacer desde el campo de la salud a la violencia sería medicalizarla, pretender someterla a la lógica médica, a sus prácticas e instituciones. Por el contrario, se requiere aproximarse a las lógicas y dinámicas de la violencia, a la complejidad de contextos y actores implicados, a las distintas disciplinas requeridas para comprenderla, entre ellas la economía política, la sociología, el derecho, la ética, la antropología, la psicología y la epidemiología social.

Otro obstáculo está constituido por el modelo utilizado para comprender los aspectos subjetivos de los problemas ligados a la violencia, el cual retoma algunos

aspectos de lo descrito en la lógica de “buenos y malos”. Dado que el sistema de salud está preparado para atender gente agradecida que obedece las indicaciones, se supone como contrato tácito que la persona que solicita atención está dispuesta y deseosa de aceptar las intervenciones e indicaciones. En este imaginario, la persona que decide recibir atención tiene “conciencia de enfermedad” y quiere curarse.

Desde esta perspectiva, quienes integran el sistema de salud suponen que se termina la violencia si la víctima adquiere conciencia de su situación; lo cual no es totalmente errado, pero sólo es una parte del problema, puesto que los sujetos no actúan sólo de forma consciente y las experiencias de vida constituidas en relación con una vulneración constante de derechos de ciudadanía no permite a las víctimas de violencia avizorar otro horizonte posible. Por lo tanto, se requiere de intervenciones de “alta complejidad interdisciplinaria”<sup>xviii</sup>.

Otro obstáculo es la elección del enfoque psicológico en el que se ubicará la problemática, pues existen diferencias en los efectos al incluir uno centrado en los derechos humanos o uno psicopatológico, desde el campo psicológico en la atención de mujeres que han vivido violencia de género. En el caso del segundo, puede incurrir en las mismas trampas, sobre todo cuando apunta a cuestiones de personalidad, déficits afectivos e historial de traumatismos psicológicos previos en la atención de personas que han vivido violencia de género. Por otra parte, el enfoque de derechos humanos en el campo psicológico y con perspectiva de género favorece un abordaje que considera a la mujer consultante como alguien que vive efectos subjetivos de una vulneración de derechos, al fomentar en primera instancia a los grupos de ayuda mutua<sup>xix</sup> como herramienta privilegiada y la inclusión de atención profesional, evitando la revictimización y la iatrogenia.



Mariana Gaba

<sup>xvii</sup> Cabe señalar que el paradigma aún dominante es el de las enfermedades infecciosas.

<sup>xviii</sup> Concepto acuñado por este equipo de investigación para referir a tipos de situaciones que sólo pueden resolverse con la intervención conjunta de varias disciplinas y dispositivos de forma sincronizada y oportuna.

<sup>xix</sup> Los grupos de ayuda mutua son el instrumento más adecuado, junto a las entrevistas de admisión, para contener y orientar a la consultante en su primer contacto para la atención de los aspectos subjetivos de la violencia de género. Estos grupos son de gran ayuda al proceso de empoderamiento, pues motorizan y estimulan la asunción de cambios y el re-direccionamiento de la propia vida y proyectos, así como a soportar las pérdidas y la dependencia con el agresor.<sup>23</sup>

## Resultados de la investigación

### Entrevistas a profesionales de la salud

Las personas entrevistadas coincidieron en que la violencia de género tiene impacto en la salud de las mujeres y respecto a los síntomas o malestares vinculados con sus efectos, la mayoría los identificó de acuerdo con alguna especialidad. Por ejemplo, en el área clínica general el dolor crónico fue el indicador más mencionado (77%), mientras que sólo 38% identificó las dificultades respiratorias. En el campo de la gineco-obstetricia, las y los entrevistados asociaron la violencia de género con relaciones sexuales forzadas (87%), embarazos no deseados (90%) y enfermedades de transmisión sexual y VIH (83%). Por otra parte, los efectos menos aludidos fueron los trastornos menstruales y el dolor pélvico crónico (38%) y las infecciones urinarias (45%).

Asimismo, la mayoría mantiene la concepción de que el ejercicio médico se limita a la lesión o al síntoma en términos curativos y que el problema de la violencia debe ser atendido por otras especialidades, por lo que indicaron que cuando detectan un caso, lo derivan al área de psicología de su institución. Es probable que en lo anterior esté funcionando de manera implícita la idea de que se trata de un problema “individual”, psicológico y “no médico”.

Por otra parte, es significativo que las consecuencias de la violencia de género en la salud mental de las mujeres hayan sido muy visibles para las personas entrevistadas, pues entre los siete indicadores presentados<sup>xx</sup>, la depresión fue identificada por el 100% de las y los profesionales, la ansiedad en un 93%, los intentos de suicidio en un 90% y el menos indicado fueron los trastornos del sueño con 64%.

Dentro de las distintas especialidades médicas abordadas, se observó que la medicina general es la que mejor identifica y ejecuta, de manera integral, prácticas concretas de detección y atención a la violencia de género. Lo anterior es producto de la inclusión de la temática en la formación, en particular en los programas de residencias y de que en Argentina la medicina general<sup>xxi</sup> incorpora en sus modelos clínicos la determinación social de la salud,

por lo que la problemática resulta menos ajena. En este sentido, la medicina general y la psicología son las especialidades que presentaron mayor capacidad para asociar diversos síntomas y malestares con la violencia de género.

