

Violencia familiar contra la mujer, en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia

Graciela Colombo, Roxana C. Ynoub, Luciana Veneranda,
María Gabriela Iglesias y Mónica Viglizzo
Universidad de Buenos Aires

Abstract

This paper presents the results of the UBACYT research project “Prevalence of Violence against Women: An Alternative Approach from the Health Care Field,” carried out in a Public Hospital’s Maternity and Obstetrics Service in the City of Buenos Aires (Argentina). The study sought to identify the social representations and attitudes of medical-obstetrics discourse as regards domestic violence against women (etiological explanations, affected populations, intervention strategies), and create a typology of social representations in medical-obstetrics discourse as regards domestic violence.

Based on semi-structured interviews to the Hospital’s practitioners, the questions were developed according to the different sectors in which they perform their professional task: outpatients’ offices, delivery, and inpatients.

Palabras Clave: Efectores de Salud, Violencia Familiar contra la Mujer, Representaciones Sociales, Embarazo, Parto y Puerperio, Estrategias de prevención.

Keywords: Health Practitioners, Family Violence against Women, Social Representations, Pregnancy, Delivery, Puerperium, Prevention Strategies.

Introducción

La violencia contra la mujer constituye uno de los problemas sanitarios de mayor relevancia en los últimos tiempos. Las estimaciones varían según las regiones y países: en regiones desarrolladas las tasas son de una cada cuatro

mujeres, pero en países de África o Asia se han estimado índices que superan el 50%.

Sin embargo, el sector salud no se ha mostrado siempre preparado para la detección y atención de estos casos. En una investigación cuanti-cualitativa sobre los Servicios de atención en violencia familiar contra las mujeres, realizada en Buenos Aires, se ha señalado que la falta de conocimiento y sensibilidad en el tema entre los profesionales de la salud constituye uno de los obstáculos para el logro de una adecuada atención a mujeres que padecen violencia (Ynoub, 1998). Este hecho ha conducido a la “doble victimización” de las mujeres víctimas de violencia, como resultado de la deriva institucional de la que son objeto.

El sistema de salud ocupa un lugar estratégico para identificar y referir a las víctimas de violencia. Es la única institución pública que probablemente interactúe con todas las mujeres, en algún momento de sus vidas. La experiencia ha mostrado la importancia de dicho acceso. Las mujeres que no pueden o no quieren pedir ayuda a otros medios pueden, sin embargo, admitir el abuso cuando son entrevistadas gentilmente y en privado por un proveedor de salud sensible. Distintos estudios muestran que, con entrenamientos y protocolos adecuados, los establecimientos de salud pueden mejorar en forma notable la sensibilidad del personal con respecto al abuso de género (Heise y otros, 1994: 48-50).

Algunos estudios han demostrado que el 85% de las mujeres están dispuestas a conversar sobre el maltrato que padecen, cuando los efectores de salud les preguntan directamente (Warshaw, Ganley, 1998).

Los agentes de salud no han considerado, en general, a la violencia familiar contra la mujer como un problema de salud, razón por la cual cuando se atiende a una mujer que padece violencia sólo se tienen en cuenta sus síntomas y signos, sin buscar las causas que subyacen a las lesiones y/o a la situación vivida (Jaramillo, Uribe, 2001).

Tres son los factores que podrían estar involucrados en esta situación: a) la falta de capacitación de los profesionales de la salud en esta problemática; b) el temor de los profesionales a involucrarse, por las derivaciones judiciales de estos casos (motivado en la ausencia de protección jurídica en que se encuentran), y c) la falta de recursos para orientar los casos, en la eventualidad de detectarlos.

Es necesario desarrollar mecanismos que mejoren las respuestas a esta problemática por parte de los efectores de los sistemas de salud, propiciándose cambios en las estructuras institucionales, en los patrones individuales

de atención, en el entrenamiento de los agentes de salud, desde un enfoque interdisciplinario (Jaramillo, Uribe, ob. cit.).

Para avanzar en esa dirección resulta relevante conocer cuál es la situación actual en términos de los conocimientos y las representaciones que tienen los profesionales de la salud sobre la problemática de la violencia. Esas creencias, actitudes y valores están íntimamente vinculados también a la ideología de género, y juegan un papel determinante en la detección y la atención de las víctimas de violencia.

