

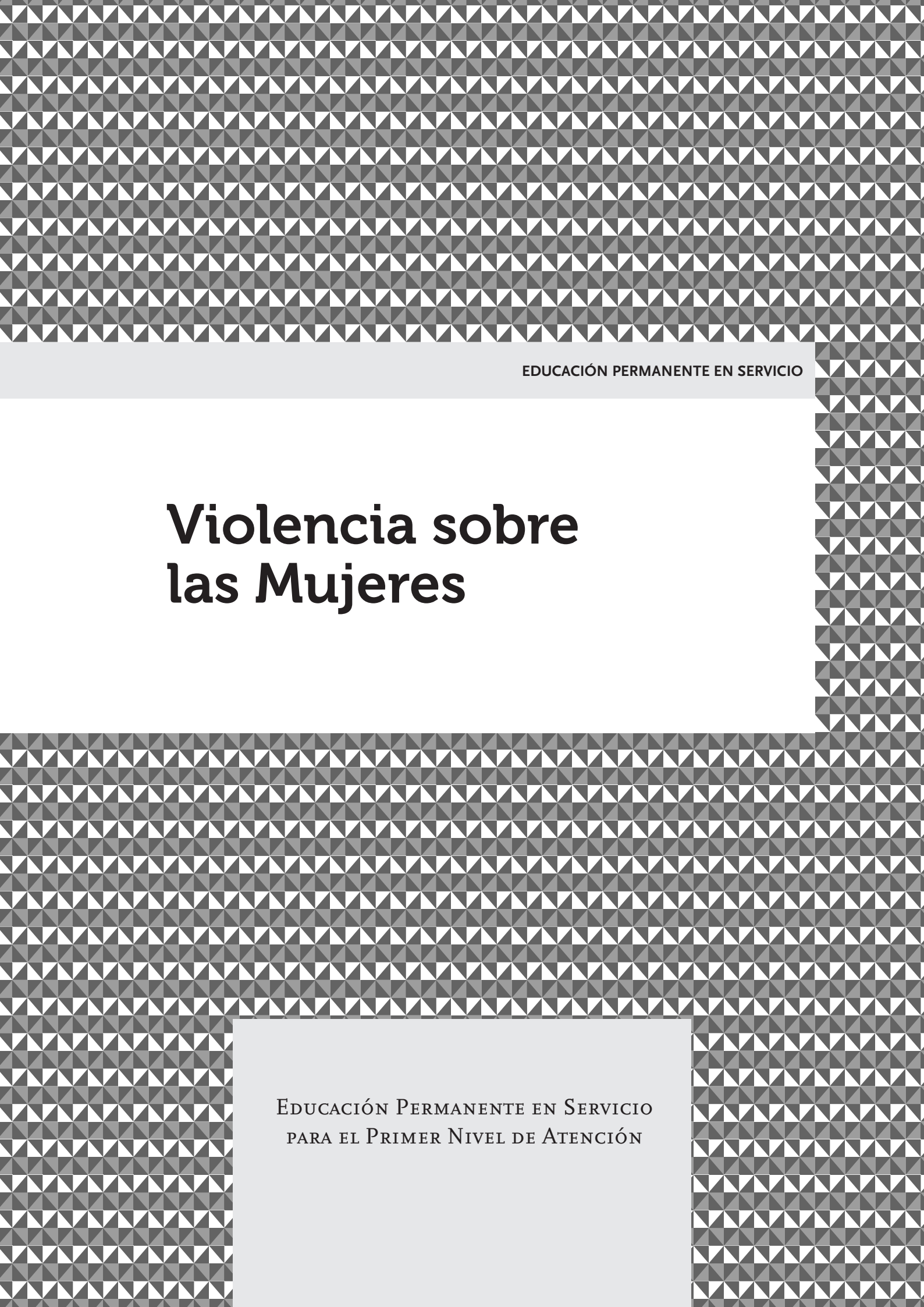
Violencia sobre las Mujeres

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Programa de
Equipos Comunitarios



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO

Violencia sobre las *Mujeres*

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO
PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	9
<i>Unidad 1. Las violencias de género: Un problema social y de salud</i>	13
<i>Unidad 2. Los derechos sexuales y reproductivos.....</i>	35
<i>Unidad 3. Trata de Personas. Conocer para prevenir.....</i>	49
<i>Unidad 4. El discurso sobre las violencias de género en los medios de comunicación.....</i>	65
<i>Unidad 5. Las Cifras del Problema.....</i>	83
<i>Unidad 6. Orientaciones para el abordaje de las violencias de género en el primer nivel de atención.....</i>	101
<i>Bibliografía.....</i>	127

PROLOGO

“Hola doctora, te vine a ver para contarte que nos fuimos de casa, estamos en la calle los 7, los vecinos nos dan comida y dormimos donde podemos, hasta que consiga algún trabajito. Estamos muy contentos, dormimos en la calle pero tranquilos, somos libres.....”.
(relato textual de una paciente de un centro de salud del conurbano bonaerense víctima de violencia ella, sus hijos e hijas..)

Este material es un aporte que el Programa de Equipos Comunitarios - Cobertura Universal de Salud hace al recorrido de tantos equipos de salud que junto a otros actores sociales, políticos e institucionales realizan una ardua tarea, todos los días, para hacer visible, comprender y prevenir el problema de la violencia sobre las mujeres; problema también planteado como necesidad de capacitación por los equipos comunitarios del PEC.

Históricamente las diversas construcciones culturales transversales a todas las clases sociales, etnias y religiones en todos los países han fundado un modelo patriarcal que ha permitido el sostenimiento de innumerables formas de violencia de género y de violaciones a los derechos de las mujeres.

En la segunda mitad de los 80´ -y casi precisamente a partir del femicidio de Alicia Muñoz y el estado público que este delito tomo, comenzó a develarse este grave problema social y sanitario en nuestro país, a pesar de los prejuicios y de la tolerancia social e institucional que aún hoy existen.

Desde aquel momento, comenzaron a desarrollarse compromisos, contenidos y recursos para abordarlo. Actualmente contamos con marcos jurídicos nacionales y provinciales que tipifican los tipos de violencia, que proponen monitorear las situaciones discriminación y de violencia hacia las mujeres. Es un gran avance que nos desafía a seguir trabajando, para que todas las mujeres accedan equitativamente a la esfera pública y logren una mejor calidad de vida

Nuestra intención es acercar - con este material- algunos conceptos ,ideas, y herramientas sencillas, para plantear preguntas y ensayar respuestas, que puedan ser utilizadas y validadas por los equipos de salud del primer nivel de atención, y así poder comprender y profundizar en esta compleja problemática.

Las Autoras

Introducción

Este material está dirigido a todos/as los/as que integran los Equipos Comunitarios de Salud del Primer Nivel de Atención: Médicos/as, Odontólogos/as, Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, Obstétricas, Enfermeros/as, Agentes Sanitarios, Agentes Sanitarios Indígenas y Promotores de Salud, Auxiliares de Enfermería, Administrativos/as y otros/as.

Hemos elegido trabajar este tema en respuesta a una necesidad sentida y manifestada por los comunitarios y comunitarias que diariamente se encuentran con situaciones de violencia sobre las mujeres en las consulta al Centro de Salud/Cics de los barrios y comunidades donde se desempeñan.

Las mujeres víctimas de violencia necesitan ser escuchadas y atendidas y los equipos de salud comunitarios deben estar capacitados y contar con los conocimientos y las herramientas imprescindibles para ayudarlas, siempre respetando sus derechos.

La vulneración de derechos, las discriminaciones y en general, las inequidades que sufren las mujeres en los diferentes ámbitos de la vida, han estado históricamente invisibilizados y se han cristalizado y naturalizado en todas las sociedades, a lo largo del tiempo y en todas las clases sociales.

Consideramos a la violencia sobre las mujeres un problema social y sanitario *prevalente* y de máxima importancia, ya que es uno de los determinantes presentes en su morbilidad y mortalidad. De esta realidad da cuenta el alto número de femicidios, suicidios e intentos de suicidio, las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, el aislamiento social que impide a las mujeres acceder a sus derechos.

Es necesario que a través de las acciones de promoción, prevención y detección temprana que realicen los equipos comunitarios, se pueda reconocer y visibilizar este problema, antes de que se produzcan nuevas situaciones de violencia. Este es un logro a perseguir y un valor a alcanzar.

A lo largo del desarrollo de este material, presentaremos diferentes aspectos que muestra la *violencia sobre las mujeres*:

UNIDAD 1. Las Violencias de género: un problema social y de salud.

En esta primera unidad introducimos a *las violencias de género como un problema social y de salud*, en el contexto de la sociedad y la cultura patriarcales.

Se trata de una aproximación teórico-conceptual para comprender desde qué lugares sociales y políticos se derivan las prácticas que discriminan y someten a las mujeres a diferentes modalidades de violencias, en distintos ámbitos de su vida.

Se plantean algunas cuestiones en torno a la violencia sexual como una de las

formas más invisibilizadas de la violencia contra las mujeres y la importancia de deconstruir los mitos que la sostienen y justifican

Además, se comenta la *Ley Nacional N° 26.485* con el fin de trabajar desde una perspectiva de derechos humanos, la protección integral de las mujeres y la erradicación de las violencias; y se describe y propone el *Ciclo de la violencia conyugal* como una herramienta de gran valor en las intervenciones del equipo de salud.

UNIDAD 2. Los derechos sexuales y reproductivos.

Aquí se presenta la evolución de los *derechos sexuales y reproductivos* de las mujeres hasta el logro de la Ley 25.673/2. Se mencionan las problemáticas que dieron origen a la ley, incorporando la sexualidad de la mujer como un derecho que trasciende lo meramente reproductivo.

UNIDAD 3. Trata de personas: conocer para prevenir.

En esta Unidad se plantea esta problemática como una forma de violencia extrema, mayoritariamente sobre mujeres, niños y niñas. Constituye una de las más graves violaciones a los derechos humanos, siendo la clandestinidad y la invisibilidad sus sellos distintivos. Se presentan los distintos tipos de explotación, así como las diferentes normativas que se fueron estableciendo en nuestro país para proteger a las víctimas.

Por último, se proponen alertas sobre la necesidad de trabajar en prevención y algunas herramientas para asistir a las víctimas, destacándose el rol de las políticas públicas y de los equipos de salud en la sensibilización y en el trabajo conjunto con la comunidad

UNIDAD 4. El discurso sobre las violencias de género en los medios de comunicación.

En este apartado se trabaja sobre la *violencia mediática*, una de las tantas modalidades de violencia contra las mujeres que involucra a todas aquellas publicaciones y mensajes que humillan, deshonran, injurian, discriminan o atacan contra la dignidad de las mujeres.

Partiendo de la realidad que los integrantes del equipo comunitario son parte del grupo social al que pertenecen y con el que trabajan, tanto ellos como la comunidad producen y reproducen un discurso estereotipado, que contribuye a la naturalización y justificación de la violencia hacia las mujeres.

La propuesta, entonces, será repensar los sentidos producidos por los medios, la comunidad misma y el equipo comunitario, para lograr avanzar en el uso de herramientas interpretativas que permitan un abordaje diferente.

UNIDAD 5. Las cifras del problema

Aquí presentamos una serie de datos, fundamentalmente aportados por organizaciones no gubernamentales sobre femicidios. Se analizan también las dificultades del registro estadístico de las muertes resultantes de episodios de violencia sobre las mujeres y las condiciones que intervinieron en su producción, así

como la necesidad y el valor de producir información válida y confiable para el diseño de políticas públicas de prevención y abordaje del problema.

UNIDAD 6. Orientaciones para el abordaje de las violencias de género en el primer nivel de atención.

En esta Unidad se presentan los elementos que deberían estar presentes en la estrategia de trabajo del equipo comunitario en conjunto con la comunidad para conocer la magnitud del problema, para pensar un abordaje preventivo del mismo y para la atención a las víctimas.

Al finalizar la lectura y el trabajo con este material, los equipos comunitarios serán capaces de:

- Reconocer las diferentes modalidades que la violencia de género adquiere en la vida cotidiana.
- Identificar los discursos que originan, sostienen y reproducen las distintas formas de violencia sobre las mujeres.
- Reconocer la magnitud y extensión que el problema tiene en la comunidad del área programática, a nivel local, provincial y nacional.
- Promover el trabajo con la comunidad y las acciones de Promoción de la salud para hacer visible este problema en el área local.
- Elaborar herramientas para trabajar en la prevención, el abordaje y la atención de este problema de salud junto con la comunidad en el espacio local.
- Reflexionar sobre el ejercicio de los *derechos sexuales y reproductivos* y su *incidencia en la violencia de género*.
- Reconocer el problema de la trata de personas como una de las violencias más extremas hacia las personas.
- Incorporar acciones de sensibilización, prevención y empoderamiento por parte de la comunidad.

Unidad 1

Las violencias de género:
Un problema social y de salud

Autora. Lic. Cora Santandrea

1. Las violencias contra las mujeres en nuestra sociedad y la cultura patriarcal

A lo largo de este material nos referiremos a *Género* como aquello que alude a las diferentes características sociales y culturales que se adscriben a cada uno de los sexos biológicos; hace referencia a una construcción socio-cultural de los mismos, en contraposición al sexo como aquellos rasgos biológicos dados genéticamente.

Bajo esta denominación, a los géneros se les han asignado históricamente roles, esto es, lo que “debe ser” y cómo deben comportarse los varones y las mujeres¹; toda construcción socio cultural como tal, depende del momento histórico y político de cada sociedad.

La construcción cultural de estos roles produce -de manera inequitativa, desigual y jerárquica- polaridades con cualidades que refieren a varones y mujeres respectivamente, tales como: fuerza/ debilidad, agresividad/ ternura, actividad/ pasividad, inteligencia/intuición. En éstas se han basado la asignación de funciones y responsabilidades sociales a cada género.

Estas falaces polaridades -presentes en cada sujeto, más allá de la clase social, del nivel educativo, de la ocupación /profesión, de las creencias religiosas- han funcionado y funcionan como fundamento de la discriminación hacia las mujeres y de los sistemas jerárquicos que las oprimen y subsumen, siendo una de las características centrales de la sociedad patriarcal.

En nuestro país, como en todos los países del mundo, aquellas creencias son las que sostienen las relaciones entre los géneros, al decir de Gerda Lerner: en nuestras sociedades observamos...*“la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y de la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general...”*²

Por lo tanto, los vínculos entre varones y mujeres -sostenidos desde la cultura- son asimétricos basados en una irreal jerarquía masculina y en una distribución desigual del poder; y en estas asimetrías podemos encontrar la explicación de las violencias sobre las mujeres, niños/as y grupos minoritarios sociales, convirtiéndolas/os en el *objeto* a poseer y invisibilizando las diversas violencias estructurales.

En este material, abordaremos dentro de las *violencias de género contra las mujeres*: la violencia doméstica, la violencia sexual, la violencia contra la libertad reproductiva, la violencia mediática y la trata de personas.

Pero creemos importante no perder de vista que en todas las relaciones

1. A lo largo de este modulo hablaremos de “mujeres” y no de “la mujer”; ya que consideramos que no existe un estereotipo único, sino que sostenemos que la realidad de cada una de ellas dependerá de la clase social, la etnia, edad, religión, sociedad y cultura a las que las mujeres pertenezcan, formando colectivos diversos con diferentes modos de opresión y resistencia.

2. Lerner, Gerda, citada en Diccionario de Estudios de género y Feminismos (1990); Gamba Susana, Biblos, 2º edición, Buenos Aires, 2009.

interpersonales y en todos los ámbitos -generalmente- la asimetría es la norma, solo a modo de ejemplo nombraremos los siguientes ejemplos: Interacción profesional –paciente; jefe- empleada; docente-alumna, religioso-creyente, entre otros. En todos ellos pueden generarse diferentes tipos de violencias cotidianas, silenciadas, naturalizadas e invisibilizadas que a su vez estarían presentes en cualquier familia, en instituciones públicas y privadas, en el trabajo, en la escuela, o en el club, en el templo o en la iglesia, o en la sinagoga, en hospitales, en centros de salud, en los juzgados, en la universidad.

1.1 Ser mujeres: una mirada desde el primer nivel de atención

¿No será lo corpóreo acontecer, y no sustancia?
Alberto Girri, poeta³

Los equipos de salud se encuentran diariamente atendiendo mujeres que consultan por diferentes problemas de salud propios, o de sus hijos e hijas, acompañando a familiares o vecinos/as, realizando trámites administrativos vinculados a la atención de la salud, participando en reuniones grupales. En todos los casos la presencia de las mujeres en el sistema público de salud, no pasa inadvertida, es constante. El predominio de mujeres integrando los equipos de salud en el primer nivel de atención es un hecho, también a tener en cuenta.

Asimismo, en los centros de salud se reciben con frecuencia las consultas de mujeres por situaciones desesperantes y de gran sufrimiento producidas por hechos de violencia dentro del hogar, dentro de la pareja, dentro de su círculo más íntimo y cotidiano de afectos y parentesco.

Es necesario profundizar esta realidad, tener en cuenta que “...la violencia en el hogar, pone en peligro la salud de todos los involucrados, pues disminuye las defensas orgánicas, disminuye o vuelve más rígidas las defensas psíquicas, incrementa las enfermedades existentes o produce nuevas alteraciones”.⁴

Al mismo tiempo, al considerar en nuestra sociedad que los cuerpos de las mujeres han sido y son “simultáneamente maravillosos y sucios, deseable y maligno, ignorado y explotado, objeto de adoración y de escándalo”⁵ producto de la mezcla de prejuicios, mitos, concepciones morales, higiénicas, religiosas, estéticas, científicas y supersticiones, en realidad se tiende más a juzgarlos que a conocerlos y respetarlos.

Es imprescindible, entonces, reflexionar sobre estas circunstancias y concepciones que se les presentan a los equipos de salud comunitarios cotidianamente. Conocer este lugar dado al cuerpo de las mujeres, advertir su presencia como mujeres, nos permitirá contar con un punto de vista más integral (cuerpos-géneros-culturas-derechos) y fundamentalmente nos posicionará para

3. Taber, B. y Altschul, C. “Pensando Ulloa” Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2005

4. Ferreyra, Graciela. “Hombres violentos, mujeres maltratadas-Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social”. Edit Sudamericana, 1992

5. Idem anterior

abordar la prevención basada en los derechos y atender todas las consultas de mujeres con otras miradas.

Sólo a modo de ejemplos, pensemos en las consultas que se consideran “inespecíficas” o “polisintomáticas” desde la clínica tradicional: dolores poco definidos, o dolores de cabeza frecuentes, alergias en cualquier lugar del cuerpo, dificultades en la implementación de métodos anticonceptivos, dolores de estómago, disfonías prolongadas, tics, caída del cabello, ataques de llanto, irritabilidad, quejas crónicas, agotamiento psicofísico, escaso cuidado de sí mismas. Aquellas que reclaman las recetas de tratamientos prolongados con medicamentos ansiolíticos, sedantes y somníferos, con o sin atención profesional, entre tantas otras consultas, que si sólo se intentan explicar a partir de una sola disciplina, producirán una atención parcializada, muchas veces ineficaz.

Es así que las violencias se manifiestan de diferentes, múltiples y complejos modos, y en cada uno de estos modos producen sufrimiento, daño psicológico, daño físico o muerte. No existe una única manera de expresar las consecuencias de estos efectos, pero son parte de los problemas prevalentes de salud de cualquier comunidad o barrio y, por lo tanto, nos convoca e implica a todos/as los/as que trabajamos en espacios de salud pública.

Poder visualizar las consultas través de la perspectiva de género le presentará al equipo de salud del primer nivel de atención la oportunidad para revisar lo aprendido e incorporar nuevas herramientas para la reflexión ante problemas prevalentes que se empiezan a visibilizar.

En síntesis, la perspectiva de género en el campo de prácticas de la salud, es un desafío y también una oportunidad para aportar a una mejor salud comunitaria.

2. Las Violencias de Género

2.1 Ley Nacional 26.485

La “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, fue promulgada en nuestro país el 1 de abril de 2009 y reglamentada mediante el Decreto 1011/10.

Esta ley *garantiza todos los derechos reconocidos* por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral

de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

- a. Una vida sin violencia y sin discriminaciones;
- b. La salud, la educación y la seguridad personal;
- c. La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
- d. El respeto a su dignidad;
- e. Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- f. La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;
- g. Recibir información y asesoramiento adecuado;
- h. Las medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;
- i. El acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;
- j. La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;
- k. Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca re-victimización.

De acuerdo a esta Ley, se entiende por *violencia contra las mujeres* a toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas también las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Los tipos de *violencia contra las mujeres* quedan detallados en su artículo 5 y comprenden:

- 1.- *Física*: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.
- 2.- *Psicológica*: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonor, descrédito, manipulación o aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia,

abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- *Sexual*: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- *Económica y patrimonial*: son las acciones que producen una pérdida en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, mediante el robo de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, valores y derechos patrimoniales; en la tenencia o propiedad de sus bienes; el insuficiente aporte económico –cuando se cuenta con el- para satisfacer las necesidades básicas para una vida digna.