La pediatría también identificó con mayor facilidad la caracterización de los problemas vinculados a la violencia. De manera similar a la medicina general, en Argentina en las residencias de formación en esta especialidad, se considera el asunto de la violencia contra las y los niños y su impacto en la salud. Como se puede observar, es este un tema de agenda y de formación profesional, por lo que existe un buen manejo de los indicadores de sospecha, lo que permite advertir cuando aparecen síntomas inespecíficos y se realiza un diagnóstico diferencial que incluye situaciones de abuso. Dado que en esta investigación se indagó el impacto en la salud infantil de la violencia de género, también se estudiaron los efectos de recibir los cuidados de una mujer violentada. De acuerdo con las y los profesionales, es posible identificar afectaciones en la capacidad de maternaje y de detección precoz de síntomas de enfermedad en las y los niños.

Por otra parte, las personas especialistas en quemaduras observaron que tanto mujeres como hombres llegan con diferentes grados de lesiones, producto de la violencia de género, pero la relación es de nueve mujeres por cada varón, lo cual es significativo. De esta forma muchas de ellas refieren, en un primer momento, que las quemaduras se debieron a un intento de suicidio y después de varios días de internación pueden señalar que fue una agresión por parte de algún hombre, generalmente pareja o ex pareja.

Además, se observó que hay una tendencia general entre las y los profesionales entrevistados a hablar y reconocer en primera instancia la violencia física explícita y sus consecuencias en la salud de las mujeres; sin embargo, se presenta mayor dificultad para percibir las consecuencias de otras formas de violencia<sup>xxii</sup> en su salud general. De estos imaginarios profesionales<sup>xxiii</sup> se desprende que consideran a la discapacidad física como un problema derivado de la violencia de género y no observen esta relación respecto a la discapacidad psicológica y social.

<sup>xx</sup> Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por estrés post traumático, abuso de sustancias e intentos de suicidio.

<sup>xxi</sup> En Argentina, la medicina general agrupa a profesionales que se capacitan específicamente para la atención primaria de la salud en el subsector público.

<sup>xxii</sup> Verbales, psicológicas, simbólicas, económicas y patrimoniales.

<sup>xxiii</sup> Este término se refiere a los universos de sentido de un grupo profesional en particular. Alude a las naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias, certezas teóricas y/o técnicas que configuran los valores, sensibilidades, criterios éticos y estéticos, pautas conductuales y actitudinales de su hacer/pensar cotidiano del oficio en un determinado momento histórico-cultural. Las y los profesionales involucrados no suelen tener registro consciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales; en general creen que están operando sólo desde sus conocimientos científicos.<sup>26</sup>

Las personas especialistas entrevistadas que atienden a quienes han vivido violencia de género y que en su mayoría provienen del campo de la psicología, ven con mayor claridad el impacto de la violencia en aspectos psicosociales, en términos de la inhibición del pensamiento, de las dificultades para concentrarse y sus efectos en la capacidad de estudiar y trabajar de las mujeres.

En aquellos campos donde la presencia de usuarias en la consulta es muy frecuente (ginecología, obstetricia y pediatría) las y los profesionales tienen mayor registro, en relación con otras especialidades, sobre la problemática de la violencia de género como fenómeno social y su impacto en la salud de las mujeres. Sin embargo, no siempre coinciden en la necesidad de intervenir en esos casos, pues por lo general, la violencia es vista como un tema “no médico”, aun cuando reconocen que acarrea problemas de dicha índole. Así, se observó que a mayor especificidad o especialización, es menor la posibilidad de que la persona profesional identifique la violencia de género como un problema de salud y considere que está dentro de su campo médico para intervenir de alguna manera. Asimismo se identificó que al interior de una misma especialidad, pero en diferentes niveles de atención (primaria o secundaria), existen variaciones significativas en los niveles de sensibilización por la problemática. Además de éstas, el nivel de atención y las variables institucionales inciden en las percepciones de las y los profesionales, siendo la atención primaria la que más herramientas<sup>xxiv</sup> presentó en esta investigación.

La mayoría de las personas entrevistadas refirió no tener un conocimiento adecuado de la ley vigente (Ley 26.485) y del marco legal que provee para su práctica profesional. Por lo tanto, hay una tendencia a manejarse en el marco regulatorio de su propio esquema ético y legal, más allá de lo que la Ley de Violencia disponga. En este sentido, al indagarse cuándo debía hacerse la denuncia, persistió la idea de que sólo la mujer puede y debe realizarla, y en el mejor de los casos la/el profesional se limita a asesorarla y guiarla en su toma de decisiones. Incluso entre quienes saben que la actual ley estipula que la denuncia debe hacerse en todas las situaciones de violencia de género que constituyan un delito, su interpretación les lleva a considerar que el objetivo primordial es acompañar a las mujeres para que puedan realizar la denuncia.