De allí que resulte especialmente importante profundizar en las representaciones sociales de los actores involucrados en el tratamiento de esta problemática, a los efectos de orientar campañas de prevención y sensibilización, y promover acciones específicas de capacitación y entrenamiento a los profesionales de salud de especialidades potencialmente captadoras de casos de víctimas de violencia familiar.

Conforme con la definición de Moscovici, se entiende por representaciones sociales:

“... un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común.” (Moscovici, 1981: 181)

Se considera violencia de género al ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder que se establecen entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y la desvalorización de lo femenino frente a lo masculino.

“Ésta se caracteriza por responder al patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existente entre los sexos.” (Rico, 1996: 8)

En ese marco, esta investigación se ha circunscrito al abordaje de una de las áreas que atienden a mujeres con alto riesgo de padecer violencia familiar, como son las embarazadas y madres recientes.

Para ello se evaluó la capacidad de los dispositivos asistenciales de un Servicio de Maternidad y Obstetricia del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, para captar y orientar a mujeres víctimas de situaciones de maltrato, considerando específicamente los determinantes simbólicos que mediatizan dicha capacidad de captación.

De manera más específica, interesaba conocer las representaciones sociales y las actitudes imperantes en los discursos médicos-obstétricos, en relación con la violencia familiar contra la mujer, según fueran: a) las explicaciones etiológicas que los profesionales formulan al referirse a la problemática, b) la caracterización que hacían de las poblaciones afectadas y c) la explicitación de las estrategias de intervención que siguen, en caso de detectar situaciones de violencia.

Materiales y métodos

La población objeto de esta investigación fue el cuerpo de profesionales del Servicio de Maternidad de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

La selección de los casos se hizo considerando la especialidad de los profesionales, el sexo, el sector en el que se desempeñaban (control prenatal, internación, control durante el puerperio) y la situación de revista (médicos de planta, médicos de guardia, concurrentes, residentes). El tipo de muestra aplicado corresponde al no probabilístico intencional.

Conforme a esos criterios, de los veinte profesionales entrevistados, se cubrieron las siguientes cuotas, según categorías resultantes:

CUADRO N° 1. Profesionales entrevistados según especialidad y sexo.

DIMENSIONES	VARIABLES		INDICADORES
DIMENSIÓN PEDAGÓGICA	<i>Sujeto pedagógico</i>	Educador/a	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se identifican varones y mujeres como educadores/as, educandos/as? ¿Cómo? • ¿Se identifican/especifican las diferencias de posicionamiento de alumnos/as y docentes varones y mujeres en el proceso de enseñanza y aprendizaje?
		Educando/a	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo aparecen nombradas las mujeres? - Incluidas bajo el universal masculino (alumnos, etc.). - Reconocidas en su diferencia (las docentes, las alumnas). - Como sujetos de género.
		Conocimiento/ Currículo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo aparece el contenido? - Como algo dado/ homogéneo/ universal/ incuestionable/ verdadero. - Como construcción, producto de complejas condiciones y relaciones de producción. • ¿Dónde se encuentra puesto el énfasis, en el/la educador/a, en el/la educando/a o en los contenidos?
DIMENSIÓN SOCIO-POLÍTICO-CULTURAL	<i>Esféras de lo público y lo privado</i>	Relaciones de producción-reproducción	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Con qué tipo de ocupaciones/profesiones aparecen relacionados varones y mujeres? • ¿En qué ámbitos/lugares aparecen actuando las mujeres y los varones?
		División sexual del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la noción de trabajo que se visibiliza/infiere?
		División intelectual del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo aparecen posicionados varones y mujeres en el ámbito de la producción/reproducción: presencias/ausencias, diferencias/similitudes.
		División del trabajo doméstico	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo aparecen mujeres y varones: - en la división jerárquica del trabajo? - en los ámbitos de participación ciudadana? - en los ámbitos de producción, distribución y apropiación de saberes: presencias/ausencias, diferencias/similitudes?
		Relaciones familiares y vinculares	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tareas se asignan a mujeres/varones, niñas/niños, en el hogar? • Caracterización de la familia y las relaciones familiares. ¿Qué modelos familiares aparecen/subyacen?

