

Análisis sobre el tratamiento de la violencia de género desde la política socio-sanitaria en México Distrito Federal y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Manuela Gutiérrez.

Cita:

Manuela Gutiérrez (2015). *Análisis sobre el tratamiento de la violencia de género desde la política socio-sanitaria en México Distrito Federal y Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/771>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eM78/MCu>

Análisis sobre el tratamiento de la violencia de género desde la política socio-sanitaria en México Distrito Federal y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Manuela Gutiérrez

IIGG

manucamila99@hotmail.com

Las políticas públicas están inscritas en dinámicas propias de contextos sociales, económicos, políticos, culturales, e incluso demográficos, que exigen adaptaciones constantes a su papel en la reproducción social y en la búsqueda de garantizar el bienestar de los grupos sociales. Estas políticas pretenden ser una respuesta del Estado a distintos problemas, demandas o necesidades, pero también se relaciona con el ámbito administrativo pues es el que permite su ejecución (Fleury y Ouverney s/f). Por ello, al analizar las políticas y estrategias llevadas a cabo por los gobiernos es necesario observar el proceso en su sentido amplio y en sus formas singulares, de manera que queden claras las características que explican la gestión.

De allí se desprende la idea inicial de esta ponencia que tuvo como objetivo rastrear las acciones de gobierno vinculadas a prevenir y atender la violencia de género en tanto afecta las condiciones de salud de las mujeres en distintos contextos. Teniendo en cuenta que dichas acciones se encuentran sujetas a múltiples determinantes, muchas veces contradictorias. En apariencia, toda política en esta materia parecen destinada a mejorar las condiciones sanitarias de una población, sin embargo, existen intereses en disputa que en última instancia influyen en el rumbo de las acciones gubernamentales (Fleury y Ouverney s/f).

También en estas acciones influyen políticas más generales propias de las preocupaciones de la comunidad internacional, sobre este tema en particular, se han expresado agencias como Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas (ONU), a partir de evidencias suficientes del severo impacto que produce en la salud de las mujeres atravesar contextos de violencia.

Por ejemplo desde un enfoque economicista, Heise, Pitanguy y Germain se refieren a los efectos que se generan como consecuencia de la imposibilidad de algunas mujeres para participar plena e íntegramente en la vida social y afirma que “la violencia

de género (...) puede actuar como un freno para el desarrollo socioeconómico” (1994:40). Sostienen incluso que “en las economías de mercado establecidas, la victimización de género representa casi un año de vida perdido por mujeres de 15 a 44 años por cada cinco años de vida saludable”. Según ellos, “El Banco Mundial estima que la violación y la violencia doméstica representan el 5% de los años de vida saludable perdidos por mujeres de edad reproductiva en países en desarrollo en período de transición demográfica” (Heise et al, 1994).

El rubro económico impacta en todos los asuntos de la vida de las mujeres ya que existe una política referida a la perspectiva de género pero no se refleja en el presupuesto que se le asigna. Es algo absolutamente pedagógico: para que sea real el cambio tiene que ser concretado presupuestariamente. Aunque esto no garantiza el cambio, se constituye en una precondition para impulsarlo.

De lo anteriormente señalado surgió una pregunta inicial, ¿Cuáles son las estrategias político- sanitarias en materia de prevención y atención de violencia de género desarrolladas por las instituciones seleccionadas en Ciudad de México y Ciudad de Buenos Aires, en el período 2007-2012?

El tema de la violencia en general y especialmente la que sufren las mujeres, son temas que se ha abordado de manera escasa desde la perspectiva de la Medicina Social, los trabajos similares han acentuado su interés en las formas y el ejercicio de la violencia contra las mujeres, la violencia intrafamiliar, conyugal o doméstica (Saucedo, 2003; Castro, et. al., 2004; Torres, 2004; Valdéz, 2004), pero se dice poco de sus repercusiones en los daños a la salud y su atención. En la literatura consultada, a pesar de recurrir a una perspectiva sociológica y política, no se elaboran comparaciones. Por ello este enfoque de salud y la comparación de dos legislaciones son importantes.

Es preciso señalar la relevancia de reflexionar en torno a la problemática de la violencia de género teniendo en cuenta la posición ideológica de los dos gobiernos. Pues es un elemento clave para el campo de conocimiento de la Medicina Social, y no es algo que generalmente se tome en cuenta en los estudios, cuando es sumamente significativo y relevante en las formas de actuar frente a una acción política.