Por otra parte, se evidenció que el personal de salud tiene mucho temor del impacto en sus personas al tomar acciones en estos temas, por la peligrosidad de las situaciones en las cuales se pueden involucrar. Algunas de las y los especialistas en atención a víctimas de violencia expusieron que han recibido amenazas de quienes agreden a las mujeres que solicitan atención. Al igual que en otros campos médicos, como la psiquiatría, trabajar con violencia de género en salud implica para la práctica de los aspectos asistenciales la inclusión de muchas condiciones jurídicas y legales. De esta forma, toda política de prevención y atención desde el sector salud debe acompañarse de protección de los derechos, los bienes y la seguridad de quienes asisten a las víctimas. Sin embargo, hasta el momento esto no acontece y queda acotado al riesgo individual.

La mayoría de las y los profesionales estuvo de acuerdo en que es necesario contar con protocolos específicos para cada especialidad, mientras que una minoría considera que éstos fragmentan la práctica y el enfoque de atención. También se manifestó la preocupación de la insuficiencia de tiempo para implementar más protocolos y la necesidad de contar con más recursos materiales y humanos.

#### Entrevistas a mujeres víctimas de violencia

Las violencias psicológica, sexual y simbólica fueron las más mencionadas por las mujeres entrevistadas en esta investigación y en menor medida se señalaron la física, la económica y la patrimonial.

Respecto a la violencia psicológica, las mujeres reconocieron el alto impacto que ésta ha tenido en sus vidas, pues las ha marcado con huellas profundas en su personalidad, en el nivel de la estima de sí mismas, en sus miedos y les ha generado lo que llamaron “angustia señal”<sup>xxv</sup>, concepto entendido como un modelo de funcionamiento que les permite la preservación de la vida, pero al mismo tiempo las mantiene en constante estado de alerta. Además, refieren haber padecido fobias sociales que las apartaron de relaciones con personas allegadas por vergüenza y culpa. También reportaron inhibición del pensamiento, alteraciones en la atención y en la memoria.

<sup>xxiv</sup> Se considera una herramienta de trabajo a una adecuada conceptualización de la violencia de género, conocimiento de indicadores, manejo de preguntas para indagar con las mujeres la problemática y/o mayor conocimiento de lo que la Ley estipula deben hacer las y los profesionales de la medicina frente a los casos específicos.

<sup>xxv</sup> Angustia que aparece asociada a algún peligro específico y queda condicionada en la persona frente a cualquier otra situación percibida como peligrosa.

Respecto a la violencia sexual, fue identificada por las mujeres entrevistadas como relaciones sexuales forzadas –la mayoría de las veces llevadas a cabo por sus parejas– e incluso hasta la violación por parte de un familiar directo, como sucedió en el caso particular de una joven, quien la había vivido desde su niñez.



Guillermo Trujillo

En este sentido, cabe destacar el gran impacto que implica haber vivido violencia en la infancia, pues de forma temprana se instalan modelos de relación que en la vida adulta se reflejan en situaciones de dependencia afectiva, psicológica y económica, lo que muchas veces conlleva el aislamiento psicológico y social. Lo anterior no debe identificarse como algo individual y del orden de lo psicopatológico, sino como una producción de subjetividad en el marco del modelo patriarcal, que legitima las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, y que es a su vez base de la lógica de la violencia de género.

Aun cuando el abuso y control de la persona agresora ya no estaba presente al momento de la entrevista, la mayoría de las mujeres viven, como consecuencia de la violencia experimentada, la naturalización de un entorno violento como algo propio de los vínculos amorosos, lo que demoró la búsqueda de ayuda y la consulta pertinente. Ellas refieren que el reconocimiento de la violencia de género y la posibilidad de asumir que tienen derecho a ser tratadas de forma digna, les permitió salir de dichas relaciones.

Las personas entrevistadas también relataron las secuelas en su salud psíquica y física derivadas de la violencia que vivieron. En el momento de la entrevista, una mujer se encontraba en el proceso de limitar la violencia de su pareja, además carecía de empleo y tenía varias hijas e hijos, por lo que su situación era insostenible y manifestó: “él siempre vuelve y nos arreglamos”, situación económico-familiar que se presenta con frecuencia. Estas “idas y venidas” de las mujeres víctimas de violencia con quienes las agreden son causa de frustración y enojo para las y los profesionales que interactúan con ellas en el campo de la salud.

Por lo anterior, se destaca que en este punto se establece una parte de los desencuentros entre las mujeres que viven violencia y los servicios de salud, pues ellas identifican las dos formas más invisibles y naturalizadas del ejercicio de la violencia –psicológica y simbólica– como las más frecuentes y que se encuentran por encima de otras más visibles y comúnmente asociadas por el discurso social con la violencia, como es el caso de la física.