DIMENSIÓN CAMBIO CURRICULAR	<i>Categoría sexo y género</i>	Diferencia entre varones y mujeres	• ¿Cuál es el factor predominante en la explicación de la diferencia? (Biológico, social, cultural, etc.)
			• ¿Cómo aparece designada la diferencia sexual: en términos de sexo o de género?
		Grado de visibilización de las mujeres	• ¿Cómo aparecen caracterizadas las mujeres? (Agenciamiento, naturaleza, cultura, etc.)
			• Mención de los términos “sexo”, “género”: implícito, explícito, frecuencia, otros.
		Lenguaje de género	• Caracterización de los cuerpos masculino y femenino. ¿Qué rasgos se enfatizan?
		<i>Diferencia y desigualdad</i>	Género
	Clase social		• ¿Qué noción de sujeto subyace? (Neutro, universal, social, otros)
	Etnia / Edad		• ¿Se reconoce la complejidad de los sujetos sociales? (Edad, género, clase, etnia, otros)
	<i>Fases del desarrollo curricular desde la perspectiva de género</i>	Ausencia/Presencia de las mujeres	• ¿Aparecen las mujeres en las historias?
			• Si aparecen, ¿cómo? - Como excepción (heroínas, grandes mujeres). - Como grupo subordinado. - Como actrices sociales. - Como co-partícipes.
Las mujeres como grupo subordinado		• ¿Cómo se presenta la inclusión de las mujeres: como natural o como producto de la lucha por diversas reivindicaciones?	
		• ¿Se hace mención a los movimientos sociales que han visibilizado/luchado por los derechos de grupos subordinados? (Mujeres, grupos étnicos, trabajadores/as, etc.) ¿Cómo?	
Revisión epistemológica		• ¿Son incorporadas las experiencias/miradas de las mujeres y otros grupos subordinados en la construcción de los saberes disciplinares?	
		• ¿Se incorporan el género, la etnia, la clase, en los discursos científicos, como aspectos para la explicación y la comprensión de la realidad?	

Fuente: Elaboración propia (2006).

- a) Personal de planta, según especialidad y sexo: como se observa en el cuadro, los entrevistados fueron cuatro médicas de planta y un médico, jefe de Sala de Maternidad. Se entrevistó a una trabajadora social que, en este caso, es la única del Servicio de Maternidad (el criterio de la Institución es que de su planta de trabajadores/as sociales se destine uno/a a cada servicio o programa especial).
- b) Médicos residentes y concurrentes, según sexo: de los entrevistados, dos residentes son mujeres, una es jefa de residentes y la otra se desenvuelve en el área de puerperio. Asimismo, dos residentes son hombres, tocoginecólogos, y dos son concurrentes.
- c) Personal de guardia, según especialidad y sexo: las guardias del hospital coinciden con cada día de la semana. En la presente exposición de datos no se identifican los días, a fin de mantener el anonimato de los entrevistados. De los médicos de guardia entrevistados, tres son hombres y dos son mujeres. De las obstétricas de guardia se entrevistó a las tres que accedieron a la consulta; todas son mujeres y realizan guardias de 24hs.; dos de ellas refieren ser suplentes.

La investigación se inscribió en la metodología cualitativa. La técnica de recopilación de información que se aplicó fue la entrevista semi estructurada.

Para el diseño de la guía de entrevista se tuvieron en cuenta los siguientes grandes capítulos temáticos:

- a) Concepciones acerca de la violencia familiar: explicaciones etiológicas, poblaciones afectadas, prevalencia estimada de la problemática.
- b) Detección de casos: capacidad para detectarlos, experiencia en el tema, etcétera.
- c) Caracterización de los tipos de violencia: descripción de los casos, valoración de sus características.
- d) Estrategias de asistencia y derivación.
- e) Recomendaciones para la prevención de la problemática.

El análisis de la información relevada se orientó a la construcción de una tipología, que se proponía segmentar las representaciones y valoraciones de los profesionales entrevistados.

Dicha tipología se construyó considerando las siguientes dimensiones de análisis:

1. *Práctica cotidiana profesional*: se trataba de evaluar qué actitudes manifestaban ante su función profesional en el contexto institucional y qué tipo de compromiso se asumía con la tarea y con los pacientes.

2. *Representaciones y significaciones con respecto a la violencia contra la mujer*: se trataba de evaluar las concepciones dominantes en relación con la violencia, la inclusión o no de los factores socioculturales y la perspectiva de género al momento de explicarla y comprenderla. A los efectos de profundizar en estos aspectos se indagó en las siguientes subdimensiones:
 - 2.1 Explicaciones etiológicas de la violencia contra la mujer.
 - 2.2 Caracterización de las poblaciones afectadas.