Angulo Salazar señala que la existencia de algunas investigaciones específicas vinculadas al tema de estudio que aportan elementos, pero respecto al “Análisis y evaluación de la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia implementada por el gobierno mexicano (2000-2009)” “no se requiere demasiado análisis para afirmar que todavía falta mucha deliberación e investigación para conocer mejor la naturaleza y complejidad del fenómeno, lo que a su vez permita construir una política basada en el sujeto femenino de derechos – como lo establecen las convenciones y tratados internacionales–, pero con un enfoque más holístico, en el que se incorporen la complejidad contextual y local (2010:73).

Otros autores abordan las políticas sociales en torno a la dimensión redistributiva, centrándose tanto en el análisis del problema de la “pobreza”, como en la necesidad de replantear el modelo de formulación de las políticas sociales con el propósito de incorporar en su diseño, la implementación y la evaluación de temas de género, orientación sexual, etnia, etc., aspectos que conforman variadas estructuras de desigualdad, y se orientan especialmente a la dimensión del “reconocimiento” de los involucrados como sujetos de derecho (Fraser, 2000).

Con la intención de rastrear los orígenes de las políticas de prevención y atención de violencia de género se realiza un análisis que lo sitúa como parte de un proceso mayor, del cual es expresión: el de la legitimación e institucionalización de una nueva problemática en la sociedad y en el Estado. Estos procesos suceden a nivel nacional e internacional, desde la sociedad civil y al interior de los organismos internacionales. A su vez se trata de la incorporación de los problemas derivados de ciertas desigualdades a las agendas públicas hasta la institucionalización de esta problemática en el Estado. En efecto, dicha institucionalización se observa en la forma de nuevos marcos que orientan el diseño de políticas, en programas específicos, en la creación de nuevas leyes, normas y recursos asignados al avance de la situación de las mujeres. Se presenta a continuación el contexto social e histórico en el cual se ha ido desarrollando la violencia de género como un asunto público de competencia para los gobiernos.

Violencia de género y salud

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

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

Esto último, es una de las claves para el enfoque médico social, que debe ser útil para desarrollar este tema que aún tiene vacíos en su perspectiva teórica, y empírica. Reflexionar sobre el problema de la violencia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud podría constituirse en una herramienta, de este campo, con amplias posibilidades para un análisis crítico dentro de sus objetos de estudio. La otra vertiente que se relaciona con la respuesta social organizada frente a los problemas de violencia y salud, es la explicación desde las políticas del Estado.

Oszlak (1997) afirma que las políticas públicas son tomas de posición de sus representantes e instituciones frente a las diversas opciones de resolución o respuesta. Agrega además, que el Estado asume un rol específico en cada período histórico y que esto es una expresión político-ideológica de la agenda vigente. Es entonces “una decantación de las políticas o tomas de posición predominantes y de su consecuencia: la conformación de un aparato institucional orientado a resolver las cuestiones en el sentido elegido, poniendo en juego para ello los diversos recursos de poder que en cada momento está en condiciones de movilizar” (Oszlak 1997:6).

En esta línea, la política social se define como “un tipo particular de políticas públicas cuyo objetivo final es el logro del bienestar social, mediante estrategias de redistribución de la riqueza y del ingreso para impulsar un mejoramiento continuo de las condiciones de vida de la población” (Cardozo 2006:153)

Se selecciona aquí dos instituciones que atienden el problema de la violencia de género, en el contexto de los gobiernos de Ing. Mauricio Macri (PRO) y del Lic. Marcelo Ebrard (PRD) en el período 2010-2013. Cada uno de estos gobiernos representaría una posición política distinta, cuando no contraria, a los gobiernos nacionales de cada país, lo cual le pone un elemento adicional al análisis. Resultará muy útil el estudio de ambos contextos para observar las acciones que se desarrollan en cada ciudad, respondiendo a sus respectivas plataformas políticas. Cabe hacer una breve referencia acerca de cuáles son las ideas que caracterizan a dichos gobiernos.