Algunos ejemplos: “¿cómo no te arreglás con 10 pesos por día?!”; incluye el control de los ingresos de la mujer cuando trabaja; recibir un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- *Simbólica*: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Algunos ejemplos: “no puede ingresar a la fabrica, es un trabajo para hombres”; “a trabajar no vas, ni lo pienses, vos tenés que ocuparte de los chicos..”; “¿cómo que está embarazada?! ¿vos, que sos la madre, no la cuidaste?”; “llorás por cualquier cosa, no entendés nada...”

En el artículo 6° de esta ley se definen como *modalidades* a las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres

a) *Violencia doméstica contra las mujeres*: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) *Violencia institucional contra las mujeres*: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley.

c) *Violencia laboral contra las mujeres*: aquella que discrimina a las mujeres en los

ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función.

d) *Violencia contra la libertad reproductiva*: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) *Violencia obstétrica*: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929;

f) *Violencia mediática contra las mujeres*: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.



ACTIVIDAD 1

Para realizar con todos/as las integrantes del equipo de salud junto con el facilitador o facilitadora.

Ya hemos visto que las violencias de género son un grave problema que aparece en una estructura social patriarcal, jerarquizada y de las relaciones de dominio entre los géneros. Además, siendo que el género es una construcción socio-cultural e históricamente determinada, las violencias de género, no son parte “natural” de una sociedad sino producto del ejercicio del poder de los varones hacia las mujeres.

Teniendo en cuenta esa perspectiva planteada, y luego de haber realizado una lectura grupal de la Ley nacional N° 26.485, le proponemos al equipo comunitario que realice un reconocimiento de las leyes y/o normas locales que puedan constar en el área de responsabilidad referidas a la violencia de género, su prevención y atención

Recordemos que las normas son regulaciones que plantea la sociedad a través del Estado acerca de un problema particular, las que constituyen una toma de posición al respecto de ese problema.

Primer Momento:

- 1) ¿A quiénes pueden consultar sobre la existencia de leyes y/o normas locales referidas a este problema social?
- 2) De existir estas normativas:
 - a) ¿Son conocidas? ¿Se aplican?
 - b) ¿Que derechos protegen? ¿Por qué?
 - c) ¿De qué modo nombran los diferentes tipos de violencias de género?
 - d) Compare con las denominaciones y definiciones de la Ley Nacional. ¿Hay diferencias? ¿Cuáles?

Segundo momento:

Dialoguen e intenten hallar una explicación grupal sobre la presencia de diferencias. Regístrenlas.

2.2 Violencias de género:

Cada vez que hablemos de violencias de género, deberemos entender que tales violencias existen fundadas, fundamentadas y ejercidas por la desigual distribución de poder entre varones y mujeres, debido al lugar de subordinación social, histórica y culturalmente asignado a las mujeres, niñas/os.

Como dice Mary Nash, citada por Susana Velazquez⁶, "...el concepto de género va a situar a la organización sociocultural de la diferencia sexual como eje central de la organización política y económica de la sociedad.... los discursos de género han construido las diferentes representaciones culturales que han originado y reproducido los arquetipos populares de feminidad y masculinidad...Ser mujeres o ser varones juega un papel determinante en "la reproducción y la supervivencia de las prácticas sociales, las creencias y los códigos de comportamiento diferenciados según sexo". Sin embargo, el discurso de género de este nuevo siglo, dice Nash, no se funda aún en el principio de igualdad. Y esta desigualdad es una de las causas centrales de la violencia...."

Por otra parte, Susana Velazquez plantea también que uno de los principales efectos que generan las violencias de género cotidianas *"...es la desposesión y quebrantamiento de la identidad que las constituye como sujetos..."*

Debemos comprender que la violencia de género, no solo implica la violencia física sino, como nos dice la Ley 26.485, también la simbólica, psicológica, mediática, sexual, económica y patrimonial. Estas violencias son ejercidas en el ámbito doméstico, institucional, laboral, en los medios masivos de comunicación, ámbitos de salud; y a su vez son ejercidas cotidianamente, naturalizadas e invisibilizadas, generan quebrantamiento de la identidad, de la voluntad, sentimientos de desprotección y angustia, incompreensión, vulnerabilidad, depresión.

6. Velazquez, S.
"Violencias cotidianas, violencias de género"-
Buenos Aires, 1996

En otros casos, las violencias generan vergüenza y quienes ejercen la violencia les hacen creer a sus víctimas que son responsables de ello, llevándolas a disimular o actuar como si nada pasara, restándole importancia, identificándose o hasta justificando el accionar de quien la ha violentado. Esto no significa bajo ningún punto de vista que la mujer esté de acuerdo, es este quizás el modo que encontró para continuar con su vida.

Es muy frecuente encontrar mujeres, niños/as que siguen bajo coacción, creyendo que el disimulo o el ocultamiento es la mejor manera de protegerse.

Por lo tanto, es aquí donde el equipo de salud debe conocer de antemano que las violencias existen, que constituyen un problema prevalente de salud, que pueden manifestarse con indicadores mínimos; que *las mujeres, niñas y niños están en peligro por la sola condición de ser mujeres, niñas y niños*; y que se puede intervenir como equipo *para la detección y prevención de mayores daños y de la muerte*.

Hemos intentado enumerar algunas posibles situaciones, existen otras que dependerán del contexto socio-familiar y del tipo de violencia ejercida y de las herramientas emocionales de cada persona. Pero si podemos decir que ninguna de las reacciones mencionadas le permite a la víctima actuar de modo espontáneo, con autonomía y claridad de pensamiento, ni con dominio de su voluntad. Entre otras cosas, lo que se pone en juego es la libertad personal ya que la misma es coartada y coaccionada por quien ejerce la violencia. *“Fenómeno de la desestructuración psíquica.... de las personas agredidas impidiéndoles, en ocasiones, reaccionar adecuadamente al ataque”*⁷.

2.3 ¿Qué sucede en nuestras familias?

Si bien el concepto clásico de familia está muy ligado a la sexualidad “legítima” y a la procreación *“ incluye también a la convivencia cotidiana ,expresada en la idea del hogar y del techo, economía compartida, una domesticidad colectiva....”, “ dichas sociedades con organizaciones sociopolíticas y estructuras productivas diversas, han ido conformando organizaciones familiares y de parentesco muy variadas...”*⁸

En la realidad social actual hay diversidad organizativa de los grupos familiares, pero mayoritariamente la conformación de ese mundo es más homogéneo en la historia social de occidente. *“La imagen de familia monogámica con sus hijos, en un hogar del matrimonio, donde sexualidad, convivencia y procreación coinciden en el espacio “privado” del ámbito doméstico”*⁹

Esta construcción oculta, por un lado, la existencia de diferentes modalidades de familia provenientes de culturas diferentes y, por otro y en cuanto a las violencias contra las mujeres, *la familia nuclear arquetípica tiende a ser una familia patriarcal donde el “jefe de familia” concentra el poder y tanto los hijos e hijas como la esposa-madre desempeñan papeles anclados en la subordinación al jefe...”*¹⁰. Las familias, entonces, pueden ser un entorno propicio para la violencia doméstica ya

7. Velazquez, S.
“Violencias cotidianas,
violencias de género”-
Buenos Aires, 1996

8. Jelin, E. “Pan y afectos-
La transformación de
las familias”. Fondo de
cultura económica,
-Colección popular-nº
554- Buenos Aires- 1998

9. Idem anterior

10. Jelin, E. “Pan y
afectos-La
transformación de las
familias”. Fondo de
cultura económica,
-Colección popular-nº
554- Buenos Aires- 1998

que se organizan en función de dos variables: el poder y el género.

La privacidad y la intimidad sumados a los roles definidos culturalmente, hacen que la familia, uno de los ámbitos donde deberíamos sentirnos más seguros, protegidos y cuidados, paradójicamente se constituya en un espacio donde se pueden presentar variadas formas de maltrato. Así, la *violencia doméstica* – *previamente definida en la Ley 26.485*– implica por parte de varones integrantes de la familia, acciones de abuso o de omisión, descuido, negligencia, abandono, suspensión del diálogo, cotidiana o periódica *en el mismo domicilio*

Las modalidades de abuso más frecuentes dentro de una familia están dirigidas hacia los miembros con mayor vulnerabilidad por género y por distribución desigual de poder: *las mujeres, los niños, niñas, personas con capacidades diferentes y personas mayores*.

2.3.1 El Ciclo de la violencia en la violencia doméstica

Contamos con el *ciclo de la violencia conyugal* como una herramienta muy importante para el abordaje de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. El objetivo del mismo es brindar un instrumento para la comprensión y el abordaje en situaciones de violencia de los varones hacia las mujeres en el contexto de una pareja. Sirve también para poder prevenir mayores daños y para planificar diferentes estrategias de atención según la particularidad de cada situación que ponga al varón y a la mujer en una u otra fase del ciclo, en el momento de la consulta.

Cabe aclarar que será la mujer la que llegue a la consulta, por distintas vías. El hombre violento tiende a minimizar su accionar, habitualmente no registra su violencia y, por tanto, no consulta. Aún así, el ciclo de la violencia les incumbe a ambos.

En función de lo aclarado previamente, esta herramienta se considera muy importante para que las mujeres reconozcan lo vivido y se puedan situar - en el marco de la consulta - en alguna de las fases. Por otra parte, el hecho innegable de la repetición en ciclos de la violencia doméstica, explica aún mejor porqué un varón, aunque se arrepienta y pida perdón, va a volver a actuar violentamente, si no media un tratamiento.

EL CICLO DE LA VIOLENCIA CONYUGAL



Es, entonces, un elemento de utilidad para *que el equipo comprenda la dinámica de las violencias contra las mujeres* y pueda realizar un trabajo de prevención y abordaje acorde a sus particularidades.

El ciclo se desarrolla en tres fases y el tiempo interfases es diferente en cada pareja. Es indicador de mayor gravedad el hecho que el tiempo entre cada fase se vaya acortando a medida que continúa la violencia en la relación.

● La Fase 1 o de acumulación de la tensión:

Es una fase en la que no hay violencia manifiesta donde la mujer trata de satisfacer a su pareja pero nunca lo logra. No hace caso de las pequeñas situaciones de tensión que se van produciendo y cree que subordinándose a los deseos de su pareja, evitará los reproches, los insultos o los golpes. Conocer la existencia de esta fase es fundamental para el equipo de salud, ya que es una oportunidad para trabajar en prevención los perfiles del hombre violento y la mujer violentada.¹¹

● La Fase 2 o de agudización de la violencia:

Esta situación de creciente malestar y tensión explota generalmente en golpes y todo tipo de agresiones graves que pueden aumentar con el correr del tiempo. Se pasa de agresiones tales como empujones y pellizcos a trompadas y patadas. El golpeador a veces reconoce que se puede descontrolar, sin embargo se justifica diciendo que la mujer lo provoca o bien le echa la culpa de su descontrol a las peleas familiares, las dificultades en el trabajo y los problemas económicos. Nunca, y esto es fundamental, se hace responsable de sus actos violentos. *La mujer puede en este momento, y no en los otros, realizar una consulta y/o pedir*

11. Ferreyra, Graciela
“Hombres violentos,
mujeres maltratadas”

ayuda, si es que logra salir del hogar.

El equipo debe conocer y saber que es en esta fase donde aparece el mayor número de consultas lo que se constituye, también, en una oportunidad para afianzar vínculos con las mujeres que consultan. De aquí el valor de usar didácticamente esta herramienta.

● La Fase 3 o de la luna de miel

El hombre se arrepiente y le promete a la mujer que va a cambiar y que no la va a golpear de nuevo. Se muestra amoroso, le hace regalos y atenciones reviviendo una especie de luna de miel. Recordemos que “el amor romántico” se transmite culturalmente y se sostiene también a través de refranes, dichos, lecturas: “El amor todo lo puede”, “Contigo, pan y cebolla”... Si quieres ser bien querida, sé afable, humilde, sufrida.”¹²

A veces aparecen amenazas de suicidio si la mujer no lo perdona o no le cree. La mujer finalmente se conmueve, termina creyendo en las promesas de cambio y lo perdona. En esta fase las mujeres no consultan y difícilmente pueden cumplir con los acuerdos hechos con el equipo de salud. Es importante destacar que es muy importante conocer cuánto tiempo transcurre entre una fase y otra; cuanto más corto sea el periodo interfases permitirá al equipo de salud comunitario tener una presunción de mayor riesgo de vida para la mujer y, por tanto, se verá en la obligación de pensar estrategias de abordaje particulares para esa situación.

ACTIVIDAD 2

Primer Momento:

Los siguientes relatos son extraídos del trabajo de un equipo de salud del primer nivel de atención en la provincia de Buenos Aires

a) *Hace ya un año que Antonia consulta semanalmente con dos integrantes del equipo de salud por diferentes situaciones de “nervios” que viene sufriendo por su pareja. Su marido discute por nada, pelea por el sabor de la comida o porque compro tal o cual marca de vino. Antonia vive tensionada, con dolores de cabeza casi todos los días. Hace una semana iba al cumpleaños de su hermana y como se había puesto “el pantalón blanco que le queda tan bien”, su pareja insistió que estaba cansado de trabajar y que el no iba y ella tampoco. Antonia pensó que estaba celoso, que la quiere tanto que a veces no la deja salir. Ve poco a sus hermanas y ya casi no toma mate ni visita a sus amigas del barrio....*

b) *Antonia llega llorando y temblando a la enfermería, quemado su hombro derecho y parte del cuello con agua hirviendo. Cuenta que entre tantos hijos “que se portan mal, la vuelven loca”, la pava para el mate se cayó y la*



12. Cabal, Graciela. “Mujercitas: ¿eran las de antes?” Libros del quirquincho, Buenos Aires, 1992

quemo....La enfermera comunitaria le dice que no comprende como el agua cayó y le quemo una parte tan alta de su cuerpo...también le dice que puede hablar en confianza porque ella sabe que las mujeres sufrimos muchas veces violencias de parte de nuestras parejas o familiares....

c) Pasaron 4 meses y Antonia no volvió al centro de salud. Se encuentra con la médica que está haciendo una visita domiciliaria. Antonia le cuenta lo feliz que esta porque su marido cambio mucho, le pidió perdón y le dijo de tener otro hijo para comenzar esta nueva etapa de la vida

- Dialoguen y registren, en base a lo que ahora conocen, si es posible identificar algunas de estas fases del ciclo y sus características en algunas de las mujeres que consultan en su Centro de salud o CIC
- Si no logran identificar esta modalidad, registren las que ustedes conocen acerca de la manera en que se presenta la violencia conyugal en las familias de su comunidad.
- Ahora recuerden qué pensaron al tomar conocimiento de estas situaciones en ese momento.
- Compártanlo grupalmente y registren qué reflexiones les genera en este momento este recuerdo.

Segundo Momento:

- Si tomaron conocimiento de alguna de estas situaciones en el marco de una consulta en su Centro de Salud o acudiendo a una institución barrial:

- 1) ¿Qué pudieron hacer en ese momento?¿Con quiénes?,
- 2) Regístrenlo.

2.4. Violencia Sexual

En las cifras reportadas a nivel internacional se registra que las víctimas de violación en su mayoría son mujeres y niñas¹³ ; conformando el 98% de las personas atacadas y siendo el 92% de los agresores, varones. La violencia sexual es una de las formas de violencia de género más extendidas e invisibilizadas.¹⁴

Se considera *Violencia sexual* a todo acto de índole sexual ejercido por una persona, generalmente hombre, en contra del deseo y la voluntad de otra persona,

13. La negrita es nuestra

14. La negrita es nuestra

generalmente *mujer y/o niño/a* que se manifiesta como amenaza, intrusión, intimidación y/o ataque y que puede ser expresado en forma física, verbal y/o emocional, por lo tanto, la violencia sexual es un *DELITO*.

Se considera *abuso sexual infantil*¹⁵ cualquier clase de contacto sexual entre un niño o niña y un adulto con el objeto de obtener gratificación sexual del adulto, donde haya una diferencia de edad entre víctima y abusador, y una conducta que el agresor manifiesta para someter a la víctima, algún tipo de contacto sexual (con /sin contacto físico). El hecho de ser niña (mujer) es, indudablemente, uno de los factores que hace mucho más probable llegar a ser víctima de abusos sexuales. Los resultados de los estudios coinciden en que las mujeres sufren el abuso sexual infantil de una y media a tres veces más que los hombres.

Tipos de violencia sexual:

Todos los tipos de violencia sexual producen daños en la salud de quienes las padecen, motivo por el cual no se debe desestimar ningún tipo de violencia sexual por sobre otro.

- Exhibicionismo, llamadas telefónicas obscenas
- Acoso sexual
- Abuso Sexual (actos sexuales sin acceso carnal)
- Sexo bajo presión, obligarla a practicarle a él sexo oral ,
- Practicarle obligadamente sexo oral a ella
- Violación (penetración vaginal, anal, con el pene, digital o utilizando objetos)

Formas y contextos

- Abuso sexual y/o violación en el matrimonio o en el noviazgo; por conocidos, por desconocidos, violaciones múltiples.
- La prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual
- Abusos sexuales y/o violaciones sistemáticos en los conflictos armados. (En nuestra región se registran e investigan distintos tipos de abusos sexuales y violaciones perpetrados durante la última dictadura militar).

Modalidades utilizadas por el Victimario

Pueden ser a través de: la coacción, intimidación, con o sin armas, amenaza de daño inmediato o mediato a la propia vida, a la subsistencia o al bienestar propio o de los allegados.

15. Esta forma de maltrato infantil, es una de las más graves a las que se someten a niños y niñas. Con motivo del recorte realizado y de los objetivos propuestos para este material, no será desarrollado aquí

¿Cómo reaccionan las víctimas?

Las reacciones de las víctimas pueden ser distintas. Se debe comprender que ante una situación de alta vulnerabilidad, cada mujer y/o niño/a reaccionarán de modo diferente.

Queremos invitarlos/as a pensar cómo algunos prejuicios no nos permiten comprender la complejidad de cada situación violenta. Ejemplo de ello es lo que muchas veces se escucha decir ante una situación de violencia sexual: *“no se resistió, no grito, no se escapo”*. Nos debe quedar muy claro que acceder no es aceptar ni consentir, forma parte de los modos de sobrevivir y afrontar la violencia que cada víctima tiene, teniendo en cuenta que en muchos de los casos no es solo la integridad sexual sino la vida misma la que está en juego. Dicho esto, entonces, ¿Por qué no se escucha lo mismo cuando alguien es asaltado y no opone resistencia y, muy por el contrario, se recomienda no actuar?, ¿Por qué es, entonces, que se les pide a las mujeres que se resistan y opongan fuerza?

Algunas posibles reacciones que podemos observar en las víctimas o sobrevivientes de este delito son:

- ⊙ Mantienen la calma. No oponen resistencia
- ⊙ Huyen, pelean, amenazan
- ⊙ Tratan de memorizar datos del agresor
- ⊙ Utilizan el mecanismo de la disociación
- ⊙ Persuaden, negocian

Abuso sexual en la pareja:

Uno de los delitos sexuales más silenciados y naturalizados es el abuso sexual y/o violación en la pareja, quizás es uno de los más simbólicos ya que, desde la perspectiva de nuestra sociedad y como producto de nuestra cultura, las mujeres se convierten en propiedad privada de sus parejas - dentro de una pareja estable o no-; por lo tanto, se encuentran allí para satisfacer cualquier necesidad de los varones, las que incluso vayan más allá de su deseo y voluntad. ¿Cómo decir “no tengo ganas hoy”, ¿cómo elegir con libertad en una relación de asimetría absoluta?. En este tipo de delitos, la desprotección, el silencio y la vergüenza son las características distintivas.

En nuestras sociedades, en las que imperan ideas del “amor romántico” tales como “la entrega total”, “consagrarse al bienestar del otro”, “sentir que nada vale como esa relación” y, también, “la mujer debe seguir al marido”, “hacer todo juntos, compartir todo”, entre otras ideas sostén de un modelo autoritario de familia, definido como “cultura patriarcal”, se considera un deber de la mujer la satisfacción sexual de su compañero y un derecho del hombre obtener la misma, partiendo de la premisa

social de “el amor está por encima de todo” y que las mujeres deben complacer a sus parejas.

En este contexto es difícil pensar en la existencia del abuso sexual dentro de la pareja, pero necesitamos hacerlo ya que cuando sucede como hecho traumático y complejo, produce profundas consecuencias físicas y psicológicas.

Así, el trauma está caracterizado por la intensidad de sus manifestaciones y de sus efectos, por la mayor o menor capacidad del sujeto para responder a él adecuadamente y por los trastornos que provoca en la organización psíquica.