Resultados

Del análisis de las entrevistas, se identificaron tres *Tipos de profesionales*, teniendo en cuenta las concepciones de las que parten para el abordaje de la violencia contra la mujer, así como también las prácticas que desarrollan desde su quehacer cotidiano.

Esa tipología resultó del cruzamiento de las dos grandes dimensiones de análisis trabajadas:

- Actitud ante su práctica profesional.
 - Concepciones dominantes ante la violencia.
1. En lo que respecta a la primera dimensión se distinguieron dos situaciones:
 - 1.1 *Prácticas activas*: caracterizadas por una actitud propositiva en relación con la función que se asume como profesional en el contexto institucional, interés en recibir capacitación, involucrarse con temas que en apariencia exceden su especialidad –como el de la violencia.
 - 1.2 *Prácticas pasivas*: se caracterizan por una actitud más reservada y limitada en relación con su función como profesionales. Frente al tema de la violencia manifiestan poco involucramiento y no parecen interesados en asumir responsabilidades que excedan su específica función.
 2. En lo concerniente a las *Representaciones y significaciones con respecto a la violencia contra la mujer* se distinguieron tres tipos de situaciones:
 - 2.1 Concepciones que entienden a la violencia desde una perspectiva sociocultural, con énfasis en la perspectiva de género. Para este grupo, la problemática de la violencia remite no sólo al contexto social de las mujeres víctimas –su situación económica, su procedencia social, etc.– sino también a las relaciones de subordinación basadas en las diferencias de género.

2.2 Concepciones que entienden a la violencia desde una perspectiva sociocultural, pero sin incluir de manera significativa las disparidades de género. En este grupo, aunque hay una importante referencia a aspectos vinculados a cuestiones que trascienden lo estrictamente personal, las cuestiones de género no aparecen, o aparecen bajo la forma de estereotipos que, precisamente, encubren la problemática del género.

2.3 Concepciones que encuadran o conciben a la violencia desde un modelo psicopatológico, que no incluyen –o no lo hacen de manera significativa– los aspectos socioculturales ni la perspectiva de género. Entre estos profesionales priman los determinantes psicológicos de las personas, y aunque hay algunas referencias a los contextos, las explicaciones etiológicas y la comprensión del problema están fuertemente estereotipadas y no aparecen los aspectos vinculados a la sumisión de género.

Considerando conjuntamente ambas dimensiones de análisis, resultaron las siguientes tipologías:

CONCEPCIONES ANTE LA VIOLENCIA	ACTITUD ANTE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	
	Prácticas activas	Prácticas pasivas
Modelo psicopatológico		Tipo 1
Modelo sociocultural		Tipo 2
Modelo sociocultural y género	Tipo 3	

Fuente: Elaboración propia (2006).

De las combinaciones potencialmente posibles (como pautas teóricas) se identificaron tres pautas empíricas:

Tipo 1: Tradicional

- Desarrollan una práctica pasiva en su quehacer cotidiano profesional.
- Representaciones sobre la violencia que se encuadran en un modelo psicopatológico.

Tipo 2: Intermedio

- Desarrollan una práctica pasiva en su quehacer cotidiano profesional.
- Representaciones sobre la violencia que se encuadran en un modelo sociocultural de abordaje.

Tipo 3: Integrador

- Desarrollan una práctica activa en su quehacer cotidiano profesional.
- Representaciones sobre la violencia que se encuadran en un modelo sociocultural desde una perspectiva de género.

CUADRO N° 2. Tipos de profesionales del Servicio de Maternidad y Obstetricia.