Por un lado, Mauricio Macri (Ciudad de Buenos Aires) “reivindica la política como herramienta de transformación, pero desideologiza (en aras de un tecnocratismo purista) el discurso político” (Gallo, 2008); es decir, pretende desvincularse de compromisos ideológicos, se coloca más allá del conflicto social y propone un gobierno pragmático como patrón organizador de su propuesta.

Por otro, las acciones del gobierno de Marcelo Ebrard se han caracterizado, en materia social, por ser una continuación y ampliación de las realizadas en su momento por Andrés Manuel López Obrador (2000-2006). Su gestión se podría definir, al menos discursivamente, como la de un gobierno que se pretende crítico al neoliberalismo. Una cuestión que resulta relevante de su gestión y señala su principal diferencia con el gobierno de Mauricio Macri, es la sanción de la despenalización del aborto. A pesar de las fuertes críticas recibidas por parte de la Iglesia católica, entre marzo y abril de 2007 el Jefe de Gobierno respaldó la decisión de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal de despenalizar el aborto hasta las doce semanas de embarazo.

En esta misma línea, otra de las diferencias sustanciales entre estos dos gobiernos locales es la forma de entender el problema de la violencia y su consecuente tratamiento. El gobierno de Lic. Marcelo Ebrard lo entendió como un problema de salud, de aquí que se atiende desde el ámbito de la Secretaría de Salud del DF (aunque no solamente). En cambio en la ciudad de Buenos Aires el problema es atendido

principalmente desde el área de Desarrollo Social. Aunque existen equipos de trabajo en el tema dentro de algunos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. El hecho de atender el problema desde un ámbito u otro no depende solamente de la decisión de un funcionario, sino de una organización histórica y de una estructura organizativa más amplia. Es por ello que este punto deberá ser analizado con mayor detalle para observar con precisión cuál es el ámbito elegido por cada uno de estos gobiernos.

Para analizar la promoción de políticas públicas contra la violencia de género es necesario referirse a la importancia de la lucha de los movimientos feministas para su aprobación incluso al interior del partido político.

El interés central de este estudio consiste en describir y comprender estrategias que se desarrollaron desde las instituciones seleccionadas en el período 2006-2012 en materia de prevención y atención de violencia de género. A la vez se intenta caracterizar como esta preocupación permite definir los aspectos relevantes y significativos en la adopción y puesta en práctica de los programas y servicios de atención de la violencia de género desde las mencionadas instituciones.

Marco metodológico

Se expone a continuación la estrategia metodológica implementada para enfrentar las dificultades y aprovechar las ventajas de comparar dos organismos vinculados a la temática en estudio aunque enmarcados por diferentes ámbitos nacionales: el Instituto de las Mujeres (INMUJERES DF), situado en la Ciudad de México y la Dirección General de la Mujer (DGMuj) de la ciudad de Buenos Aires.

Principalmente dos condiciones hacen plausible dicha comparación. La primera reside en que el objetivo de este análisis enfoca en la legislación vigente para prevenir y atender el problema de la violencia de género. A propósito de ello, es necesario señalar que tanto la ley de Protección Integral en Buenos Aires como la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, fueron sancionadas en momentos cercanos una de otra. Esta situación no sucede de igual manera en la gran mayoría de los países de América Latina. En este sentido México y Argentina aparecen a la vanguardia en lo que compete a legislación sobre el tema.

La segunda se refiere al hecho de que la intención de este trabajo reside en comparar los posicionamientos político-ideológicos, las formas de definir el problema de la violencia de género, las estrategias que desarrollan desde estas instituciones para la atención y prevención del fenómeno, sin centrarse en los efectos de las políticas sociales implementadas. La preocupación se centra en observar mecanismos, percepciones, y no en medir el impacto del fenómeno.

Consciente de que la comparación entre niveles jurisdiccionales diferentes podría introducir sesgos, como mecanismo de control, se recurre a informantes de instituciones que trabajan el tema, pero no son objeto central de este estudio, como son los casos de la Dirección de Violencia Intrafamiliar (Secretaría Salud DF), ONU Mujeres, o Servicio para la Violencia de Género (SEPAVIGE), en Ciudad de México, recurriendo en Buenos Aires a funcionarios del Ministerio Público Fiscal. Esto permite el control de nuestro propio cuestionamiento, así como conocer a través de informantes claves la resonancia institucional y social que tienen los dispositivos estudiados en ambas ciudades.