Una persona traumatizada por haber sido abusada suele presentar básicamente estos tres sentimientos¹⁶:

Sentimiento de desamparo: *proviene de otro sentimiento previo, el de impotencia frente al peligro real del ataque y a la amenaza a la integridad física, que dará origen a la tristeza, al miedo, al desasosiego.*

Vivencia de estar en peligro permanente: *proviene del sentimiento de desvalimiento y está vinculada con la magnitud del peligro real o imaginario. La pérdida de seguridad y confianza de la mujer violentada y el deseo de no pasar nuevamente “por lo mismo” le dificultará integrar a la vida un hecho muy grave para el que nadie está preparado.*

Sentirse diferente a los demás: *la reactualización de la violencia sufrida actúa en forma permanente de modo traumático, haciendo sentir sus efectos por largo tiempo y en diferentes aspectos de la vida. La mujer violentada suele creer que es la única persona a quien le pasó, sintiendo humillación, autodesprecio, desesperanza, aislamiento y silencio.*

En este punto, un equipo de salud sensibilizado y con algunas herramientas para poder intervenir positivamente, para que pueda dimensionar la magnitud del problema, dejando claro que no es la única que sufre ese hecho, que el abuso sexual es un delito y como tal debe ser castigado, lo que puede calmar parte del sufrimiento y habilitar un camino para el tratamiento.

El daño producido por la violencia contra las mujeres, incluyendo el abuso sexual en todas sus formas, produce la aparición de *síntomas de manera inmediata*, tales como conmoción, negación, aturdimiento, paralización temporal, sentimiento de soledad, impotencia, culpa, vergüenza, asco, miedo.

A *mediano plazo*, pueden aparecer estados de ansiedad, insomnio y pesadillas, ideas obsesivas, deterioro en las relaciones personales, llanto permanente, incapacidad para concentrarse. Y *más tardíamente*, trastornos del sueño, de la memoria o de la concentración, ideas suicidas y suicidio.

En las consultas en el consultorio de médicos/as, obstétricas, enfermería, odontología se pueden presentar mujeres con dolores de cabeza reiterados, náuseas, diarreas, fatiga, tensión muscular, presión en el pecho, dolor de estómago, vómitos, palpitaciones, lastimaduras, hematomas, lesiones a nivel genital y/o anal, contagio

16. VELAZQUEZ, S.
"Violencias de género, Violencias cotidianas. Escuchar, comprender, ayudar", Paidós., Buenos aires, 2006.

de enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la sexualidad, dolores durante el coito, ausencia de deseo sexual, dolores pélvicos crónicos, esterilidad, infecciones, abortos.

Asimismo, es importante para el equipo tener en cuenta el hecho de que algunas mujeres de su área de responsabilidad no puedan establecerse en un lugar, y cambien de domicilio, o de trabajo con mucha frecuencia. Debemos considerarlo un indicador indirecto de violencia.

2.4.1. Mitos a considerar grupalmente

Pensamos como muy importante y como tarea inherente al trabajo de los equipos comunitarios revisar los propios sistemas de creencias, como así también los sistemas de creencias de la sociedad en la que se hallan insertos, para poner en tensión los mitos escuchados y reproducidos todos los días. Estos mitos, por ser escuchados y dichos por todos/as, se convierten en verdades incuestionables que forman parte de nuestra manera de mirar y comprender la realidad.

Estos prejuicios -de los que todos somos portadores- nos dificultan tener una mirada crítica y objetiva, y como así también la creación de estrategias comunitarias de prevención y contención; a riesgo incluso de re-victimizar¹⁷ y culpabilizar a las mujeres que han atravesado o atraviesan situaciones de violencia sexual.

Algunos de los mitos mas difundidos son:

- “Cuidado con los desconocidos, pueden ser violadores”
- “El abusador sexual siempre consume alcohol o drogas”
- “La ausencia de violencia física demuestra que consintió y cooperó con el hecho”.
- “La violación solo ocurre en lugares públicos, oscuros y solitarios”
- “Si la mujer se resiste es imposible que sea abusada”
- “La mayoría de las victimas hacen algo para provocarlo”, “se la estaba buscando”
- “A las mujeres no hay que creerles”, “cuando una mujer dice “no”, en realidad quiere decir “sí”, son histéricas”.

17. Forma de maltrato y violencia institucional y social que, por acción u omisión, redobla y reitera la violencia ya padecida por la mujer afectada.

ACTIVIDAD 3



Profundizando acerca de algunas creencias, compartimos fragmentos del texto “El agresor sexual y la víctima” de Miguel Ángel Soria Verde y José A. Hernández Sánchez, para reflexionar con los compañeros de tu equipo.

- *La primera creencia, socialmente muy arraigada, es **ligar la agresión sexual al deseo sexual del autor**. Ello no es así, en gran parte de este tipo de delitos no aparece un objetivo sexual claramente identificable, pero sí una humillación de contenido sexual hacia la mujer. El componente fundamental de la violación no es el sexo, sino la hostilidad/poder hacia la víctima; es el imponerse a la víctima por medio de la coacción o simplemente el temor. En la violencia doméstica no es el amor lo que moviliza la agresión, sino la dominación de la mujer lograda por el ejercicio vertical, antidemocrático del poder del varón.*
- *Un segundo mito, derivado en gran parte del anterior, es la creencia de la existencia de una **provocación previa por parte de la mujer** (“las mujeres que piden ser violadas”), de forma directa o indirecta (ropa ajustada, minifalda, maquillaje); las mujeres que provocan para ser golpeadas por que “les gusta”. No es así, al igual que en otros delitos, el agresor es quien selecciona a la víctima-objetivo, no tanto por su aspecto físico – sensual (edades jóvenes, y otros) sino por la posible utilización en el logro de sus objetivos. No existen límites de edad.*
- *Otra creencia muy extendida es la **presencia de una resistencia física de la víctima**. Ello no es así, y como ya se mencionó anteriormente, al igual que en el resto de delitos, la víctima aparece dependiente y sumisa la mayoría de veces. Tan solo cuando el agresor incrementa su coacción física por encima de lo necesario puede generar una reacción de defensa... Paralelamente a otros delitos, cuando la coacción inicial del autor es muy elevada (arma de fuego), el grado de resistencia física de la víctima se reduce al máximo.*
- *Las agresiones sexuales se producen solamente entre personas desconocidas previamente. No es así, la mayoría de víctimas conocen a sus agresores, son maridos, parejas, novios, jefes, padres, padrastros, hermanos mayores, abuelos, tíos, vecinos, aunque se denuncian más las agresiones por extraños.. No olvidemos que la mayoría de agresiones sexuales suelen producirse dentro del hogar. Sin duda, se confunden los delitos más denunciados y con mayor alarma social (violación callejera por un extraño) con los más frecuentes y silenciados los ocurridos entre marido-mujer o padre-hija.*
- *El último gran mito es la **creencia social de un gran volumen de denuncias falsas en los casos de violación**, ello no se ve apoyado en las estadísticas oficiales policiales. En ellas no aparece un número*

significativo de falsas denuncias aunque se dan en todos los delitos y las motivaciones pueden ser muy diversas.



ACTIVIDAD 4

Ahora les pedimos que, una vez leído el texto anterior, reflexionen en forma grupal de acuerdo a las siguientes consignas:

- 1) Discutan entre ustedes si han escuchado estas creencias en el centro de salud, en su círculo de afectos, en los ámbitos de formación, en las instituciones del barrio/comunidad.
- 2) ¿En qué puede aportar a su tarea cotidiana en el centro de salud la lectura de este texto?
- 3) ¿Surge alguna propuesta de trabajo con la comunidad a partir de la lectura del mismo?

Contamos con un Protocolo¹⁸ para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Este protocolo es para orientar las prácticas y constituye una guía posible para la atención dirigido al equipo de salud.

2.5. Victimización secundaria:

A continuación, les proponemos la lectura de una nota periodística.

Partiendo de la lectura de la misma, queremos alertar a los integrantes del equipo comunitario acerca de una forma muy común de maltrato institucional que ocurre frecuentemente cuando las mujeres que han sido víctimas de violencia de género y, en particular, de violencia sexual acuden a diferentes servicios e instituciones para ser atendidas, denominada victimización secundaria o re-victimización.

SOCIEDAD > EXIGENCIA DE LA ONU AL ESTADO ARGENTINO POR LA VIOLACION DE UNA ADOLESCENTE QOM¹⁹

Por Mariana Carbajal

Cuando tenía 15 años,... una adolescente de la etnia qom de un pequeño pueblo..., fue violada por tres jóvenes "criollos" del lugar. A pesar de que la amenazaron para que se callara, ella hizo la denuncia. Pero la delegación policial local demoró en tomarla y la envió luego a un centro sanitario donde sufrió severos malos tratos. Durante el proceso judicial, se investigó especialmente su experiencia sexual previa. Y tomando como uno de

18. Sugerimos la lectura del Protocolo del Ministerio de Salud de la Nación. Publicado en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf

19. Publicado en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-177560-2011-09-26.html>

los fundamentos que la chica no era virgen al momento del ataque, un tribunal.... absolvió a los acusados, en una causa plagada de prejuicios de género y discriminación racial...

.... La muchacha pertenece a una familia qom muy pobre, que vive de la fabricación artesanal y venta de canastos....

.....Después de ser violada, la adolescente concurrió sola, con la ropa manchada de sangre, a la comisaría del pueblo a realizar la denuncia. La hicieron esperar alrededor de tres horas de pie y llorando..... la derivaron a un puesto sanitario donde tuvo que esperar varias horas más hasta ser atendida.....el médico le hizo "tacto sobre la herida, lo que le produjo intenso dolor" y luego le revisaron la vagina, cuando había denunciado que la penetración había sido anal...

... Los tres "criollos" la amenazaron para que no los denunciara. No era la primera vez que ocurrían hechos similares con chicas y mujeres tobas violadas....., pero habitualmente se silenciaban y quedaban también impunes.....

... está prohibido investigar la experiencia sexual previa de una mujer en un caso de violencia de género, especialmente de violación, porque, entre otros aspectos, atenta contra su intimidad y vida privada...

Aunque se probó el acceso carnal por la fuerza, los tres acusados terminaron absueltos en 2004.por la "juventud del sujeto activo, edad en que la excitación sexual suele ser mucho más impetuosa y más aún ante la ingesta alcohólica, que fue reconocida por el autor y constatada por el médico, que suele producir mayor desenfreno"...

ACTIVIDAD 5

Luego de la lectura de la nota, les proponemos realicen una reflexión grupal, junto con su facilitador o facilitadora, teniendo como guía los siguientes interrogantes:

- ¿Qué instituciones jugaron algún rol en este caso?
- ¿Qué acciones profesionales fueron innecesarias?
- ¿Qué acciones violaron los derechos de la joven?
- ¿Cuenta el equipo de salud con algún instrumento/norma/protocolo para la atención de víctimas de violencia de género?
- ¿Cuentan en su localidad con Comisarías de la mujer, equipos del Poder judicial especializados en violencia o algún equipo de atención a víctimas que disponga de tiempo y privacidad?
- ¿Cuentan las mujeres violentadas con un espacio de atención específico?



La re-victimización o victimización secundaria es una forma de maltrato y violencia institucional y social que, por acción u omisión, redobla y reitera la violencia ya padecida por la mujer afectada.

Puede provenir, como en este caso, desde diferentes ámbitos institucionales: policía, servicio sanitario y justicia. Es de destacar que son todos espacios a donde las víctimas de la violencia sexual y de género acuden a pedir ayuda y para tener acceso a los derechos que les asisten: a la salud, justicia, a realizar la denuncia; en definitiva son derechos humanos que el Estado tiene la obligación de garantizar.

La persona ha sido víctima y posteriormente es maltratada por alguna institución, cuando, por ejemplo, se le niega información disponible, cuando no se le reconoce como una interlocutora válida o no se la escucha con el debido respeto. Estas mismas instituciones a las que acuden porque cumplen alguna función de protección, son las que las amenazan, las investigan, las persiguen, las culpabilizan o les niegan asistencia. En todos estos casos, se le hace revivir la situación traumática, en lugar de contener e iniciar un proceso de reparación de los daños.

La re-victimización *“suele escapar a la conciencia de los profesionales.... está cargado ideológicamente de mitos y estereotipos que impiden intervenciones adecuadas al problema... varios factores que accionan en su origen: culturales, sociales, económicos, políticos, jurídicos e ideológicos, que difieren según los diferentes casos”*.²⁰

Una primera conclusión:

*“Cada una de nosotras o cada uno de nosotros, en tanto seres humanos sociales, llevamos auestas nuestros supuestos básicos que, además de determinar actitudes de vida, impregnan nuestras posturas profesionales.....se incluye la conceptualización que hacemos respecto a problemáticas específicas tales como la pobreza, la infancia, la mujer, el hombre, la sexualidad, la violencia, la ley, etc”*²¹

Es posible y necesario reelaborar críticamente algunos conceptos aprendidos y otros contruidos culturalmente, a los que adscribimos acríticamente, permitirnos deconstruir e incorporar saberes para abordar problemáticas sociales como la enunciada en esta unidad y de este modo aportar al cuidado de la salud y a la prevención de daños severos de niñas, niños y mujeres, reafirmando el derecho a la vida y a la salud como un derecho de todos y todas.

20. Lic. Sandra Rochel
Cabo, 2005

21. Paggi,
Patricia-“Las
instituciones de salud
y el problema de la
violencia conyugal”-
Psicología, Psiquiatría, y
Psicoterapia-Ed Paidós,
n° 140-Buenos Aires,
1995

Unidad 2

Los derechos sexuales
y reproductivos

Autoras. María Silvina Gygli - Diana Pierina Juárez

1. Introducción

En esta Unidad haremos foco en otras modalidades específicas de violencia contra las mujeres relacionadas con el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad y la libertad reproductiva.

Los *derechos sexuales y reproductivos* comprenden los derechos humanos referidos a la sexualidad y a la posibilidad de elegir libremente el momento de tener hijos/as. Representan uno de los pilares fundamentales para la construcción de ciudadanía ya que se considera que si alguno -o ambos- derechos están vulnerados, disminuye la posibilidad de las mujeres de ejercerla.

Los derechos sexuales -como parte de los derechos humanos básicos- se refieren al control autónomo y responsable sobre la propia sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, enfermedad, dolencia o discriminación; y requieren que las personas estén protegidas tanto de enfermedades y dolencias, como de prejuicios y discriminación debido al ejercicio de su sexualidad.

El ejercicio de estos derechos implica que tanto varones como mujeres tomemos decisiones en libertad sobre nuestros cuerpos y sobre nuestra propia vida en lo que respecta a la sexualidad y a la maternidad/paternidad.

2. Un arduo camino de construcción social y política

Avanzar hacia el reconocimiento de los *derechos sexuales y reproductivos* de la población se ha mostrado como una tarea ardua, que requiere de una buena dosis de reflexión para revisar aquellas inequidades en materia de género que la sociedad en que vivimos ha naturalizado a lo largo de años de formación, y cuya deconstrucción no resulta una labor fácil.

ACTIVIDAD



Para tratar de encontrarnos con nuestros propios prejuicios, les proponemos revisar algunos dichos, refranes y proverbios populares¹.

1- A juicio de Uds, ¿Qué ideas acerca de las mujeres subyacen a las siguientes afirmaciones?:

“Las cinco peores flaquezas que aquejan a las mujeres son la indocilidad, el descontento, la calumnia, los celos y la estupidez.

1. De Shua (1998), autora argentina que realizó un análisis de diferentes culturas y sociedades a lo largo del tiempo para ilustrar los saberes populares acerca de la condición femenina y las características de las mujeres, Citada por Bringiotti, M.I en “La escuela ante los niños maltratados”, Paidós, Buenos Aires, 2000

*De ahí procede la inferioridad de las mujeres con respecto a los hombres”
(Manual del Matrimonio Tradicional Japonés, siglo XV)*

.....

.....

.....

*“La mujer fue la causa
de la perdición primera;
no hay perdición en el mundo
que por mujeres no venga” (copla popular hispanoamericana)*

*“La yarará y la mujer
tienen la misma intención:
la yarará da la muerte
y la mujer da traición” (copla popular argentina)*

.....

.....

.....

2- ¿Qué ideas o comportamientos les parece que promueven y/o habilitan las frases siguientes?:

*“Una mujer, un asno y un nogal, dan más fruto cuando más se les pega”
(proverbio inglés)*

*“Dale una paliza a tu mujer de vez en cuando, tú no sabes porqué, pero ella sí”
(proverbio árabe)*

“Golpea a tu mujer con un martillo y encontrarás oro” (proverbio ruso)

.....

.....

.....

Estos mitos, creencias y prejuicios nos muestran claramente algunas de las características construidas social y culturalmente acerca de las mujeres.

Muchos de estos dichos y proverbios populares se repiten en forma *graciosa* y aparentemente *inofensiva* pero, en realidad, cumplen la función de mostrar como evidentes e instalados ciertos juicios, otorgándoles valor de verdad y, por lo tanto, los *naturalizan*.

Todas y todos somos partícipes de esta naturalización, que sólo logra desarmarse reflexionando sobre las *afirmaciones* y *juicios* acerca de las mujeres que hacen referencia a sus deseos, sus capacidades, sus modos de comportarse, su inteligencia y su capacidad de trabajo. La idea es que es posible *desarmar* estos argumentos que surgen de nuestros pensamientos y afirmaciones que ponen a las mujeres en un

lugar discriminado respecto de los varones y dominado respecto de las decisiones acerca de su propio cuerpo y su propia vida.

Estos efectos de discurso atacan directamente la condición femenina, legitiman su subordinación y justifican diferentes mecanismos de discriminación, el castigo físico sobre ellas, junto con el dominio y la toma de decisiones de los varones, por encima de la voluntad de las mujeres.

ACTIVIDAD

A continuación, les proponemos que revisen sus propias miradas individuales y como equipo de salud con su facilitador/ra, acerca de las mujeres y, también, que revisen las miradas y juicios que encuentran en la comunidad a la que atienden.

1- Traten de recordar si Uds. utilizan dichos, chistes, refranes populares o frases, en las que puedan reconocer prejuicios que tiendan a menoscabar el lugar de las mujeres, sus deseos, sus motivaciones, sus capacidades u otras características y que -en algún sentido- legitiman o naturalizan la inferioridad de las mujeres y/o justifican las violencias de los varones hacia ellas. Analicen la propuesta anterior en relación a las siguientes situaciones:

* Cuando se refieren a las mujeres.

.....

.....

.....

* Cuando se refieren a la relación entre varones y mujeres.

.....

.....

.....

* Cuando se refieren a los motivos de consulta de las mujeres en el centro de salud (por anticoncepción, para la realización de un PAP o por cualquier otro motivo).

.....

.....

.....

1- A través de las visitas domiciliarias, reuniones barriales, y cualquier otra forma de trabajo con la comunidad:



- ¿Pueden recordar y mencionar si en los relatos de las personas encuentran dichos, argumentos y justificaciones basados en la inferiorización del lugar de la mujer dentro y/o fuera de la familia, que den cuenta de prejuicios como los que venimos indagando?
- ¿Podrían mencionarlos y listarlos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2- Una vez compartida grupalmente esta información, les sugerimos pensar en conjunto cuáles serían los posibles modos de trabajar en la reconsideración de tales ideas dentro del equipo de salud y con la comunidad.

.....

.....

.....

3. El reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Desde los años 70, los movimientos feministas sostenían que las mujeres tenían derecho a *“controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres”*², pero es en la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud* (Alma Ata, 1978), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce por primera vez la importancia de promover la planificación familiar y de incorporar un enfoque más amplio sobre *la salud materno infantil, la adolescencia, el aborto, los embarazos no deseados, la prevención del cáncer genito mamario, las infecciones del tracto genital*, entre otros.

Sin embargo, será recién en la *IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la mujer* (Beijing, 1995), que se supera la división entre sexualidad y reproducción y se refuerza la idea del cuidado de *la salud de las mujeres*, más allá de su condición de madres, prestando especial atención a los *derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia*. (Gogna y otros, 1998; Zurutuza, 1997).

2. Maoño y Vazquez,-
Derechos sexuales y
reproductivos- 1995

En la citada conferencia –así como en su antecedente en El Cairo un año antes-, se redefinen los derechos sexuales como “los derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia”, y los derechos reproductivos como “el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, para la decisión libre y sin coerciones, ni violencia ni discriminación así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”³.

En la IV Conferencia se planteó la necesidad de analizar la atención de las mujeres a la luz del concepto de género, reconociendo que todas las relaciones entre los varones y las mujeres deberían ser reevaluadas, para potenciar el rol de las mujeres como participantes en pie de igualdad con el hombre en todos los aspectos de la vida.⁴

Así como hay una evolución en el desarrollo del concepto de derechos sexuales y reproductivos, la lucha por la *equidad de género* ha pasado por varias etapas, en las cuales se han ido sumando reflexiones, miradas y contribuciones conceptuales que permitieron potenciar y acompañar un camino hacia la participación plena en todos los niveles de la actividad humana.