VARIABLES	Tipos de profesional		
	Tradicional	Intermedio	Integrador
Caracterización de los tipos de violencia	La violencia física es la más frecuente.	Apreciaciones diferentes: para algunos la violencia física es la más frecuente; otros manifiestan que la violencia verbal es la más común. La violencia no es sólo contra la mujer sino que puede manifestarse hacia los hijos.	La violencia física es la más frecuente. La violencia emocional o psicológica se detecta después de interrogar a la mujer y de establecer un vínculo de confianza. Después de la exposición a situaciones de maltrato emocional aparece la violencia física. Son situaciones de larga data o crónicas.
Caracterización socioeconómica y psicológica de las mujeres víctimas de violencia	En su mayoría se trata de mujeres introvertidas. No hay asociación entre violencia y nacionalidad. La violencia atraviesa todos los sectores sociales.	Población de bajo nivel social. Predominio de culturas machistas con tendencia a la sumisión de la mujer y a la agresión contra ella. La violencia atraviesa todos los sectores sociales.	La población afectada pertenece a cualquier nivel socioeconómico, educativo, estado civil y edad, sin embargo, la que llega al hospital presenta determinadas características, vinculadas a la vulnerabilidad social. La variable nacionalidad se correlaciona con características socioculturales. La explicación de la violencia contra la mujer se da a partir de modelos de género dominantes que se inscriben en un sistema patriarcal.
Práctica cotidiana profesional	Derivaciones al Servicio de Violencia familiar y Psicopatología. Indagación a la mujer para detectar problemas de violencia, adicciones o si está tomando medicación por tiempo prolongado.	Temores y distanciamiento subjetivo en relación con la problemática, como algo ajeno a su incumbencia profesional. Temores frente a la situación de entrevista y resistencias en brindar información, desde su posicionamiento en la institución.	Sensibilización e interés frente a la temática. Necesidad de adquirir conocimientos para detectar los casos y realizar las derivaciones pertinentes. No muestran resistencias o temores. Cercanía afectiva en relación con la problemática. Desarrollan prácticas activas. Comparten concepciones que se inscriben en un modelo sociocultural que incluye la perspectiva de género.

<p>Concepciones sobre hechos de violencia contra la mujer y explicaciones etiológicas</p>	<p>Se destaca la violencia física y psíquica. Entre las causas se hallan el alcoholismo, la droga, la personalidad de la mujer y sus antecedentes durante la infancia y la adolescencia.</p>	<p>Se destacan los problemas de adicciones, la situación social del país, niveles de pobreza y desocupación, la prevalencia de una cultura patriarcal que genera distribución desigual de poder en la familia y la presencia de un proceso de socialización que incorpora pautas de comportamientos violentos.</p>	<p>Prevalencia de una cultura patriarcal. Enfoque holístico, abarcativo en la comprensión de la problemática. Hacen referencia a la estructura macrosocial para la explicación de las situaciones de violencia. Alusión al proceso de socialización y a la prevalencia de modelos convencionales como estilos de organización familiar.</p>
<p>Recomendaciones para la prevención de la problemática</p>	<p>Campanas de difusión. La violencia es una problemática que debe ser resuelta por la pareja, en un ámbito privado. No se vincula a una cuestión de nivel sociopolítico.</p>	<p>Programas educativos, campañas de difusión dirigidas a las mujeres víctimas de violencia y a todo el grupo familiar. Considerar a los hijos de padres violentos, contemplando la reproducción del ciclo de violencia.</p>	<p>Necesidad de articulación intra e interinstitucional para la atención y derivación. Capacitación sobre los niveles de alarma para la atención de la mujer. Referencia a aspectos relacionados con el sistema político-legal macrosocial. Se la considera una problemática de Estado y de la sociedad civil, que debería incorporarse a la agenda pública. Necesidad de generar un ámbito de privacidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tipo tradicional

Este grupo de profesionales se denominó tradicional, atendiendo a sus rasgos característicos: parecen asumir cierta distancia con la problemática, como si fuese algo ajeno a su práctica cotidiana. En términos generales se muestran pasivos y conservadores, en lo que respecta al quehacer cotidiano profesional.

La violencia se interpreta y se aborda desde una concepción psicopatológica, basada en el modelo médico. Conforme con ello, consideran que en las situaciones de violencia existe un factor psicopatológico de base en la víctima, en el agresor o en ambos. De modo que las causas de la violencia se buscan en la constitución de la subjetividad femenina y en la enfermedad mental de los actores involucrados.

Parten de una mirada lineal, unicausal para la explicación de los episodios de violencia, y no incorporan los aspectos socioculturales que pueden estar incidiendo en su ocurrencia.

No se pone en cuestión el universo de valores que funda el sistema jerárquico del poder familiar en el que se asientan las situaciones de violencia (Infante y otros, 1999: 59).

De un total de veinte entrevistas realizadas, se visualizaron solamente tres casos que pueden inscribirse en el tipo de profesional tradicional: una trabajadora social y dos mujeres médicas que, en todos los casos, pertenecen al plantel de planta permanente de la institución.

A continuación se presentan las categorías de análisis, con los comentarios más relevantes que permiten caracterizar a este tipo de profesionales.