A fin de obtener los datos para esta investigación, se consideró pertinente la aplicación de técnicas de tipo cualitativo que permiten indagar en aspectos sobre las percepciones, valoraciones y asignación de sentidos sobre las prácticas y los procesos socioculturales. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores. Trabajar con el significado atribuido por los sujetos a los hechos, las relaciones, prácticas y fenómenos sociales como el de la violencia de género, implicó analizar la cotidianidad institucional de la entidad prestadora del servicio.

Las técnicas de recolección de datos usadas en la investigación cualitativa son aquellas que permiten recoger las experiencias de los actores con sus propias palabras – categorías de primer orden- (Guber: 1991). Las elegidas en esta investigación son las entrevistas semiestructuradas a los profesionales y el análisis de contenido para revisar la legislación vigente sobre el tema en cada ciudad.

Las entrevistas semiestructuradas a los funcionarios se realizaron en sus ámbitos de trabajo. Las mismas fueron acordadas previamente, por teléfono o vía correo electrónico y tuvieron una duración aproximada de una hora. A algunos de los entrevistados se los contactó nuevamente para repreguntar o completar algún testimonio que no había quedado claro.

Se desarrolló un muestreo teórico que definió el carácter intencional de la inclusión de distintos funcionarios según su papel en cada institución, a fin de obtener una muestra lo más representativa posible a los efectos de la investigación (Vieytes, 2004).

La muestra quedó estructurada de la siguiente manera:

Grupo 1: Funcionarios públicos pertenecientes a la DGMUJ situada en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Grupo 2: Funcionarios pertenecientes al INMUJERES DF ubicada en la Ciudad de México.

Grupo 3: Funcionarios de otras instituciones tales como la oficina de violencia intrafamiliar del centro de equidad de género, Secretaría Salud, México.

La selección de estas instituciones radica en una cuestión vinculada al interés de trabajar instituciones con características relativamente similares que se especialicen en abordar el problema de la violencia en las dos ciudades elegidas. Las instituciones han sido seleccionadas debido a que en el ámbito de la salud resultaba más difícil encontrar otros organismos con características similares respecto al tratamiento de la violencia de género. En cambio tanto el INMUJERES DF como la DGMUJ tienen un lugar consolidado como referente de asistencia a las mujeres que atraviesan situaciones de violencia.

Análisis

El poder de los médicos

La salud de las mujeres ha estado implicada en la ampliación del poder médico, en su institucionalización y expansión, con la dominación tecnológica y el sistema de cuidado médico, que ha encontrado en el área del derecho reproductivo un terreno apropiado para expandirse con el esquema de percibir en el proceso salud-enfermedad que el conocimiento biológico científico de la medicina positivista, posee. Esta es una de las características –ampliamente vinculada con la violencia de género- que Kholer Riessman (1983) equipara como antecedentes de la medicalización de la vida de las mujeres.

Reconocer la violencia de género, es un asunto que requiere cierta sensibilización, percepción de elementos sutiles que la sustentan, incluso cuando sus expresiones pueden ser simbólicas, psicológicas y en última instancia, físicas. El abordaje de la violencia de género en el contexto hospitalario partió especialmente de sus efectos tales como las lesiones físicas, los traumas emocionales, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, el desconocimiento de los derechos humanos básicos e incluso la muerte (Valdéz, 2004b).

La relevancia de nombrar el fenómeno para darle entidad y la dificultad del personal médico para identificar el problema de la violencia son elementos que se manifiestan en los testimonios:

Evidentemente en medicina como en tantas otras cosas, tú no puedes identificar y detectar lo que no conoces, tienes primero que hacer que la gente conozca para poder identificar, detectar y poder dar atención a las personas en riesgo o que viven situaciones de violencia. (Entrevista 3, Mx, pg. 2)

R: Si, son parte de lo esperable, como médico, si tu me dices que vienes con una infección, una vaginitis bacteriana recurrente, pues sí, tiene malos hábitos de higiene, no se te ocurre pensar que porque la persona tiene relaciones sexuales con una pareja que tiene otras parejas, esa parte de concepción de los determinantes de una enfermedad que tienen que ver con género, el médico no los tiene, yo te atiendo de tu vaginitis bacterial (Entrevista 3, Mx, pg. 4)

A partir del reconocimiento del énfasis y el peso del modelo asistencial hegemónico e instrumental, la salud colectiva identifica en la violencia de género el peso de los procesos macroestructurales de cambio en los sistemas de salud como la

reforma, como la tendencia a la privatización de los servicios, como el énfasis en la medicalización de la vida y el deterioro de los determinantes de la salud en los daños a la salud y al bienestar de la población (López y Blanco, 2004).