Así, los *derechos de las mujeres* lograron incorporarse al conjunto de los derechos humanos esenciales y la equidad de género llegó a plantearse como una cuestión de interés universal y de beneficio para todos/as. Así también, fue reconocido el papel fundamental de las mujeres en los procesos sociales, económicos y políticos, y llegó a promoverse su participación igualitaria en el acceso a la gestión de los ámbitos económicos y de poder.⁵

En nuestro país, desde el retorno a la democracia a partir de 1983, paulatina pero sistemáticamente, los temas sexuales y reproductivos ocuparon un lugar en la agenda pública y política.⁶ En ese momento y dentro de ese marco, el *Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación* propone ciertos lineamientos para llevar adelante actividades destinadas a la educación, control y asistencia en materia de anticoncepción, pero esta iniciativa no resulta tan fácil de instrumentar, y demora en obtener el impacto esperado a nivel del diseño e implementación de políticas concretas de salud.⁷

Mientras se instala el debate, se crean a lo largo y a lo ancho del país a nivel provincial y municipal diversos programas que intentan resolver la problemática del acceso a la anticoncepción de la población de mujeres en edad fértil, con grados variables de implementación, y promoviendo a su paso muchos debates, necesarios para instalar el problema a nivel de las decisiones nacionales.

Hasta el comienzo del nuevo siglo, se presentan en el Parlamento varios proyectos de ley sobre Salud Reproductiva que no llegan a sancionarse a nivel nacional. Los principales cuestionamientos hacían referencia en ese entonces a la indicación de ciertos métodos anticonceptivos (MAC), a la autorización del uso de los mismos en la adolescencia y a la objeción de conciencia.

3. Conferencia sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994, y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

4 y 5. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la Plataforma de acción de Beijing, 2000. www.un.org/spanish/conferences/Beijing/mujer2021.htm

6. Un antecedente de este capítulo fue desarrollado por el Cedes en 2003. Véase CELS. 2003. “La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos”, Informe 2002-2003 DD.HH.ARG.02+03. Buenos Aires: CELS- Siglo XXI.

7. Gogna, M., Llovet, J., Ramos, S., Romero, M. “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social”, Ed. Norma, Bs. As., 1998.

Si bien se derogan algunas normas coercitivas -lo que implicó un progreso desde la perspectiva de los derechos humanos-, ningún gobierno pudo concretar hasta el 2003 una norma a nivel nacional (Novick, S., 1992; Gogna, M. y Ramos, S, 1996). Finalmente, en el año 2003 se sanciona la *Ley de Salud Sexual y Reproductiva*.⁸

Lograr la sanción de la ley en un tema controvertido como éste, tiene y tuvo un efecto simbólico legitimador. Una vez incluidas estas prácticas en el *Nomenclador Nacional de Prácticas Médicas y en el Nomenclador Farmacológico*, los derechos comienzan a hacerse realidad, dado que las *Obras Sociales y Prepagas* se ven obligadas a incluirlas dentro de sus prestaciones.

3.1. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

En octubre de 2002, el Congreso Nacional Argentino logró aprobar la *Ley N° 25.673* que estableció la creación del *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* (PNSSyPR), a la que luego se adhirieron la mayoría de las provincias.⁹ Esta Ley “(...) propone garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a los métodos anticonceptivos; a la atención ginecológica y del pre-parto, parto y post-parto; a la información y tratamiento del cáncer genito mamario”. A partir de la misma, los médicos pueden prescribir métodos anticonceptivos reversibles, transitorios y no abortivos. Garantiza el derecho a la toma de decisiones autónomas, presentando una opción y no una obligación.

Los considerandos de la ley 25.673 que luego dan origen a la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, plantean el respeto a los derechos definidos en los Tratados Internacionales, así como “(...) la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales(...)”¹⁰; también, la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación reconocen que en grupos en situación de alta vulnerabilidad social existe el problema de la escasa información sobre la utilización de métodos anticonceptivos, mientras que en otros casos lo que se dificulta es el acceso a los mismos.¹¹

Así, la ley, en sus considerandos, plantea la necesidad de abordar problemas sanitarios prevalentes tales como la morbi mortalidad materna debida a embarazos no aceptados, a patologías genital y mamaria, a abortos, a contagios por infecciones de transmisión sexual, entre otros graves problemas de salud.

En función de estos fundamentos, quedan establecidos los objetivos del PNSSyPR en la Ley, en su Artículo 2 del siguiente modo:

- a. Alcanzar para la población el más alto nivel de salud sexual y procreación responsable con el fin de que la misma pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- b. Disminuir la morbi mortalidad materno-infantil.

8. Ley Nacional 25673/2003.

9. Ley nacional 25.673/2003, Art II.

10. Constitución Nacional. Art. 75 inciso 23

11. La Ley N° 25.673 y su reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del CODIGO CIVIL, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14) años y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

- c. Prevenir embarazos no deseados.
- d. Promover la salud sexual de los adolescentes.
- e. Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de V.I.H./SIDA y patologías genital y mamaria.
- f. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- g. Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que fue acompañado de un arduo debate, se puso en vigencia a partir de marzo de 2003 y *“El Programa tiene como propósito promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual. Esto implica un pensamiento colectivo que nos permita construir acciones transformadoras de la realidad, mejorando el acceso a los servicios de salud sexual”*.¹²

Contar con una *Ley nacional* y con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es un innegable y significativo avance para el ejercicio real de los derechos sexuales, a través de la definición de políticas públicas y medidas de acción positiva para su concreción.

3.2. De las normas a los hechos

El contexto normativo que establece la *Ley* y la creación del *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* requiere analizar algunos modos y condiciones de producción culturales, sociales e institucionales que condicionan su desarrollo.

Una de las perspectivas que es necesario tener en cuenta es que *los cambios reseñados, por sí mismos, no han logrado modificar las valoraciones y los prejuicios de las visiones conservadoras predominantes, que circunscriben el ejercicio de la sexualidad al matrimonio heterosexual y al mandato reproductivo como base de la familia*¹³. Por otra parte, también es importante considerar los posicionamientos de los servicios de salud respecto a la salud sexual de las mujeres. Podemos, al menos, mencionar la *marca* que significan ciertos *abordajes* dentro del ámbito de la salud

Al incorporarse la reproducción humana al conjunto de prácticas profesionales, los médicos y médicas se convierten en actores relevantes de las mismas, articulando dichas prácticas alrededor de una concepción de salud que mayoritariamente prioriza el enfoque asistencial/curativo más que el preventivo y de promoción de la salud, dentro de un sistema de prácticas que privilegia el rol reproductivo de las mujeres, tal como sostienen las representaciones sociales de género. Cabe aclarar que la incorporación de otras disciplinas al PSSyPR ha mejorado la accesibilidad de las mujeres a la atención de su salud sexual y reproductiva como así también se optimiza la implementación y la reflexión sobre los lineamientos del mismo.

12. <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/progrma.php>

13. Petrachi, M. (Coordinadora), Pecheny, Mario: "Argentina, derechos humanos y sexualidad, 1ffi.edición, Buenos Aires, CEDES, 2007.

De esta manera, existiendo la Ley y el PNSSyPR aún es necesario construir colectivamente el reconocimiento y defensa del derecho a la salud de las mujeres, y que el cuidado de la misma no aparezca como una reproducción del *modelo patriarcal*, en el que las mujeres no acceden al derecho a decidir sobre el ejercicio de su sexualidad con libertad y autonomía.



ACTIVIDAD

A- Los invitamos a revisar un aspecto del trabajo cotidiano como equipo de salud, en la reunión semanal con el/la facilitador/ra:

Para esto, les sugerimos:

1- Realizar un relevamiento de las consultas que realiza la población femenina que acude al Centro de Salud a través de los registros - historias clínicas/ fichas/ planilla diaria de atención- de los dos últimos meses:

- ¿Por qué o para qué consultaron? (motivos de consulta principales y diagnósticos)

.....

.....

.....

- ¿Cuáles son las edades de las mujeres que consultan?

.....

.....

.....

- ¿Qué indicaciones y acciones realizó y registró el/la integrante del equipo que realizó la atención? Por favor, agrúpenlas.

.....

.....

.....

2- Una vez realizada esta primera indagación,

- ¿Por qué piensan que hay mujeres del área programática que no consultan en el centro de salud por su salud sexual?

.....

.....

.....

- ¿Qué acciones podrían realizar para convocar a las mujeres que no consultan?

.....

.....

.....

3- Y los varones, ¿Concurren al centro de salud a consultar acerca de su salud sexual y reproductiva?

¿Qué los motiva a consultar?

.....

.....

.....

B- En base al relevamiento realizado en su comunidad en la actividad anterior, al conocimiento que ahora ustedes tienen del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y teniendo en cuenta los recursos disponibles en su Centro de salud, les proponemos que establezcan:

1- ¿Cuáles son los problemas de salud sexual y reproductiva prevalentes en su comunidad? Realicen una síntesis, listándolos, haciendo una correlación por grupos de edad, género y estableciendo prioridades según prevalencia.

.....

.....

.....

2- Definan dentro del equipo, con el acompañamiento del/ la facilitador/ra, posibles acciones de Promoción, Prevención y Atención, teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

4. Violencia y Sexualidad

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, se fueron consolidando diferentes movimientos que permitieron pensar a las mujeres como *sujetos sociales con pleno derecho*. Su inserción en el mercado laboral, la práctica política de movimientos feministas y los diferentes estudios de mujeres académicas fueron visibilizando la discriminación social de las mujeres, desnaturalizando las prácticas que la

sostienen, desnudando y denunciando las múltiples violencias físicas y simbólicas ejercidas sobre las mujeres.

La relación entre violencia y sexualidad nos remonta a la infancia ya que hay familias que, con una estructura jerárquica, vertical y autoritaria, favorecen futuras relaciones de obediencia y sometimiento. Dichas familias, ponen énfasis únicamente en los deberes y no en los derechos de los niños y niñas que las integran, anulando su percepción sobre las propias capacidades y, por lo tanto, disminuyendo su autoestima. La obediencia sin estímulo reflexivo impide el juicio crítico y favorece la creencia respecto a que la violencia es un método válido para imponer los propios criterios.

“Es en el seno de estas familias que se facilita el abuso de poder entre género y generaciones: el varón masculino será sinónimo de fortaleza, racionalidad, actividad, agresividad, independencia, dotado de una virilidad que lo hará dueño de un ‘impulso sexual irrefrenable’”.

“La mujer femenina será sinónimo de espiritualidad, intuición, pasividad, sumisión, dependencia, y estará dotada de una afectividad desexualizada. En medio de estos estereotipos, danza el amor romántico, uno de los principales nutrientes de la educación de niñas y adolescentes donde la entrega total y la postergación de sí misma hace que todo se justifique y se perdone en nombre del amor.”¹⁴

‘El porque te quiero te aporreo’, se empieza a aprender en la relación parental, el ‘por tu propio bien’ va distorsionando el sentido del vínculo afectivo, “mejor que llores vos hoy, que yo mañana”, nos entrena en la obediencia sin crítica, anula la percepción del sí mismo, disminuye la autoestima...¹⁵

Por ello, las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en aquellas sociedades en las que existen importantes desigualdades entre varones y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del varón a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos y la libre elección de la mujer y sanciones blandas o inexistentes para estos comportamientos. Estos factores pueden determinar que sea poco habitual para una mujer abandonar una relación en la que sufre maltrato, ya que se encuentra naturalizada y legitimada socialmente

Como vimos en la unidad anterior, las diferencias entre los géneros dentro del modelo social patriarcal establecen relaciones de asimetría entre varones y mujeres, de dominación y desigualdad en función del sexo de cada persona y representan una estructura ideológica que naturaliza el sometimiento de las mujeres a los varones. Esto da lugar a ideas de derecho al dominio y la propiedad de la persona y del cuerpo de las mujeres, por parte de los varones como “legítimos propietarios”. Así, el sistema sexo-género es el origen y soporte de la violencia sobre las mujeres.

En la historia social del último siglo, para otorgar visibilidad a esta discriminación y este maltrato, han sido fundamentales la acción y los aportes de los movimientos de mujeres y organismos de derechos humanos y de todos aquellos que han luchado -y

¹⁴ y ¹⁵. Pauluzzi, Liliana: “Demoler los mitos del amor romántico y la mujer-madre” Casa de la mujer, Rosario, Argentina-2000.

hoy todavía luchan- para lograr la inclusión de las mujeres a una ciudadanía plena.

Desde este contexto se entiende que *“el ejercicio de un derecho no es sólo una decisión individual aislada, sino que existen ciertos factores que lo condicionan tales como la situación socioeconómica, las legitimaciones sociales, culturales e institucionales acerca de la reproducción y la sexualidad, y las formas legales y jurídicas relativas a estos temas”*¹⁶.

Desde este enfoque, la perspectiva de género ha sido central para redimensionar las opiniones, actitudes y comportamientos de los distintos actores sociales e instituciones, equipos de salud y comunidades, en el cuidado y atención de la salud de las mujeres y las decisiones sobre su propio cuerpo.

4.1. La importancia de la Educación Sexual

A partir de la Ley de Educación Sexual Integral (Ley Nacional 26.150/06), la mayoría de los educadores y educadoras, padres y madres, junto al personal de salud, acuerdan sobre la importancia de impartir educación sexual a los alumnos y alumnas en las escuelas. Pero, también, se reconoce la dificultad para abordar la temática: dudas sobre qué decir, temores de cómo decirlo...Dudas y temores...Quizás sean los temores que aparecen frente a la vivencia de nuestra propia sexualidad. De acuerdo a la OMS (2006), entendemos la sexualidad como: *“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (...) puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre (...) está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales históricos, religiosos y espirituales”*¹⁷.

Sin embargo, no se trata de que no existiera antes la educación sexual, sino que la que siempre ha existido remitía a una educación regida por prohibiciones, silencios y ocultamientos. La sexualidad se trató como un tema secreto e identificándola como *peligrosa* o *sucia*, en tanto era utilizada como herramienta de dominación de cuerpos y mentes.

Por ello, cuando se habla de la necesidad de una educación sexual para prevenir la violencia, es necesario como primer paso rever críticamente los mitos y los estereotipos culturales en los que hemos sido educados. Reflexionar acerca de cómo se concibe la sexualidad como inherente a la vida de mujeres y varones en un contexto determinado. Pensar en modelos alternativos democráticos, que permitan legitimar los derechos sexuales y reproductivos.

Abordar la temática de la sexualidad, entonces, necesariamente va a desnudar las relaciones de poder entre varones y mujeres, clases y etnias, padres, madres, hijos e hijas, educadores y alumnado, gobernantes y ciudadanos/as. Por ello, es una tarea compleja en la que no se puede recurrir a una teoría y repetirla como una receta, sino, por el contrario, debemos desaprender lo “aprendido”, alejar a la sexualidad

16. Durand, T. Gutierrez, M. A. *“Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos”* 1998. bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/gutierrez.rtf

17. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2006; Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS

como ligada únicamente a la genitalidad para que la educación sexual aporte a una sexualidad real, posible y plena de derechos para todas y todos.

La revisión de mitos y los estereotipos culturales en los que hemos sido educados, a los que empuja la educación sexual, son también la puerta a la prevención de toda forma de discriminación y violencia contra las mujeres, ya que permite reflexionar acerca de modelos alternativos, democráticos, que legitimen los derechos sexuales y reproductivos y, por lo tanto, colaboran para repudiar todo hecho violento.

Deconstruir los mitos del *amor romántico* y de la identidad entre *mujer y madre* son, apenas algunos de los temas claves en un programa de educación sexual y prevención de la violencia, que es necesariamente sinónimo de *prevención en salud*.

A modo de cierre

La lucha concreta por la igualdad entre géneros ha pasado por varias etapas y transformaciones: desde no considerar a la mujer, considerarla exclusivamente en su función reproductiva, pasando por su rol productivo teniendo en cuenta sus necesidades de desarrollo, hasta llegar a reconocer sus contribuciones esenciales al desarrollo social, promoviendo su derecho a la participación plena en todos los niveles de la actividad humana y sujeta de todos los derechos humanos.

En esta unidad realizamos un breve recorrido por el dificultoso camino que implicó el reconocimiento de los derechos *sexuales y reproductivos*, la búsqueda de equidad entre géneros, así como con el alcance y vigencia de todos los *derechos humanos*.

Tanto los varones como las mujeres debemos cuidarnos, desandar el camino de falsas afirmaciones que perpetúan las asimetrías entre los géneros. Desde el equipo de salud comunitario debemos aportar a la democratización de las relaciones tanto en el espacio privado como en el público.

“Es necesario extender las conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos a todos los sectores sociales que habitan las diferentes regiones, territorios y barrios. Estos derechos en nuestra vida cotidiana implican: acceder a información basada en el conocimiento científico, acceder a atención de calidad con buen trato y continuidad, acceder gratis a métodos anticonceptivos y preservativos. Para esto, también es necesario generar las condiciones para el ejercicio de estos derechos.”¹⁸

18. www.msal.gov.ar/
PNSSyPR

Unidad 5

Las Cifras del Problema

Autora. Lic. María Eugenia Bagnasco

En esta unidad, analizaremos algunas de las cifras publicadas sobre violencia de género. Para ello, en primer lugar, recurrimos a un documento¹ publicado en el 2010 por la División de Asuntos de Género de la CEPAL que muestra los resultados de una investigación sobre la información actualmente disponible para construir indicadores de violencia, en particular en América Latina y el Caribe. Luego, continuaremos con las cifras disponibles a nivel nacional producto de relevamientos realizados por organizaciones de la sociedad civil.

Antes de comenzar a recorrer los principales ejes de debate del documento de la CEPAL, pasaremos revista a algunos antecedentes del estudio, donde queda plasmada la preocupación regional por registrar de manera confiable la violencia de género, a fin de contribuir al mejoramiento de las políticas públicas en relación a la problemática. En el *Informe de la Reunión Internacional sobre Estadísticas e Indicadores de Género para medir la incidencia y evolución de la Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe*² se publica la discusión sobre la calidad de los registros existentes, tanto en lo referido a la información proveniente de encuestas como la que resulta de registros de índole más administrativa, todo ello en función de la posibilidad de construir indicadores confiables. Esta discusión se dio en el marco de un documento de trabajo titulado “*Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución*”³.

Dicho documento de trabajo fue fruto de los aportes realizados durante la reunión, para lograr medir la magnitud y las principales características de la violencia contra la mujer en relación de pareja. A pesar de que se circunscribió sólo al ámbito de la pareja, se ha destacado especialmente que, el hecho que la propuesta utilizase este tipo de violencia (...) como punto de partida de los esfuerzos de medición, permitía identificar los principales obstáculos en la recolección de la información a nivel nacional y sintetizar la complejidad del problema en un conjunto mínimo de indicadores válidos, susceptibles de ser calculados con periodicidad y que tomen en cuenta la capacidad real de los productores de estadísticas a nivel nacional.”⁴

La información que presentamos a continuación, proviene de un cuadro⁵ donde se presentan algunos hallazgos provenientes de encuestas realizadas y analizadas en distintos países de la región. Invitamos a que la lean detenidamente y, en especial, el último punto que plantea el estudio de Uruguay en relación a los servicios de salud:

ENCUESTAS REVISADAS

México, 1999: La Encuesta Nacional sobre violencia Intrafamiliar encontró que 88.4% de las entrevistadas y los entrevistados piensan que la violencia es un asunto privado (INEGI, 1999).

Chile, 2001: La violencia psicológica se mantiene con una prevalencia semejante en los diferentes tramos de edad (15 – 29; 30 – 39; 40 - 49); mientras que la violencia física en la historia de pareja, se da con mayor frecuencia en las mujeres del tramo de edad 40 – 49, si se las compara con las más jóvenes. Respecto a la violencia en el noviazgo, la investigación señala que la prevalencia de la violencia psicológica es de 11,4%, y la física o sexual de un 9,7% (Ferrer, 2001).

1. Lorena Fries y Victoria Hurtado: Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Serie Mujer y Desarrollo 99. CEPAL 2010. División Asuntos de Género. Santiago de Chile. Marzo 2010.

2. Celebrada en La Paz, Bolivia, del 21 al 23 de noviembre de 2001. NACIONES UNIDAS COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Publicación del informe en junio de 2002.

3. “Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución” Autores Varios. Publicado en Serie Mujer y Desarrollo 40. Santiago de Chile. Junio 2002.

4. Informe de la Reunión Internacional sobre Estadísticas e Indicadores de Género para medir la incidencia y evolución de la Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe. CEPAL – Bolivia, 2001.

5. “Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución” Autores Varios. Publicado en Serie Mujer y Desarrollo 40. CEPAL, Santiago de Chile. Junio 2002

Nicaragua, 1996: El 31% de las mujeres maltratadas reportaron haber recibido agresiones físicas durante su embarazo. De éstas, la tercera parte indicó que la violencia fue más fuerte en este período, mientras que el 40% dijo que se mantenía en igual intensidad que en otros momentos de su vida. La mitad de ellas recibieron golpes dirigidos al vientre durante su embarazo (Ellsberg y al., 1996).

Nicaragua, 1996: El 80% de las mujeres maltratadas indicaron que nunca habían buscado ningún tipo de ayuda para su situación. Apenas el 14% de las mujeres habían denunciado el abuso en la policía y menos de 6% había visitado un centro de salud o casa de la mujer (Ellsberg y al., 1996).