Caracterización de las mujeres víctimas de violencia

- Consideran que las víctimas de la violencia son, en su mayoría, mujeres con personalidad introvertida.

“Todas las mujeres que sufren violencia presentan signos de introversión, problemas de personalidad.”

- Señalan que las mujeres que están más predispuestas a padecer situaciones de violencia son las que tienen baja autoestima.
- En lo referente al agresor, su conducta violenta se atribuye, entre otros factores, al alcoholismo y la drogadicción

“Es que el hombre bebe, comentan que vienen borrachos y les pegan; otra base importante en la violencia es la droga... Lo que más aparece es el alcoholismo y algunas adicciones.”

- Se hace referencia a la situación económica como un factor que incide en la ocurrencia de violencia.

“Muchos discuten por el problema del dinero.”

- Se atribuye también un papel importante al examen de la personalidad de las consultantes.

“Se indaga sobre la presencia de personalidades que pueden estar asociadas a los malos tratos... Habría que profundizar en el análisis psicológico de los problemas...”

- Consideran que la violencia afecta a todos los sectores sociales por igual.
- Aunque no se visualiza asociación entre violencia y nacionalidad, reconocen que en su ámbito de trabajo hay alta proporción de extranjeros, pero

que, al igual que con la población argentina, creen que la incidencia de la problemática es muy baja.

Práctica cotidiana profesional

- Refieren haber tenido contacto con casos de violencia y derivarlos al consultorio de Violencia familiar y Psicopatología del hospital.
- Entre los hechos violentos se destacan la violencia física y la psíquica o de acción psicológica.
- Consideran que, actualmente, las mujeres manifiestan en mayor medida su situación de violencia cuando la padecen.
- Se hace referencia a distintas aristas de la violencia emocional, la presión, la descalificación, hacer sentir culpable a la mujer.
- En la consulta se le pregunta a la mujer si está sufriendo violencia, si hay problemas de drogadicción o de adicción, si está tomando algún tipo de medicación de tratamiento prolongado.
- La actitud profesional con respecto a la problemática de la violencia contra la mujer consiste en no indagar en profundidad.

“No indago demasiado porque yo no estoy para trabajar en la problemática, hago lo mínimo necesario para poder brindarle una información al equipo de violencia.”

- En la situación de entrevistas se visualizaron resistencias, temores frente a los cambios y una posición distante frente a la problemática: como un asunto ajeno a su quehacer profesional.

Recomendaciones para la prevención de la problemática

- Recomiendan hacer campañas de difusión ofreciéndoles alternativas a las mujeres víctimas de violencia para que consulten ante el menor signo de agresión.
- Proponen la realización de charlas de procreación con la participación de algún especialista en prevención de violencia.
- Sugieren el tratamiento de pareja.

“Habría que eliminar las causas que la provocan; en lo que se refiere a la pareja habría que citarlos, pero son pocos los que se ponen a disposición.”

Desde este enfoque, las causas de la violencia doméstica son individuales o de origen familiar; consideran los trastornos emocionales o los vínculos interpersonales como producto de un problema preponderantemente individual (Paggi, Colombo, 1999: 31). Aunque reconocen que las principales víctimas son las mujeres, no se hace referencia a la discriminación de género en la estructura social; se sugieren tratamientos –como los de pareja–, usualmente contraindicados para este tipo de problemática.

Tipo intermedio

En este grupo se han incluido aquellos profesionales que asumen una actitud relativamente pasiva en su quehacer cotidiano profesional, pero que conciben a la problemática de la violencia contra la mujer desde un modelo sociocultural.

Presentan resistencias para la realización de cambios y para la asunción de un compromiso activo con la problemática; es decir, si bien tienen una visión integradora –incorporando determinantes psicológicos y sociales a la hora de evaluar las situaciones de salud–, en su práctica presentan resistencias y cierta actitud temerosa al cambio y al compromiso profesional con la problemática. En términos generales, la visualizan como ajena a su incumbencia profesional.

Del conjunto de profesionales entrevistados se visualizaron ocho casos que pueden inscribirse en este grupo (tres mujeres, cinco varones): los profesionales varones eran un médico de planta, dos médicos de guardia y dos médicos concurrentes, y las mujeres, dos obstétricas y una jefa de guardia.

Caracterización de las mujeres víctimas de violencia

- Advierten que la más frecuente y visible es la violencia física, aunque reconocen que la violencia puede ser tanto física como psicológica.