Características del servicio ¿Se brinda una atención integral?

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

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

Las características del tratamiento que se ofrece a las mujeres muestra una fuerte limitación ya que es breve y sólo se aborda el problema desde lo psicológico dejando de lado otros aspectos del fenómeno que apuntarían a la atención integral. Se evidencia la inexistencia de dispositivo que permita el seguimiento de los casos, la asistencia se realiza en la etapa de emergencia en ambas ciudades. Pero se advierte una falla en la atención sostenida. Asimismo, la atención psicológica se caracteriza por ser tratamientos breves, lo cual es un elemento para pensar en cómo se implementa en la realidad concreta el abordaje piensa la solución y acompañamiento del problema. En los relatos, se proclama que cada caso es único y debe atenderse en su especificidad; sin embargo, la cantidad de profesionales en ejercicio cotidiano evidencia la incapacidad objetiva de cumplir con ello.

Se menciona a menudo que cada caso es único y debe atenderse en su especificidad, sin embargo, la cantidad de profesionales en ejercicio cotidiano evidencia la incapacidad objetiva de cumplir con ello.

Dentro de las propuestas que ofrecen las instituciones de las ciudades seleccionadas, se invisibiliza a todas aquellas mujeres que no se acercarán por sus propios medios a la institución o que no poseen acceso a internet. Salvo campañas

puntuales, de corto plazo y de aparición esporádica, no se observan estrategias que construyan canales con las mujeres que están atravesando situaciones de violencia. Las mujeres se encuentran expuestas cotidianamente a la difusión de significados cimentados en la ideología dominante, la cual les impide tomar decisiones para romper con la violencia. Inmiscuida en una realidad que promueve, refleja y hasta sirve al propio sistema que la oprime (Guinsberg, 2005).

Dos planos se pueden observar en el caso de la integralidad: Primero, la dinámica de la construcción de la oferta y la demanda en los servicios de salud, en la perspectiva de los actores relacionados en la prestación directa del cuidado a la salud. Segundo, el análisis de los programas de salud en las mismas instituciones (Onocko, 2004). Utilizar las prácticas cotidianas de los actores, el análisis de su actuación en la relación de oferta y demanda de servicios como campo de estudio sobre los sentidos, límites y posibilidades de construcción de la integralidad es útil y pertinente para avanzar en el estudio y el entendimiento de fenómenos como por ejemplo, la violencia de género en la atención y, precisamente, en el cuidado de la salud. De acuerdo con Pinheiro (2001), los espacios institucionales resultan claves para la toma de decisiones cotidianas.

Las instituciones en general se revelan como espacios de poderes y de intereses y evidencian proyectos políticos diferentes. Esto puede ser observado en las organizaciones de salud, al menos en dos situaciones: a) en la relación médico paciente, en la tensión entre autonomía médica y autonomía del paciente, y b) en la relación entre usuarios y servicios que instaura una superioridad de los conocimientos técnicos en contraposición a los legos. La desigualdad será mayor cuanto más grande sea la insuficiencia de las informaciones y mecanismos esclarecedores capaces de preparar a los usuarios para el ejercicio del derecho a la salud.

La integralidad es un buen indicador de la dirección que se desea imprimir al sistema de salud y sus prácticas y, por tanto, sigue indicando (por contraste) aquello que es criticable en el sistema en las prácticas de salud que existen actualmente. Aquello que aparezca como obstáculo para la materialización de la integralidad lo será también para la realización del derecho a la salud. La garantía de la integralidad del cuidado tiene que ser una responsabilidad del sistema de salud y no fruto de una batalla individual de cada usuario/a.

Por ello es relevante pensar el sistema de salud no como una pirámide de servicios racionalmente organizados de forma jerarquizada sino como una red con múltiples entradas y flujos para cuya construcción las representaciones y las necesidades individuales son importantes, mas no exclusivas, buscando que la integralidad sea un objetivo de la red en su conjunto y la inequidad sea reconocida como la expresión de singulares necesidades de salud no atendidas (De Oliveira, 2001). Cómo lo afirma Araujo de Mattos, (2001): la cuestión aquí no se refiere apenas al derecho al acceso a los servicios de salud, se refiere al conjunto de los derechos de las personas.