Perú, 2000: De la totalidad de mujeres que han sido maltratadas o golpeadas (46%), menos de la mitad de ellas (42%) pidieron ayuda a una persona cercana y tan solo una de cada cinco acudió a una institución en búsqueda de ayuda (19%) (INEI, 2000).

Colombia, 1995: Del total de mujeres golpeadas por su cónyuge, 27% ha denunciado el hecho ante las autoridades. Las razones que dan las mujeres para no denunciar son: cree que ella puede solucionar el problema sin ayuda de nadie (31%), tiene miedo a las represalias (22%), piensa que el marido va a cambiar (17%). Otras razones son miedo a la soledad (5%), no le prestan atención (5%), no considera que el problema fuera tan grave para denunciarlo (4%). Tan solo 4.4% no sabía que era delito y 3% dice que en su pueblo no había ninguna autoridad para quejarse (Profamilia, 1995).

Chile, 2001: A medida que aumenta el nivel educacional es mayor el porcentaje de mujeres que han vivido relaciones de pareja sin violencia: la prevalencia de violencia física es de un 40% para las mujeres que tienen enseñanza básica o media incompleta y de un 29% para aquellas que tienen enseñanza media completa o superior (Ferrer, 2001).

Nicaragua, 1996: El 41% de las mujeres que no trabajan en forma remunerada son víctimas de violencia física grave, mientras que sólo el 10 % de las que trabajan fuera de sus casas y perciben ingresos lo son (Ellsberg y al., 1996).

Uruguay, 1997: Un 79% de las mujeres sometidas a maltrato físico fueron víctimas de maltrato infantil o lo presenciaron en sus familias. Entre las mujeres que no sufrieron violencia, sólo el 37% reportó un historial de violencia familiar (Traverso, 2000).

Bolivia, 1997: Se identifica una correlación entre haber sido testigo de violencia doméstica en la infancia, el vivir en actual situación de violencia y el hacer testigos a sus hijos /as, lo cual estaría implicando la construcción de un círculo vicioso de socialización para la reproducción de estilos de vida violentos (Biehl, s.f.).

En Nicaragua, el 50% de los esposos violentos iniciaron el abuso durante los primeros dos años, mientras que el 80% comenzaron en los primeros cuatro años (Biehl, s.f.).

En Uruguay se observó que el 46% de casos de mujeres maltratadas comenzaron sus episodios entre el primer y el tercer año de matrimonio (Biehl, s.f.).

Chile, 2001: La violencia en la pareja está presente en todos los estratos socioeconómicos: la ha sufrido el 39% de las mujeres del estrato alto y medio alto, en el estrato medio el 45% y en el estrato bajo-muy bajo el 59% (Ferrer, 2001).

Chile, 2001: Un 42% de las mujeres que viven violencia física, reconoce haber quedado con algún tipo de lesión. Entre las más frecuentes se encuentran rasguños y moretones (88,5%); cortes, pinchazos y mordeduras (33,8%); torceduras y dislocaciones (22%) (Ferrer, 2001).

Uruguay: Además de tener un alto riesgo de sufrir lesiones físicas, la comparación de las víctimas de violencia física severa con las mujeres que no sufren violencia demuestra que

las mujeres agredidas: acudieron tres veces más a los servicios de salud para ser atendidas por un especialista, triplicaron la asistencia a las salas de urgencias, requirieron cinco veces más radiografías y fueron internadas cuatro veces más que las mujeres que no sufren violencia. Cuando se comparan las mujeres que sufren violencia sexual con las que no la experimentan, las primeras recurrieron ocho veces más a los servicios de urgencia del sistema público, necesitaron cuatro veces más radiografías y estuvieron hospitalizadas casi 10 veces más que las no violentadas (Traverso, 2000, citado en Biehl, s.f.).

Pasando ahora al documento de la División de Asuntos de Género de la CEPAL, formulado en 2010 y mencionado anteriormente, destacaremos el planteo principal del estudio, que apunta a mostrar que tanto las opciones políticas como las jurídicas marcan justamente las tendencias respecto del tratamiento de la violencia y su registro -en lo atinente a la definición de los objetivos, instrumentos y características de los sistemas de registro estadísticos y administrativos- posibilitando la configuración de un mapa estadístico de la violencia de género. Nos dice el documento:

*“A pesar de que sus expresiones varían de acuerdo a los contextos culturales en que esta se ejerce, su práctica es universal y su impacto, aunque devastador para todas sus víctimas, se exacerba ante situaciones de pobreza y exclusión, y en situaciones de conflicto armado. El lugar social que ocupan las mujeres en nuestras sociedades y en particular el de aquellas que hacen parte de aquellos grupos más vulnerabilizados como las **migrantes, indígenas, niñas y adolescentes**, entre otras, constituyen factores que afectan de manera dramática las condiciones de vida de la población femenina y sus posibilidades futuras de desarrollo personal y colectivo.*

(...)¿Por qué a pesar de los esfuerzos realizados el problema persiste? ¿Se trata de la escasez de marcos jurídicos y de políticas públicas o de las dificultades en el diseño e implementación de las mismas? ¿Se trata de un problema de enfoque conceptual o de una imposibilidad de insertar la violencia contra las mujeres en agendas más amplias? O, ¿Será que las antiguas modalidades de gestión no permiten la transversalización de las políticas públicas en esta materia? (...)

“Uno de los aspectos más urgentes y deficitarios a la luz de los resultados de hoy en materia de disminución -si no erradicación- de la violencia contra las mujeres es que no es posible medir el impacto de las medidas adoptadas, en tanto no existen, salvo excepciones, sistemas de registros unificados que permitirían orientar la respuesta estatal al conocer la magnitud del problema. Es reciente el esfuerzo por uniformar criterios para la recolección de información pero aún es insuficiente para dar por cumplida la obligación jurídica que han contraído los Estados en materia de generación de información.”⁶

6. Extraído del Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL 2010. División Asuntos de Género. Santiago de Chile. Marzo 2010



ACTIVIDAD

a- Lean el segundo párrafo que seleccionamos del documento de la CEPAL en el que se plantean interrogantes muy interesantes y sobre los cuales seguramente cada uno/a de ustedes alguna vez ha reflexionado.

b- Realicen una reflexión grupal sobre las preguntas anteriormente planteadas, compártanla con su facilitador/ra y jerarquicen los obstáculos para avanzar en la resolución de este problema social. Finalmente, registren los resultados de este debate.

.....

.....

.....

.....

Las autoras del documento manifiestan que la información respecto de la violencia de género -cuando es asumida como parte de las políticas públicas- nos puede mostrar, por un lado, la integración entre marcos y procedimientos jurídicos y administrativos y, por el otro, los grados de coordinación intersectorial entre los diferentes poderes públicos: *“(...) a mayor priorización política y mayor transversalización del problema en la estructura institucional, mayor y mejor información se obtendrá.”*⁷

Cuando la violencia de género no es incorporada a las políticas públicas, la información proveniente de todos aquellos registros existentes será incompleta, lo que sumado a la fragmentación sectorial y jurídica dificulta contar con un sistema único de información confiable: *“El registro único es de alguna manera el producto de una política integral que aún escapa a muchos países de la región.”*⁸

En el cuadro⁹ que sigue a continuación, se muestra por región la cantidad de países que cuentan con información y los que aún no la tienen. En el caso de América Latina y el Caribe puede verse reflejada la preocupación e inclusión de la problemática en las agendas estatales en relación a otras regiones:

7.8 y 9. CEPAL,
estudio citado

INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR REGIÓN (En número de países y porcentajes)				
Región	Disponibilidad de información			
	Con Información		Sin Información	
África	11	20,8	42	79,2
Asia	18	40,0	27	60,0
Europa	29	64,4	16	35,6
América Latina y el Caribe	16	48,5	17	51,5
Norteamérica	1	50,0	1	50,0
Oceanía	2	14,3	12	85,7
Fuente: Información actualizada al 30 de agosto de 2009 extraída de la Base de Datos del Secretario General sobre la violencia contra la mujer.				

Plantea el documento que si la producción de estadísticas es un elemento clave para diseñar políticas públicas que posibiliten al Estado intervenir a partir de información objetiva, debe reconocerse que hubo avances tanto a nivel internacional como en los países de la región: por ejemplo en el caso de Argentina, posee marcos legislativos¹⁰ que incluyen la obligación de establecer bases de datos y sistemas de análisis. Sin embargo, también debemos señalar que en lo referente al tipo de información que se consigna en los registros de la región, nuestro país aún debe seguir avanzando para estar a tono con la tendencia regional.

El ámbito de salud es, en América Latina, el sector que más datos provee y el que analiza la mayor cantidad de información, lo que seguramente coopera con la respuesta estatal frente a la problemática. Le siguen, los ámbitos judicial y de seguridad.¹¹

Esto habla, según las autoras, de una importante permeabilidad del sector salud a los temas de salud de las mujeres y de la existencia de una percepción del problema como prevalente y pertinente al campo sanitario, dados los daños físicos y/o mentales que provoca la violencia contra las mujeres.

Las Cifras Nacionales:

En este apartado les presentaremos las estadísticas disponibles sobre violencia de género.

La violencia sobre las mujeres, como una realidad poco visible y muchas veces negada, es un problema que histórica y sistemáticamente ha sido subregistrado por todos los sectores, y el sistema de salud no escapa a ello.

10. La Ley Nacional N° 26.485 en su artículo 8° establece como organismo competente al Consejo Nacional de la Mujer que regirá el diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones emanadas de la ley. Entre sus facultades, expresadas en el art. 9°, en particular el inciso k, se refiere al diseño e implementación de registros de las situaciones de violencia. Se recomienda la lectura de la ley, en especial el art. 9° incisos k, l, m, n.

11. Aclaran las autoras que: "En el caso de la información en salud, ésta se refiere fundamentalmente al impacto de la violencia y a la respuesta del Estado en términos de atención en salud. Si las estadísticas judiciales y de seguridad refieren a incidencia en materia de violencia, las de salud, en cambio, recogen la frecuencia o prevalencia de la violencia".

Abordar entonces este capítulo, resulta una tarea compleja, ya que en realidad no se dispone por ahora de un registro único desde el sector salud que permita conocer, medir y analizar a lo largo del tiempo, lo que sucede con las mujeres que consultan en el sistema y que -además- esté actualizado. En los registros nacionales de defunción se registran las muertes por violencia, incluidas las causadas por suicidios, sin otra especificación vinculada a la violencia de género.¹²

En general, otros sectores como el sistema de seguridad o el sistema judicial disponen de algunos datos a través de las denuncias que ante esos organismos se efectúan, pero esos registros sólo nos hablan de los casos en que la mujer tuvo el valor de realizar la denuncia, los que no constituyen la mayoría.

Las cifras que vamos a presentarles provienen de una serie de relevamientos de las *muertes de mujeres* realizados por organizaciones de la sociedad civil que fueron publicadas en distintos medios y agencias informativas del país.

Insistimos, sobre los hechos previos de violencia que sufren las mujeres antes de ser asesinadas -violencia psicológica, verbal, lesiones de leves a graves- en el mejor de los casos se dispone de alguna denuncia, para las que no se cuenta aún con dispositivos de intervención-prevención suficientemente eficaces. Si la mujer o alguna otra persona de su entorno no denuncian estos hechos, no hay posibilidad de registrarlos.

Recientemente, en algunas provincias se implementaron números telefónicos donde las mujeres pueden solicitar ayuda o realizar consultas. En estos casos, podemos decir que esto representa un avance respecto de lograr algún tipo de registro de los hechos de violencia que pueden anteceder o no a una muerte.

A continuación, veremos algunos datos del informe elaborado por “La Casa del Encuentro”¹³ que muestra los datos del año 2010, donde podremos observar algunos de los casos de *femicidio*¹⁴ ocurridos a nivel nacional. Los datos abarcan el período del 1º de Enero al 31 de Octubre de 2010¹⁵ y han sido recopilados de las agencias informativas: TELAM y DyN y 120 diarios de distribución nacional y/o provincial, así como del seguimiento de cada caso en los medios. Incluye también los datos sobre *femicidios vinculados*¹⁶.

En el período relevado por la Casa del Encuentro, se registraron en nuestro país **206 Femicidios de mujeres y niñas y 12 Femicidios “Vinculados”** de hombres y niños. Del total de muertes, **26 casos registraron denuncias y/o exposiciones previas por violencia**; 16 femicidas pertenecerían a fuerzas de seguridad.

En esos registros no están contemplados, por la insuficiente información que surge de los medios de comunicación, una gran cantidad de casos. Como podremos observar muy rápidamente, estos casos no incluidos son -en su mayoría- mujeres que consultaron previamente al sistema de salud...

- “(...)Mujeres que ingresaron a los hospitales con evidencia de violencia sexista, pero al fallecer en sus certificados de defunción figura

12. www.deis.gov.ar

13. Asociación Civil La Casa del Encuentro: Página web: www.lacasadelencuentro.org

14. E El termino femicidio es político, es la denuncia del asesinato cometido por un hombre sobre una mujer a quien considera de su propiedad “Area Investigación, Asociacion Civil Casa del Encuentro”.

15. Informe de Investigación del Observatorio de Femicidios en Argentina de la Sociedad Civil Adriana Marisel Zambrano: Femicidios en Argentina 1º de enero al 31 de octubre de 2010

16. Se ha desarrollado el término Femicidio “Vinculado”, definiéndolo como “aquellas acciones intencionadas o colaterales al accionar del femicida.

muerte por paro cardiorrespiratorio u otro causal, invisibilizando la violencia que generó el cuadro traumático,

- *mujeres que permanecen internadas con pronóstico reservado,*
- *mujeres embarazadas que son internadas por hemorragias del 2° y 3° trimestres, o que son internadas y/o mueren por interrupción forzada y clandestina de sus embarazo o sus complicaciones, (se estima que existe una brecha entre los casos publicados y los que suceden en la realidad de la vida de las mujeres)*

Además de estos casos se deben tener en cuenta los informados como muertes por suicidio, en los que se registran situaciones previas de violencia contra las mujeres. Del estudio se desprende, que hubo un incremento del 19 % de asesinatos por violencia de género con respecto al año 2009.

En el cuadro comparativo que mostramos a continuación se puede ver el aumento que hubo del año 2008 al año 2009 y que fue del 11%.

Cuadro Comparativo de la cantidad de casos registrados de los años 2008 / 2009¹⁷

FEMICIDIOS POR MES	AÑO 2008	AÑO 2009
Enero	19	20
Febrero	21	11
Marzo	19	20
Abril	13	16
Mayo	25	16
Junio	15	7
Julio	15	28
Agosto	21	13
Septiembre	16	23
Octubre	16	19
Noviembre	11	29
Diciembre	17	29
Total 2008 y 2009	208	231

En los gráficos y tablas que siguen, podemos también observar algunos datos que son de vital importancia para entender el problema y poder abordarlo como las edades más críticas, el tipo de vínculo con el agresor, los grupos más vulnerables, las provincias donde se registra la mayor cantidad de muertes, entre otros.

17. Cuadro perteneciente al Informe de Investigación del Área de Investigación de la Asociación Civil "La Casa del Encuentro" Femicidios en Argentina 1° de enero al 31 de diciembre de 2009: "A ellas nadie quiso escucharlas". Página web: www.lacasadelencuentro.org

Tabla 1: Femicidios en Argentina - Período del 1° de enero al 31 de octubre de 2010.
Rango por provincia. Elaborado por la Asociación Civil La Casa del Encuentro.

PROVINCIA	N° de Casos	%
Buenos Aires	72	35
Córdoba	19	10
Santa Fe	13	7
Misiones	10	5
Entre Ríos	9	4
CABA	9	4
Salta	9	4
Santiago del Estero	8	4
Corrientes	8	4
Chaco	8	4
Mendoza	5	2
San Luis	5	2
Tucumán	5	2
Formosa	4	2
Catamarca	4	2
Río Negro	4	2
La Pampa	3	1
Jujuy	3	1
Neuquén	2	1
Chubut	2	1
Santa Cruz	2	1
La Rioja 1	1	1
San Juan	1	1
Tierra del Fuego	0	0
Total	206	100

ACTIVIDAD:

A la vista de los datos publicados por “La Casa del Encuentro”, les proponemos que trabajen esta información con el facilitador/ra de su equipo de salud comunitario.

1. Recaben información sobre el total de población femenina de su provincia según Censo de Población 2010.
- 2- Comparen los números absolutos de femicidios que constan en la tabla 1 con el total de población femenina.
- 3- Pueden sumar a la relación de datos, otros números de femicidios locales, o surgidos de las noticias locales o provinciales.

Reflexionen, a partir de esta primera recolección de datos, sobre los siguientes interrogantes:

- ¿Qué relación observan entre los números surgidos de los registros y la población de mujeres de su provincia?

.....

.....

.....

- ¿Por qué suponen que se da esta relación?

.....

.....

.....

- ¿Qué usos y acciones –como equipo de salud- pueden implementar con los registros sobre este grave problema social?

.....

.....

.....



Gráfico 1 y Tabla 2: Femicidios en Argentina (por Regiones) –Período del 1° de enero al 31 de octubre de 2010. Ambos elaborados con datos de la Asociación Civil La Casa del Encuentro.

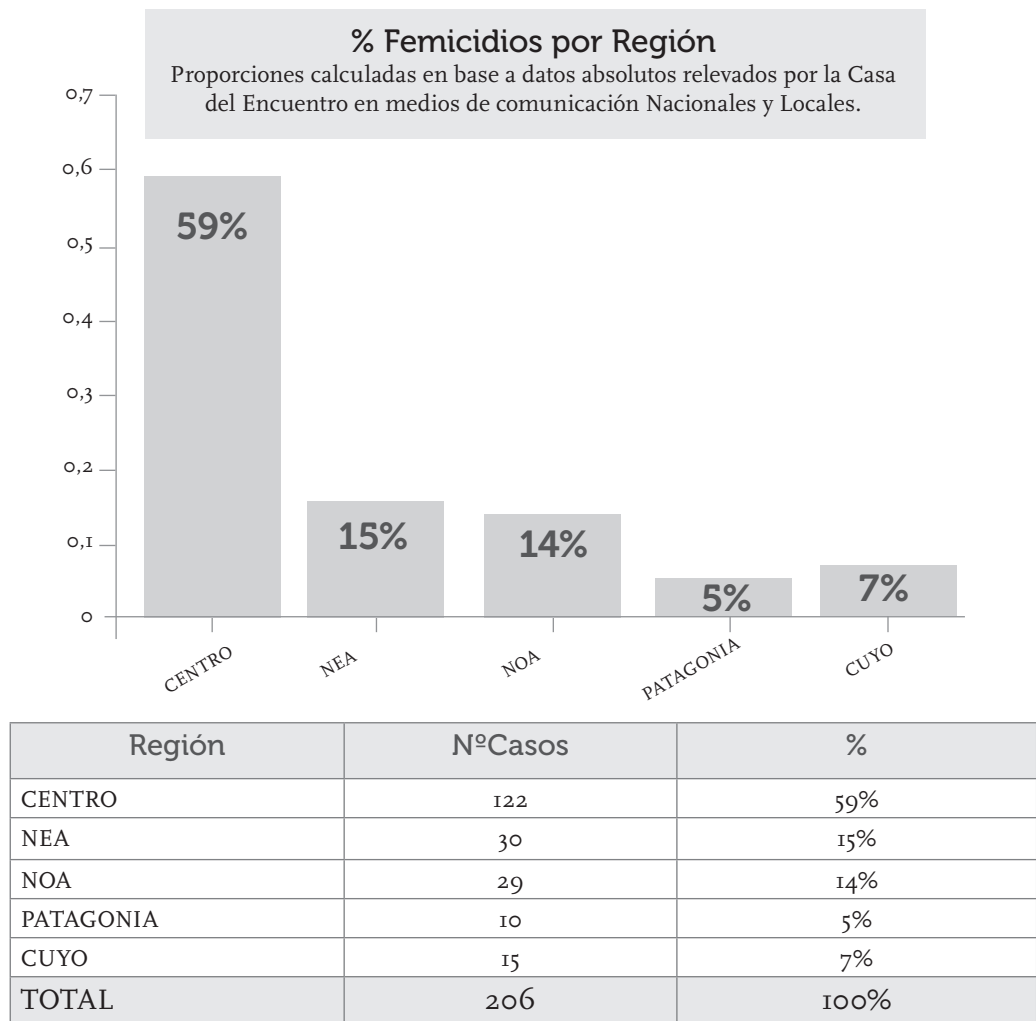
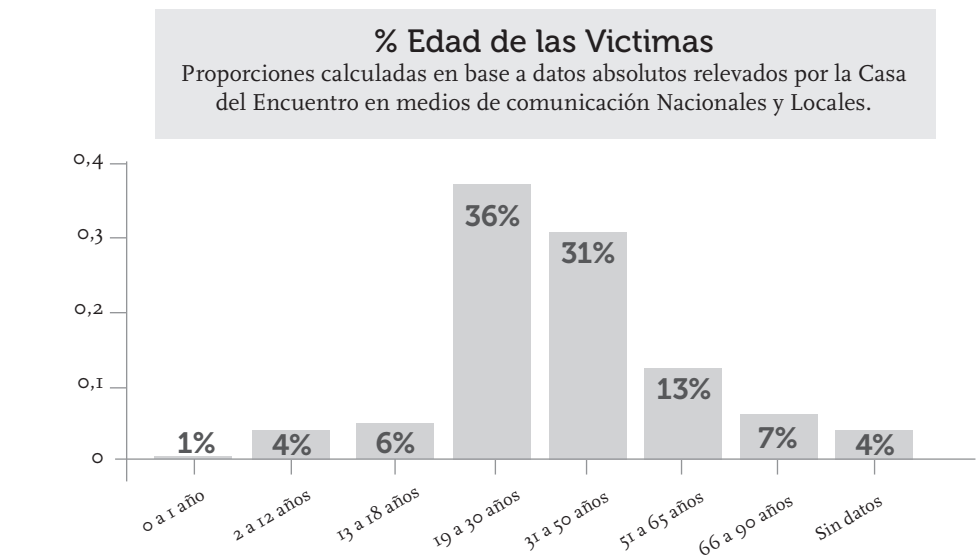
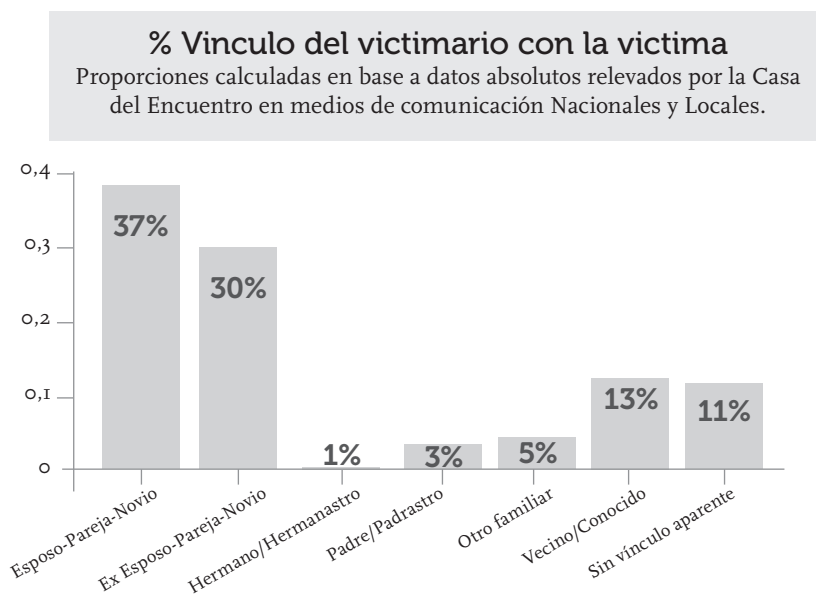


Gráfico 2 y Tabla 3: Femicidios en Argentina – Período del 1º de enero al 31 de octubre de 2010. Rango: edad de la víctima.