De esta manera, el personal de salud se enfoca en la atención y en la legitimación de las lesiones directas en el cuerpo, fruto “del golpe”, en detrimento de observar cómo la violencia de género inflige daño a través de manifestaciones que no son siempre producto directo de un golpe. Este es el caso de una mujer que indicó no haber sido víctima de violencia física, pero sí de violencia psicológica, simbólica y económica-patrimonial graves; ella presentaba un nivel de deterioro en el cuerpo, al que se refirió de la siguiente manera: “envejecí como 10 años”. Lo anterior ha afectado su salud al disminuir los años de vida saludables, lo cual demuestra la importancia de incorporar un enfoque que considere a la violencia de género como un determinante social de la salud de las mujeres.<sup>27</sup>

Todas las entrevistadas coincidieron en señalar que la violencia vivida impactó su salud y lo manifestaron de las siguientes formas:

- En lo psicológico: dificultades para relacionarse, carecían de “tema de conversación”, retraimiento, “enfrascamiento”, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.
- Sentirse mal en términos generales y difusos, sin poder ampliar esta sensación, incluyendo confusión emocional.
- Ataques de pánico.
- Empeoramiento de cuadros de asma.
- Lesiones físicas severas.

Al indagar en el impacto psicológico y anímico, todas las mujeres refirieron haber experimentado malestares vinculados con la depresión como desgano, ideación suicida y ansiedad; además señalaron que padecían alguna forma de trastorno del sueño, el cual puede estar vinculado a la depresión derivada de la violencia, así como con el miedo ligado a estar en vigilia de forma permanente como mecanismo de autopreservación de sí mismas o de sus hijas e hijos.<sup>xxvi</sup>

La tercera parte de las entrevistadas indicó haber tenido intentos de suicidio, lo que muestra el profundo impacto anímico y una sensación de desesperanza por las vivencias experimentadas; además de que habla del carácter social que conlleva esta práctica mortal. Al momento de la entrevista, y luego de ser atendidas mediante dispositivos adecuados para la violencia de género, estas mujeres reconocieron que la ayuda recibida les permitió articular redes sociales de sostén y afirmaron que no han vuelto a sentir motivación suicida.

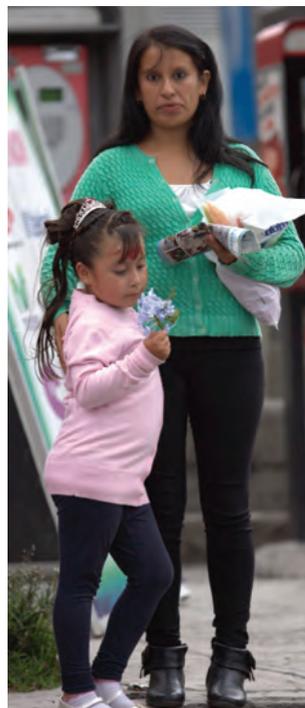
Las cefaleas y los malestares generales, como contracturas vinculadas con un estado emocional crítico permanente, fueron las molestias clínicas más mencionadas y una mujer señaló que tuvo eventos alérgicos recurrentes. La importancia de visibilizar estos síntomas radica en que muchos casos son oportunidades para acercarse a las consultas médicas y durante las guardias, por lo que se trata de un modo silente con el que las mujeres piden ayuda.

En relación con los malestares ginecológicos y obstétricos, la mayoría de las mujeres refirió haber vivido relaciones sexuales forzadas e indicaron pérdida del deseo sexual; la mitad de ellas indicó haber tenido trastornos menstruales y, en menor medida, dolor

pélvico crónico. Más de 50% tuvo infecciones urinarias y embarazos no deseados. Una de las mujeres afirmó que uno de sus embarazos concluyó de forma prematura y dos de sus siete hijas e hijos tuvieron bajo peso al nacer, lo que confirma la asociación del incremento de la violencia durante el periodo de embarazo con la disminución del peso de las y los recién nacidos.

Por otra parte, se indagó sobre el impacto de la violencia hacia las mujeres en la salud de sus hijas e hijos, centrando la atención en dos de ellas, que al momento de la entrevista tenían descendencia,<sup>xxvii</sup> una de las cuales señaló que su hijo no había sido afectado por la violencia vivida por ella, la que tuvo consecuencias físicas y psicológicas muy graves. Esto permite inferir que la madre considera que ha sido un “escudo efectivo” al preservar a su hijo de la violencia del padre, pues el amor entre ambos “no está afectado”.

Lo anterior conduce a pensar que hay contradicciones complejas que involucran a las mujeres víctimas de violencia con sus hijas e hijos. La significación que puede darse a algunas acciones y decisiones tomadas por las mujeres, es que están garantizando un vínculo con el padre, lo cual puede ser positivo o no. Se ha observado que esta posición de cumplir una función de resguardo para sus hijas e hijos por un lado puede protegerles de forma efectiva, pero también podría prolongar más la situación de sometimiento.



Yessica Sánchez Rangel

<sup>xxvi</sup> Este es un ejemplo de la “angustia señal”, anteriormente descrita.

<sup>xxvii</sup> Aun cuando no se ha indagado, sería interesante estudiar si el hecho de haber sido víctima de violencia pudiera operar en estas mujeres como un modo de decidir, consciente o inconscientemente, no ejercer la maternidad, para evitar que la siguiente generación se enfrente a situaciones de violencia.

La complejidad de esta situación se debe, en parte, a que las mujeres toman diversas decisiones de manera continua, pero no en un marco de libertad y autonomía plenas; es decir, no son totalmente pasivas sino que despliegan una cantidad de estrategias que les permiten decidir de forma activa. Lo anterior debiera ser visualizado y legitimado por las y los profesionales de la salud, pues evita la revictimización de las mujeres y el uso de la condescendencia para referirse a ellas.