Dentro de las ventajas y desventajas, cabe señalar la pérdida de identidad de las pacientes como consecuencia por ser atendida por distintos especialistas, y tener que relatar en distintas oportunidades la situación que se encuentra atravesando. Así lo define uno de los entrevistados:

“Una desventaja que tiene la institución es que cuando entra un paciente a ella pierde su nombre, es multiatendida, pierde identidad. (Entrevista 3, Mx, pg. 3)

En ambas ciudades, tanto los CIM (Centros Integrales de la Mujer) de Buenos Aires como los CIAM (Centros Integrales de Atención a las Mujeres) en Ciudad de México sucede que no se toman denuncias, sino que derivan a las mujeres para que las realicen en el ámbito judicial. Así lo narran las entrevistadas:

Tenemos diferentes espacios donde nosotras canalizamos a las mujeres, una es la Dirección de Igualdad y Diversidad Social que son las UAPVIF [Unidad Atención y Prevención de la Violencia Familiar], luego es la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, ahí tienen el centro de terapia de apoyo que es de las Procuradurías de atención a víctimas del delitos y servicios a la comunidad y el centro de atención a la violencia intrafamiliar que se el CAVI [Centro Atención a la Violencia Intrafamiliar], son nuestros referentes más frecuentes. (Entrevista 6, Mx. Pg. 2)

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

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

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

En efecto, en la ciudad de Buenos Aires se impulsaron diversas propuestas acompañadas por proyectos legislativos para dar respuesta a los vacíos de las propuestas actuales. Sin embargo, la mayoría de esos proyectos ha sido rechazada por la banca oficialista. Su resistencia en aceptar las propuestas de ampliación de los programas de atención de la violencia, y de avanzar con nuevos programas de inclusión y de acceso a derechos ya consagrados se relaciona con el predominio en la gestión de una concepción elitista y conservadora que vuelve a colocar al Estado en rol subsidiario, regresando a las políticas de los años '90 . Esta situación se agrava por la existencia de una visión patriarcal que considera a estas temáticas como transgresoras de los patrones familiares tradicionales.

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

responsabilidad profesional para atender apropiadamente a las mujeres (Ramos, et al., 2001:30).

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

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

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

Conclusiones

Esta investigación permitió conocer ciertos elementos del funcionamiento de dos instituciones que trabajan en pos de prevenir y asistir a las mujeres que atraviesan situaciones de violencia de género.

Los estudios sobre el tema apenas comienzan a abrirse camino en el campo de la salud y las ciencias sociales, es preciso entonces generar la inquietud en la educación superior, aunque también es menester que se involucren instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, entre otros. Este trabajo se presenta como una parte de este engranaje y un humilde aporte como punto de partida para nuevas preguntas.

De los elementos centrales del presente análisis es posible señalar la brecha que existe entre aquello que proponen los convenios internacionales y la apropiación que hacen de ellos las mujeres. El recorrido que llevan a cabo las políticas sociales (consecuencia de los compromisos estatales a partir de la sanción de tratados internacionales) hasta el ámbito local, es decir la apropiación de los derechos entendidos como instrumento propio y su consecuente ejercicio, se erige sin duda como una fisura y una separación en lo debería ser un puente, una unión. Partiendo de un supuesto ideal de las políticas que aspiran en principios rectores a construir ciudadanías plenas, surge un importante reto para las investigaciones que centran sus interrogantes en los sujetos de derechos y en los principios como la integralidad, y lo que la misma involucra.

Puede afirmarse que todavía subsisten ciertos patrones socioculturales discriminatorios que perpetúan la violencia de género e impactan directamente en el accionar de los funcionarios o profesionales, lo que podría repercutir negativamente en la atención brindada a las mujeres. De allí que la naturalización y la invisibilización de las situaciones de violencia del personal que atiende cobra especial relevancia cuando se trata de visibilizarlas.