Edad de las Víctimas	NºCasos	%
0 a 1 año	2	1%
2 a 12 años	8	4%
13 a 18 años	13	6%
19 a 30 años	74	36%
31 a 50 años	63	31%
51 a 65 años	24	13%
66 a 90 años	14	7%
Si datos	8	4%
TOTAL	206	100%

Gráfico 3 y Tabla 4: Femicidios en Argentina – Período del 1° de enero al 31 de octubre de 2010. Porcentaje detallado por vínculo.



Vínculo del Victimario con la Víctima	NºCasos	%
Esposo-Pareja-Novio	76	37%
Ex Esposo-Pareja-Novio	62	30%
Hermano/ Hermanastro	1	1%
Padre/ Padrastro	6	3%
Otro Familiar	13	5%
Vecino/Conocido	26	13%
Sin vínculo aparente	22	11%
TOTAL	206	100%

Estos datos sólo reflejan lo ocurrido hasta octubre de 2010. A continuación los datos que abarcan todo el año 2010. Finalmente, en el período relevado¹⁸ se registraron **260** Femicidios de mujeres y niñas y **15** Femicidios “Vinculados” de hombres y niños. Esto quiere decir que en los últimos 3 meses del año la cifra aumentó considerablemente.

A partir de estos informes, las organizaciones creen necesario considerar a la violencia de género como una cuestión política, social, cultural y de derechos humanos, para de este modo hacer visible que la grave situación que viven las mujeres en la Argentina, es una realidad colectiva por la que se debe actuar de manera inmediata.

Así, refieren que se hace imprescindible contar con “estadísticas oficiales sobre violencia hacia las mujeres articuladas con la sociedad civil, incorporar en el Código Penal de la figura de Femicidio, con pérdida automática y definitiva de la patria potestad del femicida, no así de sus obligaciones alimentarias. Brindar protección integral y efectiva para la mujer víctima de violencia y lograr alguna forma de asignación habitacional y de alimentación para las víctimas de violencia y fundamentalmente contar con un presupuesto destinado a implementar la Ley 26.485”.¹⁹

La cifras del 2011....

Los números del año 2011 provienen del relevamiento realizado por el mismo Observatorio, donde se detectaron **282** casos de mujeres asesinadas en 2011. Esto representa un aumento del 8 % respecto del año anterior cuando se registraron 260 casos.

A continuación, les presentamos una nota periodística²⁰ que analiza las estadísticas de los últimos cuatro años y sus implicancias. Los/ las invitamos a leerla:

“DE ACUERDO CON EL RELEVAMIENTO DE UNA ONG, EN 2011 SE REGISTRARON 282 FEMICIDIO”

Una mujer asesinada cada 31 horas

Los números reflejan solamente los casos que fueron consecuencia de violencia de género. De ellos, 32 corresponden a jóvenes de 15 a 21 años asesinadas por sus novios o ex parejas. Como resultado, 346 chicos quedaron sin madre.

En 2011, cada 31 horas fue asesinada en el país una mujer por el hecho de ser mujer, de acuerdo con el relevamiento realizado por el Observatorio de Femicidios en Argentina de La Casa del Encuentro. En total, fueron ejecutadas 282 mujeres y niñas como consecuencia de la violencia de género, una cifra que muestra un aumento del 8 por ciento en relación con los casos detectados el año anterior, según el registro de la ONG. Treinta y dos de las víctimas tenían entre 15 y 21 años y todas fueron ultimadas por sus novios o ex pareja. La epidemia de femicidios dejó a 346 niños y niñas sin madre, muchos de los cuales muy probablemente arrastren las secuelas de haber sido testigos y a la vez víctimas de la violencia machista. En la mayoría de los casos –casi 6 de cada 10–, el autor o principal imputado es el esposo, novio o ex pareja de la víctima. Para las mujeres, la propia casa puede resultar más peligrosa que la calle: en la ciudad de Buenos Aires, el 50 por ciento de

18. Informe 2010 – Período 1º de enero al 31 de diciembre. Observatorio de Femicidios en Argentina de la Sociedad Civil “Adriana Marisel Zambrano”. Página web: www.lacasadelencuentro.org

19. Citado del Informe 2010 del Observatorio de Femicidios en Argentina de la Sociedad Civil “Adriana Marisel Zambrano”. Página web: www.lacasadelencuentro.org

20. Artículo escrito por Mariana Carbajal en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-185269-2012-01-12.html>

los homicidios dolosos de mujeres que tuvieron lugar en 2010 fueron motivados por violencia intrafamiliar y solo el 27 por ciento, en ocasión de robo, de acuerdo con una reciente investigación de la Corte Suprema.

Como cada año, el informe de La Casa del Encuentro llama a la reflexión sobre las consecuencias de la violencia de género (...) exhortó a avanzar con un acuerdo social entre diversos sectores para diseñar un plan nacional para la erradicación de la violencia hacia las mujeres. La Ley 26.485, de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”, sancionada el 11 de marzo de 2009 y reglamentada en 2010, establece en su artículo 9 las responsabilidades del Consejo Nacional de las Mujeres (CNM)²¹ Las autoridades del organismo sostienen que están trabajando en la elaboración de un plan desde hace tiempo (...)

El 2011 se inició con el asesinato de M. L. C., de 20 años, (...), Santiago del Estero. El informe del Observatorio de Femicidios precisa que la asesinaron (...) a golpes de puño y puntapiés. La ataron a un árbol y la quemaron con un hierro caliente. El culpable del feroz ataque sería un joven de 32 años, con quien la víctima mantenía una relación. Tras dejar a la muchacha tirada en el camino, escapó y fue detenido días después. El hombre tenía denuncias previas por malos tratos y amenazas de muerte. Ese mismo día fueron apuñaladas en el barrio porteño de Villa Urquiza S. B. M., de 44 años, y S.B., de 9 años, madre e hija. El acusado del crimen fue el esposo y padre de la niña, quien habría sido denunciado previamente por malos tratos.

El listado de femicidios es estremecedor: baleadas, a golpes, martillazos, apuñaladas, incineradas: 282 mujeres –entre ellas niñas y adolescentes–, resultaron asesinadas a lo largo del año por el hecho de ser mujeres. Veintiocho murieron como consecuencia de quemaduras. El 2011 terminó con una seguidilla de resonantes femicidios. El cuádruple crimen de La Plata –ahora sin detenidos–(...) . El comienzo del 2012 se conmovió con otro femicidio: el de la maestra de San Fernando, S. P.(...) la fiscalía solicitó la detención del viudo D. S., acusado de homicidio agravado por el vínculo de su mujer.

El registro lo lleva adelante desde 2008 el Observatorio de La Casa del Encuentro... “El femicidio es una de las formas más extremas de violencia hacia las mujeres, es el asesinato cometido por un hombre hacia una mujer a quien considera de su propiedad”, (...) El concepto fue desarrollado por la escritora estadounidense Carol Orlock en 1974 y utilizado públicamente en 1976 por la feminista Diana Russell, ante el Tribunal Internacional de los Crímenes contra las Mujeres, en Bruselas, (...).

El Observatorio (.....) contabiliza los homicidios de mujeres por razón de género, es decir, casos que no tienen que ver con robos, secuestros u otras situaciones de “inseguridad” urbana.(....) y en 2009, 231 (pero en ese año los medios relevados eran menos, solo 43). (...) En al menos 31 de los hechos, la mujer previamente había hecho denuncias y en 3, el agresor tenía dictada una exclusión del hogar o prohibición de acercarse(...).”

21. “(...) Debe elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres” y “articular y coordinar las acciones” para el cumplimiento de la norma, con las distintas áreas involucradas a nivel nacional, provincial y municipal, y con los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y otras de la sociedad civil con competencia en la materia”, entre otras responsabilidades.



ACTIVIDAD

Ahora que ya compartimos diferentes estudios y relevamientos que nos informan sobre la violencia de género en la Región y en nuestro país, les proponemos continuar las reflexiones que ya iniciaron acerca de la importancia de las cifras de este problema social y sobre lo que nos pueden aportar dichos registros a la tarea cotidiana del equipo comunitario de salud. Les sugerimos que grupalmente lean y reflexionen sobre las cifras, las variaciones que arrojan los datos por región, las edades de las víctimas y los tipos de vínculo con el agresor.

Con el acompañamiento del facilitador/ ra les presentamos algunas preguntas que pueden resultar útiles para la actividad.

a- ¿Por qué creen que sólo se registran las muertes publicadas en los medios?

.....

.....

.....

b- ¿Consideran que pueden existir otros femicidios, además de los publicados en los medios? ¿Por qué?

.....

.....

.....

c- Si existen otros femicidios, ¿Por qué creen que no han tomado estado público?

.....

.....

.....

Es muy importante el intercambio de sus diferentes ideas y puntos de vista sobre el problema. Registren las conclusiones.

.....

.....

.....

Ahora, los invitamos a revisar los documentos y cuadros citados de la CEPAL.

a-¿Qué les sugiere el hecho que los registros con que contamos provengan sólo de organizaciones de la sociedad civil?

.....

.....

.....

b-¿Tienen conocimiento de lo que sucede en su localidad y/o provincia con respecto a la violencia contra las mujeres? En este punto, les pedimos que piensen en las diferentes modalidades de la violencia y no sólo en las muertes de mujeres

.....

.....

.....

c-¿En su localidad, existen registros de violencia previa en aquellos casos que concluyeron en femicidio? (los registros pueden ser de instituciones, de organizaciones barriales, del centro de salud, de la escuela, de las fuerzas de seguridad, entre otros)

.....

.....

.....

d- ¿Tienen alguna modalidad de registro de las consultas realizadas en su Centro de salud por violencia sobre las mujeres o vinculadas? ¿Es un registro diario o consolidado? ¿Discriminan los diferentes tipos de violencia?

.....

.....

.....

e- Por último, los invitamos a releer los gráficos y tablas que muestran los rangos de edades de las víctimas y el porcentaje detallado por el vínculo de la víctima con el victimario.

- ¿Qué les sugieren estos datos?

.....

.....

.....

- ¿Cuál sería el posible uso de estos registros para la tarea cotidiana del equipo de salud comunitario? Listen las propuestas que surjan y evalúen grupalmente las que pueden implementar y con quiénes.

.....



A modo de cierre

Esta Unidad nos muestra una vez más la importancia de los registros, especialmente cuando hablamos de uno de los problemas más invisibilizados e históricamente naturalizados como es la violencia sobre las mujeres. Visibilidad imprescindible para el quehacer cotidiano de los equipos de salud comunitarios ya que de cada tres mujeres que consultan, una de ellas sufre alguna forma de violencia.

Entonces, los equipos comunitarios están ubicados en un lugar privilegiado a la hora de ver aquello que está oculto y hacerlo visible –entre otras cuestiones- a través de la información que podemos aportar con el registro de estos hechos.

La construcción de los datos debemos hacerla entre todos y todas. Al conocer y hacer conocer este grave problema social y de salud, podemos prevenir las gravísimas consecuencias que deja en la vida y en la salud de cada mujer y de la comunidad en su conjunto.

“La información veraz, completa y oportuna es un BIEN PUBLICO. Sin ella no hay diagnóstico y, por lo tanto, tampoco una asignación de recursos según riesgos”.²²

22. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. “Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) aprobados de Interés Nacional - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) recomendados de Interés Jurisdiccional”, Serie 1 N° 14 ISSN 0325-008, septiembre 2004.

Unidad 6

Orientaciones para el abordaje de
la violencia sobre las mujeres en el primer
nivel de atención

Autoras. María Eugenia Bagnasco - Diana Pierina Juárez

1. Introducción

Afirmábamos en algún material previo:

“El centro de salud, muchas veces, es un espacio que resulta familiar, amigable y ofrece la oportunidad de solicitar ayuda a aquellas personas que están sufriendo por vivir en condiciones de violencia”

También, sabemos que la mayoría de las mujeres que viven en un barrio o comunidad suelen tener un alto número de contactos con los integrantes del equipo de salud, realizar consultas frecuentes para ellas, para sus familiares y /o vecinos/as; en ocasiones, las mismas mujeres asisten con lesiones físicas y/o daños psicológicos que no encuentran antecedentes previos en su historia clínica.

Sin embargo, esta presencia en el sistema público de salud no asegura por sí sola una mayor detección de situaciones de violencia de género, ni siquiera una mayor sensibilización.

Los equipos de salud comunitarios son, entonces, uno de los puntos de contacto que pueden ofrecer escucha, información y atención en el primer nivel de atención. Por ello, es importante que tomen nota de la prevalencia de la violencia sobre las mujeres y aprovechen cada contacto (consultas toco ginecológicas, control prenatal, control del niño/ña sanos, consultas por dificultades de aprendizaje en la escuela y otras) para prestar atención e indagar acerca del tema.

Cada consulta se constituye en una oportunidad de prevenir y detectar tempranamente alguna de las formas de violencia y, por tanto, de disminuir la morbimortalidad por esta causa.

La violencia de género incide en la salud de las mujeres y afecta sus vidas, particularmente en su salud sexual - como vimos en la unidad 2- referida a la procreación responsable, la maternidad sin riesgos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otras.

En todos los casos, el trabajo sobre la violencia hacia las mujeres tiene una indisoluble vinculación con conocer y hacer valer los derechos a la vida y a la salud de todas y todos.

Desde hace cinco décadas, las mujeres lideran una lucha permanente por la equidad en el trato y reclaman por el ejercicio de sus derechos y se han logrado miradas mas amplias y nuevas estrategias de atención desde diferentes lugares sociales, políticos y sanitarios.

Pero aún contando con estos avances, la invisibilidad de la violencia continúa dificultando su prevención y atención, las mujeres siguen viviendo discriminaciones e inequidades en los diferentes ámbitos de la vida humana que infringen graves daños a su salud integral y, muchas veces, representan la muerte.

I. Programa Médicos Comunitarios.
Posgrado en Salud Social y Comunitaria:
Modulo 10b: Capítulo 2.
Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2006.

Entendemos que es imprescindible que los equipos de salud que ya están trabajando en este problema continúen sosteniendo las acciones y los que no, inicien acciones de sensibilización hacia adentro del mismo equipo y con la comunidad para poder abordarlo, teniendo en cuenta las dificultades que se presentarán a la hora de construir un abordaje que permita disminuir las enfermedades y prevenir las muertes.

En este marco se inscribe esta unidad que tiene la intención de proponer una serie de orientaciones a los equipos comunitarios, tanto para iniciar nuevas acciones que ayuden a hacer visible este grave problema socio-sanitario que condiciona la vida y la salud de las mujeres, así como para fortalecer las existentes.

Se trata de brindar la atención y el acompañamiento necesarios a las víctimas y, también, de planificar participativamente acciones de sensibilización y prevención de la violencia; y, fundamentalmente, trabajar en promoción de la salud, valorizando el derecho a la salud y a la vida.

2. Consideraciones para una intervención en Violencia sobre las mujeres

La especificidad del Primer Nivel de Atención lo hace un ámbito propicio, reconocido por la comunidad como el referente de salud en el territorio y accesible a las personas. Por ello, es apropiado para la detección y el tratamiento de las situaciones de violencia que viven las mujeres.

Es necesario tener en cuenta que si bien la violencia sobre las mujeres está presente en todos los países y clases sociales, puede adquirir diferentes formas de expresión y modalidades. Es así que, además de encontrarse variantes dentro de las diferentes formas de expresión de las violencias sobre las mujeres, los niños y niñas, los adolescentes, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes, en diferentes comunidades y/ o barrios pueden encontrarse diversos grados de tolerancia o indiferencia al maltrato.

Se torna imprescindible, entonces, que el equipo de salud se plantee acciones que incluyan a la comunidad, se abran espacios de consulta y se propongan soluciones desde una *perspectiva intercultural*. A través de ella, el equipo comunitario deberá debatir para arribar a una posición clara y coherente con el fin de abordar la violencia de género en ése espacio local. Esta perspectiva debe permitir conocer y comprender las formas y modalidades en que se expresa la violencia hacia las mujeres, en particular en la comunidad en la que trabajamos.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen diferencias culturales entre las poblaciones y que no debemos caer en un relativismo cultural que nos lleve a

entender todo hecho violento como parte de la cultura de determinado pueblo, ya que esta posición solo nos conduciría a aumentar la tolerancia frente al abuso e instalarnos en la indiferencia.

Es imprescindible que el equipo de salud lo considere a la luz de la legislación y normativas vigentes, tanto en relación a los derechos humanos como a la violencia contra la mujer y los derechos de los niños, niñas y adolescentes -todos ellos con rango constitucional en nuestro país- en las que quedan claramente definidas cuáles son las diferentes situaciones de violencia y cuáles, los derechos que podrían estar siendo vulnerados.

En los párrafos siguientes, presentamos una serie de orientaciones que resultarán de suma utilidad para trabajar en la detección de la violencia de género. Es esencial que el equipo comunitario reconozca ciertos síntomas, lesiones e indicadores que pueden encontrarse en las consultas y las asocie con una probable situación de maltrato y/o abuso, preguntando siempre si existen o si se han presentado anteriormente estas situaciones.

Es habitual recibir en las consultas médicas, de trabajo social, psicológicas, de enfermería y en la tarea diaria de los/ las agentes sanitarios una variedad de manifestaciones y presentaciones físicas, psíquicas y de tipo social que si se saben mirar más de cerca nos pueden estar indicando que esa mujer está sufriendo una situación de violencia.

A veces, el alerta acerca de la presencia de violencia llega indirectamente a partir de observar signos de alarma en los niños/as. Otras veces, son las mismas mujeres las que piden ayuda. A veces, se observan directamente señales físicas de golpes o deterioro de diferente tipo (en su aspecto general, en la higiene, en la vestimenta, signos de apatía, entre otros indicadores).

En este sentido, es muy importante que el equipo observe qué es lo que está ocurriendo con todas las mujeres de la comunidad y que, a partir de allí, reflexione sobre dónde y cómo detectar el maltrato y abuso tanto en las consultas al Centro de Salud, como en las visitas domiciliarias en la comunidad, en otras organizaciones de la comunidad (escuelas, clubes, comedores) o en cualquier espacio de intercambio con otras organizaciones barriales y que pueda planificar participativamente las acciones de promoción y prevención sobre la violencia. Es esencial escuchar el aporte de organizaciones barriales, instituciones y comunidad en general acerca de este problema social.