En otro caso, una entrevistada señaló el impacto que tuvo la violencia vivida por ella en sus hijas e hijos, que incluyó el riesgo de alteración del desarrollo integral en el de mayor edad, sentimientos de amenaza, dificultades en el aprendizaje y la socialización, adopción de comportamientos de sumisión, mayor incidencia de enfermedades psicosomáticas<sup>xxviii</sup> y mayor cantidad de maltratos por parte del agresor de la madre. Además, la entrevistada señaló que éste es un problema transgeneracional, pues en la actualidad su hijo mayor es violento con su pareja, incluso más de lo que lo fue su padre. Lo anterior motivó a esta mujer a apoyar a su nuera y acercarla al centro de salud, en donde participa en los grupos de ayuda.

Esta situación configura un “camino espontáneo” de las propias mujeres<sup>xxix</sup>, circuito que ellas mismas van armando ante el déficit en la respuesta de quienes se supone deben protegerlas y cuidarlas. Un ejemplo referido durante la entrevista fue la llamada que realizó la mujer al 911 –servicio de emergencia–, pues el automóvil policial nunca llegó y ella supone que la negativa de ingresar a su barrio se debe a que éste es catalogado como “peligroso”.

Respecto al impacto en el área de trauma y emergencias, dos mujeres señalaron inicialmente haber vivido violencia física. Una de ellas, de 23 años, afirmó que su agresor le propició fractura de cráneo, herida “leve” por uso de arma, hematomas y contusiones, así como lesiones derivadas de su defensa en genitales y neurológicas. En cuanto a este último punto, indicó la presencia de áreas comprometidas en el cerebro, evidenciadas en una tomografía, por lo que vive con la sensación de “hormigueo” en la cabeza. Por su parte, la otra mujer reportó hematomas, contusiones y lesiones genitales.

Al indagar sobre la discapacidad, todas las mujeres aseguraron que una secuela de la violencia en sus vidas es la discapacidad psicológica, en diferentes formas y grados; por ejemplo, para ellas es difícil estudiar, tienen baja autoestima y dificultades para concentrarse. Lo anterior impacta en la capacidad general para dedicarse a actividades como el estudio y/o el empleo. Sólo una de ellas señaló su discapacidad física como resultado de la violencia ejercida en su contra.

En cuanto a las consecuencias sociales que conlleva la violencia de género, podemos analizar que, en general, hay un alto impacto en todos los ítems evaluados. Todas las entrevistadas refirieron sentir aislamiento y soledad; además, mencionaron la pérdida del empleo como otro efecto de la violencia y algunas de ellas tuvieron que renunciar, pues tenían dificultades para concentrarse. En este sentido, la mayoría afirmó tener problemas de ausentismo, lo cual complicaba su permanencia, pues la sensación de malestar o enfermedad era frecuente, por lo que identificaron que habían sufrido una disminución general de su tiempo de vida saludable.

Cuando se indagó sobre la respuesta obtenida en el sistema de salud<sup>xxx</sup>, todas indicaron que había sido positiva, lo cual fue muy valorado por ellas. En particular, una mujer comentó que pudo reanudar su búsqueda de empleo; otra narró que recibió ayuda psicológica, pues vivía con ideas suicidas, y una más aseguró que había tenido muchas dificultades y dudas al acudir a consulta, pero cuando lo hizo encontró “muy buena gente”. En este mismo tenor, una mujer que fue apoyada en un hospital público afirmó que fue muy buena la atención y fue tratada con mucha paciencia; mientras que otra entrevistada aceptó haber consultado en guardia por un cuadro de ansiedad vinculado con la violencia vivida; pero al preguntarle si su estado se debía a un episodio violento, ella lo negó.

Las entrevistadas coincidieron en percibir una buena actitud, receptiva y de escucha, por parte de las y los profesionales de la salud. Incluso, una de ellas señaló que si en alguna oportunidad este personal pudiera sentir lástima, las ubicaría en desventaja, lo cual no las ayuda.<sup>xxxi</sup> Al preguntar si quienes les atendieron observaron que eran víctimas de violencia, todas respondieron que sí. Lo anterior permite afirmar que estas mujeres son un ejemplo de la importancia que tiene brindar una atención

<sup>xxviii</sup> Como broncoespasmos y alergias.

<sup>xxix</sup> Para una definición más amplia de “camino espontáneo”, remitirse al libro *Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires*.<sup>28</sup>

<sup>xxx</sup> Cabe señalar que 50% de las mujeres acudió a algún hospital público y la otra mitad consultó en un Centro de Salud en Obra Social; en este último caso, la gran mayoría asistió a una organización no gubernamental.

<sup>xxxi</sup> La mujer entrevistada se refirió a esta situación como ubicarlas en el lugar de “pobrecitas”.

adecuada, así como llevar a cabo la identificación del problema y el compromiso con el trabajo para poder salir de él, pues en la actualidad todas participan de forma activa en algún grupo de ayuda. Ante lo expuesto, se destaca la importancia de una detección oportuna y eficaz que contrarreste los efectos causados por esta problemática.