En ambas ciudades se evidencia la inexistencia de dispositivos para el seguimiento de los casos, la asistencia generalmente se realiza en instancia de emergencia. La atención psicológica se caracteriza por brindar tratamientos breves, lo cual se constituye es un componente clave para pensar en cómo se llega a la solución y acompañamiento del problema. Asimismo, los esfuerzos para prevenirlo y atenderlo, se

concentran justamente en Ciudad de Buenos Aires y Ciudad de México. Esta situación excluye a las personas que viven fuera de estas grandes urbes ya que la disponibilidad de los servicios para detectar, derivar, proteger y apoyar a las víctimas varía enormemente según la ciudad en la que resida.

Respecto a la pregunta inicial acerca de existencia de estrategias político-sanitarias en materia de prevención y atención de violencia de género desarrolladas en Ciudad de México y Ciudad de Buenos Aires por las instituciones seleccionadas cabe señalar la dificultad de identificar estrategias elaboradas a priori para atender estos casos. En ambas ciudades, la atención y el protocolo se desarrollan sin demasiada planificación previa. Es algo así como una cuestión de prueba y error.

Convertir la cultura del silencio que rodea a la violencia de género es el desafío más importante que enfrenta cualquier esfuerzo por influir en las políticas y en los programas que la atienden. Junto con Velzeboer et al (2003), cabe resaltar que la creación de normas y protocolos garantiza la calidad de la atención a las personas afectadas que acuden a los servicios y a su vez esos instrumentos permiten el seguimiento y la evaluación de los mismos. Sin embargo, la capacitación alrededor de estos protocolos debe incluir información técnica, pero también la oportunidad de examinar sus propias experiencias y vivencias frente a la violencia, esta posibilidad le daría otro matiz a las acciones de transformación.

En ambas ciudades las leyes existentes sobre prevención y atención de la violencia son completas y vastas pero su aplicación es a menudo inadecuada. La promulgación y aplicación de leyes sobre criminalidad y violencia resulta fundamental para establecer normas de comportamiento aceptable e inaceptable, y construir sociedades seguras y pacíficas.

Es factible que si se refuerza la aplicación de la legislación vigente se consigan importantes avances en la prevención de la violencia. Ello debe incluir el fortalecimiento de los mecanismos y recursos institucionales y el aumento del personal necesario para garantizar que la legislación promulgada proteja a las personas de la violencia, pida cuentas a los que cometen actos violentos y cree un entorno seguro para todos los ciudadanos.

Se observa en ambas ciudades que la presencia de dificultades intra-institucionales para una adecuada conformación de equipos de trabajo en el primer nivel de atención, la descoordinación de servicios y las reducidas articulaciones inter y extra sectoriales obstaculizan la asistencia integral de la problemática de la violencia de género así como la contención, mejoramiento de la situación, protección y asistencia.

Por otra parte, cabe mencionar que la manera en que los profesionales otorgan sentido al fenómeno de la violencia de género y su incidencia en la salud está vinculada a sus campos disciplinares, a sus orientaciones ideológico-políticas y a las condiciones institucionales donde desarrollan sus prácticas de diagnóstico y seguimiento de casos. Conjuntamente, las limitaciones institucionales no son específicas a la atención de los padecimientos y situaciones seleccionadas constituyendo una problemática de tipo estructural en la organización del sistema público de salud actual.

Se ataca la expresión de un sistema sexo-género desigual pero no se trabaja la inequidad; sólo se combaten las expresiones de las inequidades. Por eso se apela a la necesidad de la transversalidad de género, de la cual los institutos se vuelvan órganos rectores de esas políticas públicas que se ocupan de ello. Una sugerencia que emerge de este análisis consiste en no “psico-patologizar” el problema, y atenderlo también desde lo que les sucede a los hombres violentos. No sólo abordar el tema desde las mujeres, sino igualmente con los hombres y los diferentes sectores de la sociedad. No se observan demasiadas instancias que atiendan el problema de la violencia desde lo que les ocurre a los hombres.

Situándonos en el campo específico de la medicina social y como un pequeño aporte, recomendamos desarrollar solidez técnica en los profesionales que atienden y reciben a las mujeres en las instituciones mencionadas. Es menester reconocer sus necesidades y brindarles alternativas. En ocasiones, la atención en la emergencia impide brindar alternativas que podrían ser vitales si existieran. La defensa de los derechos resulta un componente fundamental así como lo es la articulación con otros actores e instituciones en pos de contribuir a mejorar y solucionar la situación de esas mujeres.