Muchas veces, quienes consultan y piden ayuda al equipo de salud son precisamente integrantes de diferentes instituciones y organizaciones barriales que hacen actividades con mujeres, niños, niñas y adolescentes y que perciben o conocen situaciones de violencia sobre las mujeres,

1.1. Conocer y prevenir

El trabajo de prevención desarrollado a nivel comunitario en este tema hace posible -y facilita- la detección temprana de estas situaciones.

La detección temprana contribuye a disminuir la incidencia de daños que sufren las mujeres y, también, a prevenir posibles femicidios.

Por otro lado, la sensibilización y detección temprana impulsan a la comunidad misma a plantearse y asumir diferentes formas de protección, cuidado y/o sanción. Entonces, ¿Cómo iniciar un trabajo de sensibilización en un barrio o comunidad desde el Centro de salud?

El primer paso -que seguramente muchos equipos de salud ya lo han dado- es conocer la comunidad con la que se trabaja, las particulares formas de expresión de la violencia de género en ese contexto determinado y cuáles son los modos en que la violencia de género se expresa en esa cultura.

Acercarse a la magnitud del problema no es una tarea fácil, habida cuenta que la mayoría de las mujeres sienten vergüenza por sufrir golpes, insultos o vejaciones provocadas por personas de su entorno íntimo, a quienes aman, eligieron como compañeros, y/o son padres de sus hijos e hijas. Por otra parte, muchas mujeres consideran que lo que les ocurre es natural, que deben aceptarlo, ya que sus madres, sus abuelas y quizás todas las mujeres de la familia lo han sufrido y soportado; y lo ocultan ellas mismas sumando la minimización que los victimarios hacen de los delitos cometidos.

Para las mujeres no siempre es fácil darse cuenta cómo la violencia de género afecta su salud, su vida y la de sus hijos e hijas y suelen consultar por sufrir maltrato y abusos sólo en espacios de confianza,



ACTIVIDAD

Te proponemos que revises si existen situaciones de violencia sobre las mujeres en tu comunidad y cómo se desarrollan. Para ello, te sugerimos que utilices como referencia el ciclo de la violencia que presentamos en la Unidad 1.

1-Si has detectado situaciones de violencia sobre las mujeres y/o has escuchado relatos sobre las mismas, ¿Podes reconocer la manera en que se expresa la violencia hacia las mujeres en la comunidad en que trabajan?

.....

2- Analicen en reuniones con integrantes de la comunidad lo que estos piensan sobre situaciones como:

- Que el novio le revise a la novia el celular para saber quién la llama.
- Que el novio no le permita a la novia vestirse de tal o cual modo, ir a tal o cual lugar, estudiar, trabajar, estar con amigos, familia, vecinos.
- Que llame o busque permanentemente a la novia para saber qué hace y con quién está, que imponga su voluntad en lo sexual sin tener en cuenta la elección y deseos del otro, entre otras².

1.1.1. El ciclo de la violencia sobre las mujeres: un modelo teórico del problema

En 1979 L. Walker³ describió el llamado *ciclo de violencia* en la pareja que ya fue presentado en la Unidad 1. Esta autora plantea que en los vínculos violentos se reitera un ciclo de comportamientos que contiene tres momentos y que se vuelve a repetir una y otra vez, aumentando en intensidad a medida que se repiten. Los tres momentos son:

- 1) acumulación de tensión
- 2) crisis o episodio agudo
- 3) arrepentimiento o luna de miel

Las características de cada momento fueron descritas en la Unidad 1. Vale reiterar que la etapa de acumulación de tensiones está signada por el “enamoramiento” que todo lo perdona y que todo lo permite. Un amor romántico que tiende a ir atrapando a la mujer; el hombre violento, estratégicamente, va acrecentando la vulnerabilidad de la mujer enamorada. El hombre, gran protector, la cuida, le indica qué hacer; en definitiva, es “su dueño”.

En el segundo período las mujeres consultan por lesiones, por sufrimiento. La mujer genera acciones de atención, pero difícilmente pueda sostener alguna decisión en ese momento. No siempre el episodio violento es un golpe, puede ser no permitir a esa mujer que visite a su familia, por ejemplo.

El tercer momento de luna de miel se caracteriza por el arrepentimiento ante el hecho cometido, la mujer perdona, cree nuevamente que su pareja va a cambiar; no puede salir de esta etapa, bajó su autoestima y hasta duda, piensa que puede tener alguna culpa en la generación del episodio violento. Las mujeres se apartan de todos/as y generan sentimientos de impotencia y bronca en los/las amigas.

Comprender que el problema de la violencia sobre las mujeres responde a un ciclo,

2. Ferreyra, Graciela “Hombres violentos, mujeres maltratadas”- Capítulo 4, “Novias maltratadas”. Edit. Sudamericana, Bs.As. 1992.

3. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Módulo 10 a, Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2006.



ACTIVIDAD

Si regresas sobre las situaciones de violencia sobre las mujeres que reconociste en tu comunidad.

¿Podes identificar si la manera en que se expresa la violencia hacia las mujeres sigue el modelo que propone el ciclo de violencia en la pareja?
¿Resulta de utilidad el modelo?

.....

.....

.....

La decisión de trabajar en prevención de la salud implica, en primera instancia, sensibilizar al equipo y a la comunidad.

Esta sensibilización puede realizarse mediante reuniones o talleres con las personas de la comunidad para trabajar grupalmente acerca de cómo se ve la violencia de género, qué es ser mujer y qué es ser varón en el espacio local particular, cómo se puede detectar un noviazgo violento, y otros temas.

En el Centro de Salud, en toda consulta que realiza una mujer que está iniciando una relación, es necesario indagar si existen situaciones de tensión, actitudes controladoras por parte del varón, si hay celos que ahogan, quién toma las decisiones en la pareja, cómo se resuelven los conflictos y cualquier otro indicador que pueda dar cuenta de un vínculo potencialmente violento.

Conocer estas características del vínculo permite al equipo trabajar con las mujeres la idea de que hay situaciones de alerta⁴ de las que debe cuidarse, recibir soporte para comprender lo que le sucede y saber a quién recurrir para un eventual pedido de ayuda.

Conocer el ciclo de la violencia e informar a las mujeres es esencial para comprender la dinámica que posiblemente adopten los vínculos y poder prevenir los momentos de agresión; permite trabajar con las mujeres los posibles factores protectores que eviten mayores daños.

Cada femicidio seguramente tuvo indicadores previos, hechos concretos, denuncias, situaciones en la escuela, en el barrio, en el Centro de Salud, que tenidas en cuenta

4. Ferreyra, Graciela: "Hombres violentos, mujeres maltratadas"- Capítulo 4, "Novias maltratadas" Edit. sudamericana, Bs.As. 1992.

habrían podido aportar para revertir la historia de esas mujeres.

¿Cómo, dónde y con quiénes detectar estas situaciones?

La reunión del equipo⁵ es una herramienta interdisciplinaria e inter-saberes que permite definir estrategias para la promoción de la salud, para la prevención y la atención, reconocer y/o promover las redes barriales de atención⁶ y, también, trabajar sobre cómo manejar la habitual frustración que producen las idas y vueltas e indecisiones de la mujer víctima para irse del hogar, o bien para separarse de esa pareja, o tomar distancia de esa situación.

Cada intervención del equipo de salud comunitario ante una situación de violencia de género, debe tener en cuenta que también produce movimientos en las estructuras familiares, en todo el sistema social al que pertenece esa persona y que necesariamente impactarán de alguna u otra manera en la vida de las personas. Por esto, es de suma importancia conocer y abordar el problema con personas integrantes de la misma comunidad y con una red de apoyo y contención claros.

ACTIVIDAD

Te proponemos que junto a tu equipo comunitario identifiquen en el área local a personas, grupos, organizaciones o instituciones sensibilizadas por la problemática de la violencia sobre las mujeres y que relevés:

- Cuáles son sus horarios y lugares de atención.
- Cómo resuelven las consultas específicas de atención.
- Que autoridades municipales, ONG's, recursos económicos o /y habitacionales existen en tu área programática para refugiar víctimas.
- Qué perfiles tienen los integrantes de algún equipo especial de atención que haya en tu área (abogados, psicólogos, médicas, enfermeros y otros).

2.2. Hacer visible lo que se quiere ocultar: el equipo de salud comunitario ante los mitos, creencias y prejuicios⁷

A la hora de pensar en acciones de sensibilización y prevención, tenemos que tener en cuenta que parte de la complejidad de este problema de salud son los mitos⁸, creencias y prejuicios que lo rodean y que deben ser trabajados por el equipo

5. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Modulo 8, Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación, Bs.As. 2006.

6. Programa Medicos Comunitarios. Curso en Salud Social y Comunitaria "Trabajo en equipo, Redes y Participación", Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Bs.As. 2011.

7. Se recomienda la lectura de: Fernández, A. M. "La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres". Editorial Paidós, Bs As. 2006; en particular, para ampliar sobre mitos, creencias, prejuicios, los Capítulos 7 ("Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad") y Capítulo 10 ("La mujer de la ilusión").

8. Los mitos forman parte de un conjunto de significaciones sociales y culturales que nos preceden constituyendo relatos que dan sentido y organizan nuestra experiencia. Están representados por discursos, narrativas, creencias populares y asignan valores tanto negativos –como los prejuicios- como positivos a diferentes situaciones o condiciones humanas. Como sociedad, los reproducimos acríticamente, ejerciéndose así un efecto disciplinador en nuestras prácticas. Están totalmente vinculados a nuestros deseos y motivaciones y nos constituyen como personas. (de Fernández, A.M., texto citado.)

comunitario. Necesitamos tenerlos en cuenta, ya que acompañan a los varones y a las mujeres, a los vínculos que existen entre las parejas y a las familias. En definitiva, acompañan inevitablemente todas las relaciones interpersonales.

La invisibilidad de la violencia sobre las mujeres como problema de Salud Pública tiene su raíz en las creencias, los discursos y los prejuicios que circulan alrededor de la violencia de género en el imaginario social. Es necesario develarlos, así como también registrar las inequidades derivadas de la construcción cultural de las identidades femeninas y masculinas en todos los ámbitos interpersonales.

Los integrantes del equipo comunitario como personas, no escapan a estos condicionamientos, y en ellos también está presente la naturalización de las violencias en sus vínculos interpersonales, familiares y no familiares.

Esta condición dificulta muchas veces la atención de las mujeres ya que dicha naturalización ha ido produciendo una progresiva desensibilización que disminuye los niveles de alarma, de reacción y de rechazo social ante la violencia.

Para revertir esta situación, es preciso trabajar al interior del equipo -en primer lugar- y con la comunidad sobre los mecanismos simbólicos, sociales e institucionales que colaboran para que la violencia de género se reproduzca y se perpetúe.



ACTIVIDAD

Consideramos esencial que el equipo de salud analice su propio posicionamiento frente a mitos y creencias populares, antes de empezar a trabajar sobre violencia.

A continuación, se presenta un listado de afirmaciones habituales que son prejuicios y ocultan el problema, Les sugerimos que las lean e intercambien acerca de su valor de verdad.

- *La violencia hacia la mujer es producto de algún tipo de enfermedad: En realidad no le quiere pegar a su mujer, está enfermo porque toma y no sabe lo que hace.*
- *La violencia familiar o doméstica es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más necesitadas.*
- *La violencia en una familia es algo privado y no hay que meterse*
- *A las mujeres embarazadas no las maltratan*
- *El abuso sexual y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros, y el atacante es un desconocido.*
- *El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física.*

- *La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.*

1- Quizás muchos de estos ya los escucharon, entonces les pedimos que piensen: ¿Cuáles son los prejuicios y mitos que circulan en el equipo comunitario?

.....

.....

.....

2- ¿Cómo consideran que estos mitos, creencias y prejuicios afectan la atención de las mujeres, en el trabajo diario?

.....

.....

.....

Es importante que luego de este trabajo de reflexión grupal y con su facilitador/ra, registren lo que hayan pensado e intercambiado

3- Ahora les proponemos que trabajen estos temas en distintos espacios con la comunidad y revisen los prejuicios participativamente.

.....

.....

.....

3. Los niños y las niñas: testigos involuntarios y víctimas de la violencia de género

Si bien este material se refiere a la violencia sobre las mujeres, es muy importante hacer una mención al problema de los niños y niñas que viven en situación de violencia familiar y aportar algunas herramientas básicas para su comprensión y abordaje.

Es importante que el equipo de salud comunitario tenga en cuenta que: siempre que hay una mujer maltratada o abusada en una familia con hijos/as, hay niños, niñas y adolescentes que también son víctimas.

La modalidad inmediata y más común es que son **testigos de violencia**. Esta forma de maltrato es muy similar al abandono emocional.

Es preciso tener en cuenta que los niños y niñas testigos “aprenden” en sus casas a resolver las situaciones conflictivas con violencia, como cualquier otro aprendizaje a través de la crianza. Deben existir intervenciones que produzcan un corte, revisión y promuevan desaprender lo aprendido como víctimas o como testigos. Si el equipo de salud tiene por objeto de trabajo revertir estas relaciones abusivas que dañan la salud de las mujeres, niños y niñas, tiene que trabajar para abrir la posibilidad de aprender de otras formas de resolución de los conflictos vinculares para, de este modo, evitar que se perpetúe la violencia a través del tiempo y de las generaciones.

Los indicadores que con más frecuencia encontramos en los niños y niñas testigos de violencia son muchos:

- baja autoestima, aislamiento, introversión;
- dificultades para socializar, llaman la atención de alguna manera, ejercen violencia hacia sus pares o hacia algún animal, repitiendo el patrón de conducta aprendido;
- dificultades de aprendizaje, trastornos de la alimentación, enuresis, encopresis, problemas para dormir, problemas en el lenguaje, hiperactividad, tartamudeo, mutismo, agresividad o pasividad, trastornos en el desarrollo.
- Los datos clínicos y los estudios con los que contamos nos indican que gran parte del maltrato infanto-juvenil ocurre en familias donde también se sufre violencia conyugal.

En la detección de estos indicadores es clave el rol de las escuelas. De ahí la importancia de incluir a todo el personal docente y no docente en las actividades de promoción y estimularlos a prestar atención a la presencia de estos signos en los/as alumnos/as y sus familias, que muchas veces se observan en el ámbito escolar y se clasifican dentro de los llamados “trastornos del aprendizaje” o dentro del amplio abanico de los denominados “problemas de conducta” (actitudes agresivas o de franca apatía, aislamiento social, dificultades para quedarse quieto, las ausencias frecuentes, indiferencia ante las propuestas pedagógicas y/o de recreación).

ACTIVIDAD

En el Centro de Salud al que perteneces:
¿Se planifican y realizan habitualmente acciones de promoción de la salud articuladas con escuelas u otras organizaciones de la comunidad?

.....
.....

Si se realizan, ¿Algunas de estas acciones tienen por objetivo trabajar los derechos de las mujeres y/o prevenir la violencia de género?

.....

4. Herramientas para construir un abordaje

Un abordaje para trabajar sobre la violencia de género desde el Centro de Salud en el Primer Nivel de Atención debería incluir:

- Herramientas de uso sencillo para la detección de la violencia de género (un protocolo de preguntas simplificado)
- Un modo de acercarnos a las familias y a la comunidad acordado en el equipo.
- Un procedimiento más o menos acordado para resolver las situaciones de mayor vulnerabilidad.
- La posibilidad de brindar atención desde el trabajo articulado y en consultas individuales de todos los /las integrantes del equipo de salud.
- La consideración del trabajo intersectorial como apoyo y soporte de todas las decisiones /acciones que lo requieran
- La construcción de una guía de recursos local
- Un método de registro para los casos de violencia contra las mujeres para conocer la magnitud local del problema.

4.1. Detección de la violencia de género en las consultas al Centro de Salud

Muchas veces las consultas que hacen las mujeres son explícitas: Por ejemplo:

- La mujer consulta “desesperada”, pidiendo que la alojen fuera de la casa porque fue golpeada y amenazada.
- Puede concurrir con sus hijos y alguna de sus pertenencias pidiendo ayuda directamente a cualquier persona que le genere confianza dentro del equipo.
- O plantear el problema en enfermería cuando va a control de la tensión

arterial, a curarse heridas ocurridas en el domicilio, o con una quemadura por agua caliente en su casa, o en una “crisis de nervios”.

- ⊙ Concurre la mujer a solicitar ayuda para su pareja, porque abusa del alcohol y/o drogas y “por esa razón la maltrata”.
- ⊙ Concurre una madre/ abuela a pedir ayuda para un familiar.
- ⊙ Los hijos/as son referidos al Centro de Salud por un tercero por problemas de abandono o maltrato infantil.
- ⊙ En la consulta por anticoncepción y/o prevención de ITS aparecen permanentes dificultades; la mujer expresa que quiere usar DIU o inyectables por que el compañero no le “permite” utilizar otros métodos. Algunas mujeres “pierden” sistemáticamente los comprimidos anticonceptivos.
- ⊙ No se cumplen las pautas y el seguimiento de los controles de salud para los niños/as mostrando “descuidos” en la alimentación, higiene, abrigo, ausentismo o deserción escolar.
- ⊙ Se solicita atención médica domiciliaria debido a dificultades en la deambulación, comprensión y ubicación témporo-espacial.

Ante las consecuencias de la violencia física, se debe realizar un examen físico completo, para evaluar las lesiones visibles y buscar otras nuevas o viejas lesiones. El victimario ya sabe que hay lugares para golpear que son más difíciles de detectar, como el cuero cabelludo, por ejemplo. Siempre es conveniente hacer un certificado que de cuenta de las lesiones y que puede quedar en la historia clínica del Centro de Salud para resguardar a la mujer. El registro de cada agresión y el certificado que describa las lesiones puede ser muy útil para el momento de la denuncia o como prueba eventual si existiera un femicidio.

En todos estos casos, hay indicadores claros de violencia sobre las mujeres, en algún caso sobre niños y niñas, aunque la existencia de los mismos no garantiza que las víctimas estén en condiciones de pedir ayuda. De cualquier modo, la detección ya se hizo y el equipo que está en conocimiento de los riesgos y de las posibles escaladas de violencia, debe intervenir según lo consensuado en cada Centro de Salud. En otras ocasiones, la consulta se realiza por situaciones tales como:

- ⊙ Trastornos gastrointestinales crónicos, envejecimiento prematuro, enfermedades de la piel reiteradas, alergias, trastornos nutricionales como la obesidad y la desnutrición, precordialgias, osteocondritis, cefaleas y jaquecas, contracturas y dolores musculares o articulares, estados de fatiga crónica, asma.
- ⊙ Disfunciones sexuales, dificultades para elegir y/o lograr la anticoncepción, hemorragias genitales, infertilidad de origen no orgánico, consultas reiteradas por infecciones de transmisión sexual, embarazos múltiples no deseados, abortos espontáneos y provocados, trastornos del deseo sexual.

- Uso nocivo de alcohol y otras sustancias.
- Anulación de citas programadas para diversas consultas o controles, múltiples internaciones, incumplimiento de tratamientos, toma prolongada de medicamentos psicotrópicos ó automedicación.
- Incapacidad para realizar las actividades habituales con autonomía, abandono del trabajo, falta de cuidados e higiene personal, abulia, diversas inhibiciones, fobias, comportamiento evasivo, aislamiento social, comportamiento antisocial.

En este segundo grupo de situaciones, el equipo de salud puede sospechar que esa mujer sea víctima de violencia. Se puede plantear el tema en consultas con el integrante del equipo con quien la mujer tenga el mejor vínculo.

En cualquier caso, nos parece importante incluir algunas preguntas muy sencillas para hacer en las consultas que realizan las mujeres en el Centro de Salud para detectar casos de violencia sobre las mujeres, por ejemplo:

- 1- ¿Cómo describirías tu relación de pareja?,
- 2- ¿Cómo resuelven las discusiones dentro de la pareja?

Las respuestas a estas dos preguntas pueden clasificarse fácilmente del siguiente modo:

¿Cómo describirías tu relación de pareja?		
De mucha tensión, nerviosismo	Con alguna tensión, nerviosismo	Sin tensión ni nerviosismo

¿Cómo resuelven las discusiones dentro de la pareja?		
Con mucha dificultad	Con alguna dificultad	Sin dificultad

Estas dos sencillas preguntas, apuntan a detectar tensiones en los vínculos y, generalmente, son una puerta de entrada para la detección temprana de situaciones de violencia sobre las mujeres.⁹

En todos los casos, es recomendable informar sobre las etapas del Ciclo de la violencia y ayudar a la mujer que identifique en qué etapa se encuentra.

ACTIVIDAD

En tu Centro de Salud:
¿Cuáles son los motivos más frecuentes de consulta de las mujeres?