Desde la experiencia de las mujeres entrevistadas, para evitar o disminuir las consecuencias y efectos de la violencia de género en su salud, es necesario trabajar desde las bases, en las escuelas y considerando los valores del cuidado; además, se debe hablar de estos temas de manera explícita, informar a las mujeres acerca de sus derechos, y que cuenten con apoyo, sean escuchadas y reciban consejos de otras mujeres que han vivido situaciones similares. También es fundamental el seguimiento por parte de las y los profesionales: “que te llamen, porque si no a veces no venís”, y pregunten qué les está pasando, para que las mujeres puedan expresarse.

Las entrevistadas también señalaron que la participación en el grupo de ayuda genera un nivel de adhesión y compromiso grande. En este sentido, señalaron que es fundamental el centro de salud en la villa y fomentar los derechos de las mujeres. Además, reconocieron que el hecho de no tener suficientes recursos económicos es un motivo para volver a convivir o aceptar al hombre violento.

Respecto a la atención en servicios de salud, afirmaron que es importante tener en cuenta a la otra persona, pues muchas veces el personal de los

hospitales o la misma policía no están preparados y ésta última llega a preguntar: “¿y vos qué hiciste para que te peguen?”, lo que es un mecanismo para culpar a la víctima. En este sentido, coincidieron en que los servicios deben ser amistosos y generar un buen clima para que la mujer pueda desahogarse.

### Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en las entrevistas a personas profesionales y a mujeres, podemos proponer las siguientes recomendaciones que contribuirían a la plena implementación de la Ley 26.485 en el campo de los servicios y de las políticas públicas en salud.

En primera instancia, es necesario sensibilizar<sup>xxxii</sup> a las y los profesionales de la salud respecto a la importancia de que la violencia de género sea considerada como uno de los determinantes sociales que afectan la salud de las mujeres. Para avanzar en esta tarea, es fundamental incorporar en la formación de grado y posgrado en Medicina elementos de Ciencias Sociales en salud. Además, se debe colocar como prioridad la capacitación del personal de salud en materia de identificación, prevención y diagnóstico de la violencia de género y su impacto en la salud de las mujeres. Lo anterior debe iniciarse en los servicios que éstas consultan de manera cotidiana como clínica médica, medicina general y ginecología, y después debe continuarse con las especialidades a las cuales ellas recurrirían con lesiones instaladas, como es el caso de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, entre otras.

El impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres es un problema de salud pública que incluye al personal médico, por lo que éste debe visualizar y comprender cuál es su papel en estas situaciones. Se sugiere que esta inclusión debe eliminar la visión que reduce el problema a la atención/curación de la “enfermedad” e identificar las acciones propias de la medicina en el marco de intervenciones complejas. Esto implica una capacitación específica para cada una de las áreas de la salud que convergen en la problemática de la violencia de género –medicina, psicología, trabajo social, enfermería, entre otras–, así como capacitaciones interdisciplinarias y en equipo.

Es fundamental puntualizar que las capacitaciones a las y los profesionales en salud deben incluir modelos de indagación de la problemática con preguntas de tamizaje<sup>xxxiii</sup> y protocolos específicos adaptados



Graciela Reid

<sup>xxxii</sup> El concepto de sensibilizar se refiere aquí a lograr que una persona se dé cuenta de la importancia y/o el valor que tiene la problemática de la violencia de género en su campo.

<sup>xxxiii</sup> Como ejemplo, señalamos lo propuesto por la OMS y la OPS, que en 1998 elaboraron las siguientes preguntas de tamizaje: “Dado que la violencia es tan común en la vida de la mujer, ahora le pregunto a cada mujer que atiendo sobre la violencia en el hogar. ¿Alguna vez ha sido golpeada o maltratada por su compañero?”; “A veces cuando veo a una mujer con una lesión como la suya es porque alguien la golpeó. ¿A usted le sucedió eso?” A veces cuando las personas llegan al consultorio con síntomas como el suyo, determinamos que puede haber problemas en la casa ¿Alguien le ha estado lastimando? <sup>29</sup>

para cada especialidad. Por su impacto en la salud de las mujeres víctimas de violencia, se destacan las siguientes áreas: atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental,<sup>xxxiv</sup> a las que esta investigación agregó medicina general, rehabilitación, quemaduras, especialistas en violencia y otorrinolaringología.