9. Juncal Plazaola-Castaño, Ruiz-Perez y Hernandez-torres-Escuela Andaluza de salud pública, Granada, España. Versión corta de la herramienta para screening de abuso sobre las mujeres.

Te sugerimos revisar las Historias Clínicas de mujeres de cualquier edad que hayan consultado en el último mes, listarlas y clasificarlas por motivo de consulta.

Mirando la clasificación de las consultas de mujeres del último mes:

- ¿Qué conclusiones puedes sacar?, ¿Cuáles son los motivos más comunes de consulta de las mujeres?, ¿Varían con la edad?
- ¿En cuántos de ellos se consulta explícitamente para solicitar ayuda frente a situaciones de violencia?
- ¿En cuántos de ellos se puede suponer que detrás del motivo de consulta existen situaciones de violencia sobre las mujeres?

Para el trabajo diario:

Durante un mes o dos incluyan las dos preguntas anteriores en todas las consultas realizadas por mujeres. Analicen los resultados grupalmente.

También pueden consensuar otras **preguntas breves** para trabajar en detección temprana que el equipo comunitario considere más apropiadas para ese contexto particular.

Discutan estas cuestiones en el equipo de salud y con el facilitador.

4.1.1. Aprovechar el Primer contacto: datos a tener en cuenta

Cuando detectamos a una víctima de violencia, es muy importante saber que esa puede ser la única oportunidad que tiene el equipo de tomar contacto con ella. Por eso, todos/as los integrantes del equipo deben poder detectar y recibir los casos.

En la atención es fundamental brindar el tiempo necesario para que la persona comience a conversar sobre el tema, si se demora será por falta de confianza, por vergüenza o temor a ser juzgada por quien las escucha. Es muy importante legitimar esos sentimientos, reforzando que “la violencia sobre las mujeres es un problema muy extendido, que ocurre en todas las clases sociales”, “que la mayoría de las mujeres siente vergüenza, como ella, al contar que su pareja y/o padre de sus hijos/las maltrata”, “que no tiene culpa por lo que está sufriendo, que es una cuestión de poder, de dominación de hombres sobre mujeres”, “que es una conducta aprendida y que se puede aprender a resolver conflictos de un modo no violento” En fin, cada equipo decidirá cómo contener a la mujer en la primer consulta, en muchos casos por experiencia previa; si no la hubiere, quizás este material pueda ser de utilidad.

Es importante no tomar ni exigir decisiones apresuradas, evitar dar consejos y, en

todos los casos, respetar los tiempos de la mujer brindando una contención, asegurando que se cree en su relato, que se entienda la situación por la que atraviesan y se buscará una solución de forma conjunta.

Siempre se debe preguntar: “Usted, ¿Qué quiere hacer?”

Es necesario aprender a manejar los sentimientos propios para poder ayudar. El equipo de salud es el espacio grupal propicio para trabajarlos.

También es muy importante que el equipo conozca con qué recursos vinculares y económicos cuenta esa persona que podrían sostener las acciones de atención y resguardo, de ser necesarias.

Se deben registrar y guardar todos los datos para contactar a la persona, en el caso que no asista al Centro de Salud o para realizar el acompañamiento: domicilio, teléfonos de familiares, vecinos, amigos, instituciones escolares a las que acuden los hijos, comedores barriales, entre otros. Dejar en claro que se sostendrán las mismas reglas de confidencialidad y respeto que enmarca todo trabajo en el ámbito de la salud.

El intercambio de información con instituciones vinculadas al caso debe ser acotado y con el único fin de ayudar y brindar asistencia a las mujeres y sus familias. La falta de anonimato en los pueblos y comunidades pequeñas debe ser un tema a tener en cuenta y una variable a considerar para las intervenciones, de manera tal que éstas no resulten contraproducentes ni iatrogénicas.¹⁰

4.2 Trabajo en terreno: acercamiento a las familias

Las visitas domiciliarias que hace el equipo comunitario como parte del trabajo en terreno en el área de responsabilidad, son una herramienta muy útil para conocer, generar y/o fortalecer vínculos en la comunidad. Y, particularmente útiles para trabajar en Promoción y Prevención.

Cada vez que haya un acercamiento a las familias, es necesario incorporar una mirada y escucha atenta y cuidadosa si estamos pensando en prevención de violencia sobre las mujeres. No se trata de indagar ni invadir la intimidad de la vida de esa familia, sino de estar atento a los indicadores de un problema de salud que es prevalente, para detectarlo tempranamente.

Previo a la intervención, cada equipo debe debatir y resolver grupalmente cómo abordará esta problemática según el conocimiento de la población del área de responsabilidad y según las herramientas y experiencia con las que cuente el equipo.

Ante una posible situación de violencia sobre las mujeres, es esencial procurar un espacio de consulta que sea cómodo, en el que la mujer pueda hablar con libertad y confianza. Se la puede invitar al Centro de Salud o a una institución que facilite la expresión del problema, valorando que la invitación no sea contraproducente y se

10. Toda intervención del equipo de salud que produzca un daño o alteración extra e indeseada a la situación que le dio origen.

genere un alejamiento de la consulta. Y además, se debe tener en cuenta que el victimario puede impedir que la mujer concurra, para mantenerla aislada de terceros.

En cualquier caso, si se combina un encuentro en otro lugar, no deje de registrar qué contactos institucionales o comunitarios tiene la familia de manera tal de poder retomar contacto y/o hacer un seguimiento de la situación si la mujer no concurre a la consulta.



ACTIVIDAD

Para reflexionar sobre la complejidad que presentan los casos de violencia sobre las mujeres a la hora de intervenir, les proponemos que lean atentamente el siguiente relato de una situación que se suscitó en un Centro de Salud.

La psicóloga comenta en una reunión de equipo que necesita que le ayuden a resolver una situación:

“J. tiene 9 años, situación presentada por la escuela al equipo de salud. La maestra había detectado golpes y moretones en ambos brazos. Consultado por esas marcas, el niño le refirió que su padre le pegó con un cinto, enojado porque le había pedido que cuidara a su hermano de dos años y, al parecer, no lo hizo como el padre esperaba. Se le pregunta acerca de dónde estaba la mamá en ese momento y refiere que estaba en cama desde el día anterior ya que está embarazada y que estaba con pérdidas de sangre y que eso pasó después que su papá había discutido y peleado con ella, lastimándola.

La primera intervención la hizo la escuela citando al padre al gabinete, quien minimiza lo sucedido y les dice:” No fue nada, además ustedes no pueden meterse en mi vida y en la de mi familia. Yo soy pobre y ustedes son profesoras y no entienden lo que nos pasa a mi familia y a mí! Siempre nos manejamos así, desde la época de mis abuelos.”

Entonces, la escuela plantea la situación al equipo de salud del Caps
Los invitamos a reflexionar de manera grupal:

¿Ocurren casos como este en la comunidad que atiende tu Centro de Salud?

¿Qué pasos darían para realizar una intervención con esa familia?,

¿Qué harían en primer lugar?,

¿Con quién o quiénes comenzarían una intervención?

Compartan con el resto del equipo sus opiniones y debatan sobre el mejor abordaje posible para esta situación.

4.3. Cómo proceder frente a una situación de alta vulnerabilidad

Algo fundamental a tener en cuenta y que debe surgir de la atención de la mujer es la valoración del riesgo de vida o de una mayor escalada de violencia. Por eso, creemos esencial:

- usar el ciclo de la violencia,
- recuperar la historia de vida de la paciente,
- conocer si tiene una red de vínculos o algún vínculo fuerte, o vive en un aislamiento social extremo

Por ello, es fundamental conversar sobre los riesgos de volver a su casa, dando la posibilidad de que tomen conciencia de los riesgos que corren o pueden correr y considerar algunas medidas de protección, tanto para ella como para los hijos.

Como guía orientadora, mencionamos los siguientes criterios generales y que deberán formar parte de la evaluación singular de la situación de la mujer, en su contexto.

Son *situaciones de alto riesgo*: daños físicos y psíquicos, recientes y/o crónicos. Existencia de lesiones anteriores o no y/o abortos previos provocados por golpizas.

- ⊙ Negación (la mujer oculta o no reconoce el castigo corporal) o aceptación frente a la acción traumática.
- ⊙ Existencia de denuncias previas policiales e intervención de la justicia, medidas de exclusión y, a pesar de esto, el violento/golpeador reincide en las conductas violentas.
- ⊙ Huidas previas del hogar familiar.
- ⊙ Presencia de niños y niñas en el hogar
- ⊙ Internaciones y consultas previas por el mismo motivo.
- ⊙ Aislamiento social / ausencia o presencia de redes de apoyo.
- ⊙ Presencia de armas en la casa y amenazas previas.
- ⊙ Antecedentes delictivos del golpeador.
- ⊙ Actitud temeraria por parte de la mujer, sin conciencia de las consecuencias reales o potenciales del maltrato/reconocimiento y conciencia de la situación.
- ⊙ Aceptación/concurrencia a tratamientos anteriores propuestos o al actual/ acude a las consultas previstas.

Cuando de la evaluación surge que existe un alto riesgo de vida, se deben tomar rápidamente todas las medidas necesarias para que la mujer y los hijos e hijas -en el caso que los tuviera-, se pongan a resguardo..

El equipo de salud ofrecerá- con los recursos a su alcance- opciones para ese resguardo, que pueden ser a través de refugios locales –si los hay disponibles- o bien, ubicar dentro de los recursos comunitarios otras opciones para su protección.

Existen algunas pautas a seguir en el momento que deba alejarse del agresor y abandonar el hogar, las más importantes de mencionar son:

- ⊙ Elegir un momento en que la situación con su pareja sea lo más tranquila posible, no dando indicios de la intención de huida.
- ⊙ Preparar ropa y documentos de ella y los hijos/as y mantenerlos ocultos en la casa de una vecina o familiar para una salida precipitada.
- ⊙ Recordar fuertemente a la mujer que NO DEBE DECIR nunca el domicilio en el que se va a vivir, para que el agresor no la encuentre.

Es importante preguntar si la mujer tiene la posibilidad de contar con recursos económicos, con familiares y/o vecinos/amigos dispuestos a ayudarla/alojarla, y también el equipo debe contar previamente con la información sobre las instituciones adonde la víctima pueda acudir para ser ayudada.

Se debe estimar en cada contacto si la situación de violencia se ha incrementado o, por el contrario, si ha disminuido.

4.4. El trabajo en equipo: una herramienta esencial para las intervenciones

El espacio privilegiado –como venimos planteando- para el trabajo e intercambio sobre todas las necesidades de salud y sobre esta problemática en particular, es la reunión del equipo. Es una actividad en la que participan todos/as los/as trabajadores del centro de salud, a la que debe asistir el facilitador/ra, y donde es posible revisar las distintas visiones y concepciones sobre todos los problemas complejos y/o prioritarios, proyectar acciones, elaborar estrategias, definir responsables a cargo de las mismas y evaluar acciones ya realizadas.

Nuestra concepción instala al equipo de salud en un lugar bien diferente del de los individuos y su mera suma. El equipo es el espacio donde los desempeños individuales pueden potenciarse merced a su articulación, el intercambio y la reflexión conjunta. En un material anterior afirmamos: "(...) De los equipos de salud se esperan desempeños que no son posibles para sus miembros aisladamente" (...) "los objetivos o intenciones de los equiposson diferentes a la suma de los de sus miembros (...)".¹¹

La reunión de equipo es, además, un espacio necesario para compartir sentimientos, ansiedades y angustia que el trabajo con este tipo de problemas complejos genera en los trabajadores de la salud.

11. Programa Médicos Comunitarios
Posgrado en Salud Social y Comunitaria:
"Trabajo en equipo de salud" Modulo 8, Unidad 2-
Ministerio de salud de la Nación-Buenos Aires-2006.

La problemática de la violencia de género está tan arraigada e imbricada social y culturalmente, que todos y todas poseemos alguna experiencia en nuestra propia historia personal, familiar y en nuestro entorno social primario.

Por ello, al volver a entrar en contacto con este tema, escuchar, acompañar y atender a mujeres víctimas, suele aparecer un fuerte impacto emocional, en mayor o menor medida entre los integrantes de los equipos. Por todo ello, se necesita fortalecer los espacios de diálogo dentro del mismo equipo de salud.

4.5. El trabajo intersectorial

El trabajo comunitario requiere y posibilita articular acciones con otros sectores estatales y diferentes actores que integran la comunidad, como organizaciones barriales, trabajadores comunitarios y vecinos/as, con otros sectores del estado, pertenecientes a justicia, educación, desarrollo social, entre otros, y así poder pensar en posibles soluciones a los problemas y necesidades de salud planteados. Y cuando se trata de problemas complejos como el que nos ocupa, esta articulación es fundamental para poder contar con otros soportes en el trabajo, además del equipo de salud.

Para articular con estos recursos contamos con el trabajo cotidiano en el espacio local. Los integrantes de los equipos de salud pueden y deben trabajar y articularse en redes¹². Las visiones y los recursos intersectoriales sumados para abordar las violencias de género permitirán pensar acciones que abarquen la complejidad del problema.

En el armado de estas redes, es imprescindible la participación activa de la comunidad en el ejercicio de su ciudadanía y la validación de derechos. Por ello, es necesario escuchar las propuestas de acción planteadas por la gente, desde su lugar, con saberes diferentes a los del equipo de salud.

Hay comunidades que han planteado redes de acompañamiento, conformación de grupos de reflexión y autoayuda en Centros de Salud. Las comunidades pueden participar en la confección y distribución de cartillas de información sobre los lugares de asesoramiento legal, acompañando a las víctimas en la transición que implica salir de su hogar e ingresar a un refugio o al hogar de un familiar o vecino, y a lo largo de todo el proceso para asistir a las mujeres víctimas y a sus familias.

Tanto los servicios estatales como las organizaciones intermedias y de la comunidad constituyen a nivel local un valioso andamiaje de recursos disponible para el trabajo tanto preventivo como asistencial. A este andamiaje lo denominamos red local de recursos.

12. Remitir a:
Curso en Salud Social y
Comunitaria. "Trabajo en
equipo, redes y
participación"-
Ministerio de Salud-
Presidencia de la
Nación- Buenos Aires,
octubre 2011.

4.6. Construir entre todos y todas una guía de recursos

Una Guía de Recursos locales, es una herramienta de suma utilidad, que permite recurrir a los actores que conforman la red, para que las acciones de prevención y asistencia puedan realizarse de manera rápida y eficaz.

Se puede elaborar recopilando información a través de visitas y entrevistas a instituciones locales, organizaciones sociales, orientadas directamente a la atención o no del problema y que pertenecen a la jurisdicción integrando las mesas de gestión de Cics donde las hubiera, o en las Mesas Municipales de Violencia donde ya estén conformadas.

Se debe confeccionar, con la información relevada, un listado donde figuren todos los teléfonos, direcciones y horarios.

Es importante que las visitas a las instituciones y organizaciones barriales se reiteren periódicamente, para mantener actualizada al Guía de Recursos y para establecer y actualizar acuerdos de trabajo con los diferentes actores involucrados, que facilitarán el abordaje de las situaciones de violencia que aparezcan.

Finalmente, para que realmente sea de utilidad, debe estar disponible durante todo el horario en que el centro de salud, CIC o posta sanitaria estén abiertos, y deben conocerla todos los integrantes de la red.

Para que la red sea operativa y funcione como un recurso para el cuidado de la salud comunitaria, se necesita el establecimiento y fortalecimiento de vínculos, tarea que se lleva adelante manteniendo contactos periódicos con las organizaciones que forman parte de la red y la Guía de Recursos.

Estos vínculos son personales, se establecen en encuentros cara a cara en los que se pueda dialogar e intercambiar opiniones sobre un mismo problema. Cuando no es posible el vínculo personal, se debe buscar la vía de contacto más adecuada (teléfono o algún otro contacto disponible).

A los fines de poder co-operar con los diferentes nodos de la red en las acciones de salud, realizar derivaciones protegidas y utilizar los recursos estatales y comunitarios disponibles, es preciso ser referente para las víctimas y otras organizaciones y contar al mismo tiempo, con referentes. El equipo comunitario es tanto un recurso para los demás nodos de la red como los otros lo son para el equipo. Es un accionar de ida y vuelta y donde todos los integrantes de la red tienen algo para aportar. Un buen funcionamiento de la red evitará en gran medida las re-victimizaciones.

ACTIVIDAD

Quizás el Centro de Salud en el que trabajas ya cuenta con una Guía de Recursos más o menos completa y pertenece a una red que trabaja el tema de violencia de género. Les proponemos que revisen el estado y actualización de esa información y detecten la necesidad de completarla y/o actualizarla. Y si no la tienen, pueden proponerlo como actividad.

Pueden visitar a los integrantes de la red para actualizar o completar la guía, o simplemente, para conocer personalmente a quiénes son los referentes y establecer un canal de comunicación con ellos.

Les sugerimos que en la revisión de la Guía de Recursos y la Red, se aseguren que estén incluidos:

- los organismos estatales, servicios y equipos dentro de su jurisdicción, ya sea del propio sector de salud así como de otros (Desarrollo Social, Justicia, Consejos de Niñez, Educación, entre otros) que tienen responsabilidades y funciones para prevenir y asistir a personas afectadas por la violencia de género.
- las ONGs, Clubes Barriales, instituciones estatales, organizaciones barriales, iglesias y radios locales.

Continuar fortaleciendo los vínculos en el espacio local es una estrategia muy importante para abordar este complejo problema social y de salud.



5. El Registro de las situaciones de Violencia

Como vimos en la Unidad 5 “Las cifras del problema”, es muy importante contar con algún modo de registro de estas situaciones. El registro es el único modo de analizar la incidencia, prevalencia y diferentes formas en que se presenta el problema. Es un modo de conocerlo que no puede reemplazarse por otros.

Por lo general, existe un subregistro que dificulta saber realmente cuál es la magnitud del problema. No siempre se registra la situación de violencia en la historia clínica de la persona o familia que asiste a la consulta. Es habitual que solo se registre lo que observamos o detectamos en la consulta, es decir lo que llega como demanda al Centro de Salud. Finalmente, casi nunca se recupera la información si

se ha referenciado a la persona o se ha trabajado con otras organizaciones. Este tipo de limitaciones no le quita validez a este tipo de registro, pero no es suficiente.

Quedan por fuera de esta modalidad de registro todas aquellas situaciones detectadas por otros actores en otros ámbitos, más allá de las actividades que se realizan en el Centro de Salud.

Por todo ello, es invaluable la información que brindan los registros y existe una fuerte necesidad de avanzar en el proceso de tener, desde el sector salud, registros sistemáticos y de buena calidad, como elemento de trabajo con este complejo problema.

A continuación, les proponemos una serie de actividades con las que intentamos saldar esa brecha.

Por lo antes mencionado, creemos necesario que el equipo reflexione sobre la posibilidad de elaborar un registro que les ayude a conocer y, al mismo tiempo, les permita adecuarse a la realidad del problema a nivel local. También es un medio indirecto para observar qué registro tienen los integrantes de la comunidad del problema. De esta manera, van a tener más elementos para saber si está instalada, y de qué manera, la violencia de género como problema en su comunidad.



ACTIVIDAD

Les proponemos que analicen los registros que ya tienen y establezcan un modelo de registro que les resulte útil, para las acciones de prevención, detección y atención.

Para realizar el registro contemplen aspectos tales como

- quiénes son las víctimas (el equipo definirá la pertinencia de consignar, edad, sexo u otros)
- cuál es el vínculo con el agresor
- tipo de violencia ejercida
- ámbitos y horarios

Con lo aportado en unidades anteriores y con los datos de sus propios registros, analicen cómo se manifiesta este problema en su área local: violencia física, psicológica, sexual, económica, simbólica; victimización secundaria desde las instituciones y organizaciones sociales, obstétrica, mediática y relacionar estos datos con los ámbitos donde se produce. Por ejemplo: “violencia sexual, en el ámbito doméstico”, “violencia contra la libertad reproductiva en el ámbito hospitalario”, “violencia mediática y simbólica en la periódico local”, “violencia institucional en la comisaría”, entre otras variantes.

Los datos son siempre un insumo para reflexionar, grupalmente en este caso, sobre la necesidad de conocer, describir el problema y armar consensos para su abordaje.

A modo de cierre

Ser parte de un equipo de salud comunitario en el primer nivel de atención de nuestro país es un permanente desafío para conocer la complejidad de los problemas de salud que son consultados, y las necesidades sanitarias que muchas veces permanecen ocultas por diferentes razones, vinculadas primordialmente a lo cultural y a la accesibilidad.

También es una oportunidad para generar y/o fortalecer vínculos con las personas que viven en el área local. Si bien estos conceptos se han desarrollado en varios documentos de Salud Social y Comunitaria, creemos que el equipo de salud interdisciplinario e inter-saberes es una herramienta fundamental para abordar todos los problemas de salud complejos, prevalentes, priorizados o emergentes.

Poder construir una mirada colectiva sobre la realidad de la salud seguramente será un avance para la transformación de nuestro sistema sanitario en pos de una mejor salud para todos y todas.