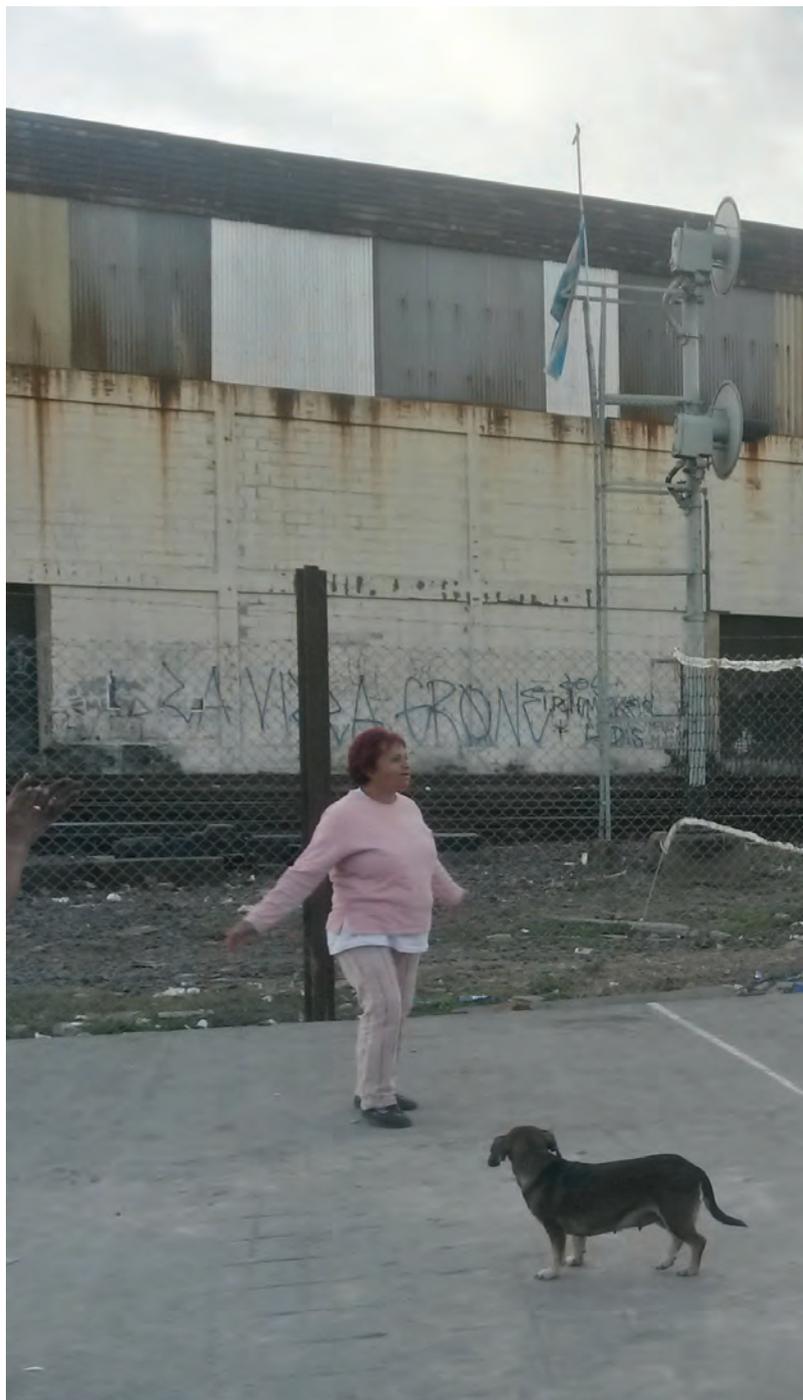
Asimismo, se sugiere incluir en la capacitación aspectos del trato y atención hacia las mujeres con perspectiva de derechos humanos, autonomía y ciudadanía; además, deben apegarse a la nueva ley y sus implicaciones en la práctica de cada campo. También se recomienda trabajar por institución, pues cada una tiene una realidad específica, ya sea por el tipo de población, por el área de cobertura, entre otras características,

No se debe olvidar la capacitación en los niveles directivos y de decisión, pues los cambios requeridos no podrán ser llevados a cabo sin el consenso y la legitimación por parte de las autoridades de las instituciones.

A partir de esta investigación, identificamos que es necesario avanzar hacia un cambio de enfoque en la atención del sistema de salud, del paradigma paternalista a otro que considere a ésta como un derecho de ciudadanía. Por lo tanto, es inaplazable la implementación de capacitaciones al personal de salud, con un enfoque de derecho a la salud y como parte de los derechos humanos, tal como lo consagra la legislación vigente en Argentina.

En este sentido, el personal de salud debe contar con capacitación y asesoría legal gratuita respecto al marco legal de la atención a las mujeres como parte indivisible de una política de atención de la salud para víctimas de violencia de género. Es fundamental que el personal administrativo también reciba capacitación en esta materia, pues son la puerta de entrada y la cara del sistema para las mujeres que consultan, por lo que deben entender la problemática frente a la cual se encuentran.

Finalmente, para avanzar en la detección y abordaje de la violencia de género vivida por las usuarias del sistema de salud, se necesita trabajar de forma simultánea con los modelos autoritarios y con la violencia de género que acontece al interior del sistema de salud hacia el personal en su cotidianidad, así como con las violencias de género a las cuales las mujeres son sometidas por las y los profesionales en este ámbito cuando consultan por otras problemáticas.<sup>30</sup>



## Referencias bibliográficas

- 1 Portal del Consejo Nacional de las Mujeres. [Página de inicio]. Buenos Aires: Consejo Nacional de las Mujeres; [actualizada en agosto de 2014; acceso 22 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.cnm.gob.ar>
- 2 De Souza Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
3. Pêcheux M. Semântica e Discurso: uma critica á afirmação do óbvio. Campinas: Unicamp; 1988.

<sup>xxxiv</sup> De acuerdo con lo estipulado en la Ley 26.485.



Rafael Ladislao Suárez

4. Orlandi, E.P. A Linguagem e seu funcionamento. As formas de discurso. Campinas: Pontes; 1987.
5. De Souza Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
6. Van Dijk T.A. El Discurso como Interacción Social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria, Barcelona: Gedisa; 2000.
7. Bardin L. Análisis de contenido. Madrid: Universitaria; 1991.
8. Fleitas D, Otamendi A. Mapa de la Violencia de género en Argentina. Asociación para políticas públicas. Buenos Aires: Asociación para Políticas Públicas-Embajada de Noruega; 2012. [Consultado marzo 2012] Disponible en: <http://www.app.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/MapadeViolenciadeGeneroenArgentina2012-2.pdf>
9. Ruiz Pérez I. Medición de la Violencia contra la Mujer: catálogo de instrumentos. Granada, España: Escuela Pública de Salud Andaluza; 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Diagnóstico Centroamericano de las Organizaciones

- Gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en relación a la violencia y la violencia intrafamiliar en el nivel local/nacional. San José de Costa Rica: OPS/OMS; 1998.
11. Franco S. El Quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo; 1999.
  12. Caravantes L, Guido L. La violencia intrafamiliar en la reforma del sector salud. En Costa AM, Tajer D, Hamman E, compiladores. Salud, equidad y género. Un desafío para las políticas públicas. Brasilia: Editorial Universidad de Brasilia; 2000.
  13. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. New Cork: OUP Oxford; 1999.
  14. Sen G, Östlin P, George A, Women and Gender Equity Knowledge Network. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. 2007. [Consultado marzo 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/socialdeterminants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/socialdeterminants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)
  15. Prevalence of violence against women by an intimate male partner [Monografía en Internet] Organización Mundial de la Salud (OMS); 1997. [Consultado marzo 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter2/en/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/en/)
  16. Fernández AM, Tajer D, Galimberti D, Ferrarotti AM, Chiodi A, Borakievich S. Estudio Cualitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. Rev Argent Salud Pública 2010 jun; 1(3): 18-23.
  17. Radford J, Russell D. Femicide: The Politics of Woman Killing. New York: Twayne Publishers; 1992.
  18. Tajer, D. Violencia y salud mental de las mujeres. En: Políticas Públicas, Mujer y Salud. Memorias de la 11° Universidad Itinerante. Colombia: RSMLAC; 2003.
  19. Tajer D, compiladora. Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.
  20. Tajer D. Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres. Buenos Aires: Paidós; 2009.
  21. Más allá de la denuncia: los desafíos del acceso a la justicia. Investigaciones sobre violencia contra las mujeres. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género-ELA; 2012.
  22. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi Sammartino B, Marconi A, Pannia K, et al. Detección de Violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en la ciudad de Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública 2010 diciembre; 1(5): 22-7.
  23. Arce H. Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de salud argentino. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Serie Seminarios Salud y Política Pública; 2003.
  24. Stolkiner A. El sector salud en la Argentina: ¿Qué pasó después de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? En: XV Conferencia de la IAHP. España; 2009.
  25. Fernández AM, Bercovich S, Lo Russo A, Gaba M. Informe de la asesoría al Servicio Público. Asistencia integral a la violencia doméstica y sexual. Buenos Aires: Dirección General de Mujer-GCBA; 2006.
  26. Fernández AM, Tajer D, Antonietti L, Salazar A, Chiodi A, Barrera MI, et al. Barreras de Género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y de usuaria. Rev Arg Salud Pública. (En prensa).
  27. Sen G, Östlin P, Asha G. 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. 2007 [Consultado marzo 2012]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/La%20inequidad\\_de\\_genero\\_en\\_lasalud\\_desigual\\_injusta\\_ineficaz\\_e\\_ineficiente.doc](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/La%20inequidad_de_genero_en_lasalud_desigual_injusta_ineficaz_e_ineficiente.doc)
  28. Tajer D, Gaba M, Reid G, Lo Russo A, Attardo C, Zamar A, et al. Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires” Programa UBACyT 06/09 Proyecto P809. Buenos Aires. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA. [Consultado marzo 2012]. Disponible en: [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicionalobligatorias/040\\_trabajo1/cdcongreso/CD%20TRABAJOS%20LIBRES/GENERO%20Y%20VALORES/2.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicionalobligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD%20TRABAJOS%20LIBRES/GENERO%20Y%20VALORES/2.pdf)
  29. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D.C.: OPS; 2008.
  30. Fernández Moreno S. Violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud de una institución hospitalaria de la red pública de atención del Distrito Federal, México [tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2008.

#### Arte en portada de este artículo:

Coco Villareal  
La creadora  
Acrílico sobre tela  
150 x 110 cm.  
2013

Nacida y residente en Guadalupe, Nuevo León. Médica y artista plástica. Las técnicas más utilizadas en sus obras son el acrílico y el óleo, ambas con una paleta de colores con un espectro amplio. Sus temáticas más recurrentes son la mujer y sus emociones, miedos y anhelos. Ha participado en cinco exposiciones individuales y aproximadamente 60 colectivas en México y el extranjero, en países como Cuba, Canadá, Italia y Estados Unidos.