“La violencia física es la que aparece con mayor frecuencia desde la práctica profesional... Los casos más comunes son pacientes agredidas físicamente... Han venido madres con golpes en la cara, hemos tenido casos de urgencia de madres que han entrado con traumatismos en el abdomen, con hemorragias o con pérdida de sangre.”

- Perciben también como violencia –emocional, psicológica– el abandono de las mujeres en los períodos de embarazo, parto y puerperio.

“Otro tipo de violencia es la cantidad de mujeres que no tienen visitas...
Acá no ves mucho lo físico, pero a lo mejor lo ves en el abandono...
Viene solita, con sus cositas, está muy solita...”

- Reconocen el impacto de estas situaciones en las condiciones psíquicas de la mujer y en los efectos que puede tener para el desarrollo de su embarazo.

“A veces la paciente viene muy nerviosa y viene a la guardia, todavía le falta parir pero ella viene con contracciones, nerviosa y a través de eso sale que ha tenido una pelea, tuvo una violencia verbal y a veces una violencia física, a veces le pega. El estado anímico es muy importante para su embarazo.”

- Las poblaciones con las que trabajan son, en general, de nivel social bajo, por lo tanto los casos de violencia que detectan corresponden a ese grupo. Sin embargo, reconocen que la violencia se presenta también en los otros sectores sociales.

“Con respecto a las poblaciones más afectadas, creo que atañe a todos los sectores; yo creo que la violencia familiar está en todos lados, no está solamente en los sectores de pobreza o pauperizados...”

- Se señalan, también, algunos aspectos que vinculan a la violencia con rasgos culturales de las poblaciones migrantes, destacando incluso los “rasgos machistas” que subyacen a la problemática de la violencia.

“Tanto la boliviana como la peruana son culturas muy machistas, y entonces es como que tienen tendencia a la sumisión de la mujer y a la agresión del hombre.”

- Las causas de la violencia se ubican en aspectos vinculados a la formación educativa, el entorno social y la cultura machista.

“... y, en general es un problema de educación, o de educación del hombre; aparte, el nivel social también tiene que ver; en la clase de nivel social bajo el hombre es muy dominante, hay casos de alcoholismo del hombre... muchas causas; creo que, en general, la mujer no puede tomar una posición de más fuerza, más poder dentro de la familia, dentro de la pareja...”

- En algún caso, aun cuando se reconocen los determinantes multicausales de la violencia, se insiste en su bidireccionalidad: del hombre hacia la mujer y de la mujer hacia el hombre (aunque reconociendo que esta última

en menor medida); reproduciendo también gran parte de los prejuicios que alimentan la mitología popular sobre esta problemática.

“No estoy empapado en el tema, pero la pobreza, el hacinamiento y las adicciones influyen siempre respecto del hombre para la mujer; eso sin descartar que en un bajo grado existe el maltrato de la mujer para con el hombre.”

- También se incluyen, aunque de manera inespecífica, referencias al entorno socioeconómico más amplio.

“La situación social del país influye en la ocurrencia de episodios de violencia.”

- Se hace referencia a las experiencias reproductivas de la violencia: el entorno de crianza se percibe como un determinante importante.

“La educación que tuvo esa persona, el hogar que tuvo, lo que mamó, si uno tuvo padres violentos o no, hasta los problemas cotidianos que tenga, la presión por la cual una persona explote el lado de la fuerza o de la violencia; hay mucha gente que se crió de esa forma, que vio a sus padres y piensan que es normal... Las adicciones, pero no solamente las adicciones; dependerá de cada grupo familiar y del entorno que vive ese grupo, la realidad que vive ese grupo...”

Práctica cotidiana profesional

En este tipo de profesionales las diferencias se visualizaron a nivel de las prácticas que desarrollan los actores sociales frente a la violencia contra la mujer:

- Se visualizó un distanciamiento subjetivo en relación con la problemática, como algo ajeno a su incumbencia profesional, como una temática que no les compete a nivel profesional.
- Se visualizaron temores frente a la situación de entrevista y resistencias en brindar información, vinculados a su posicionamiento en la institución, es decir, al temor de que sus dichos afecten su imagen, su posición o su reconocimiento en la institución.

Recomendaciones para la prevención de la problemática

- Se propone la educación por medio de campañas de sensibilización, a través de la educación formal y de los medios de difusión.

“Es un problema de educación; nosotros acá lo que hacemos es detección, nada más, y algún tratamiento...; el programa tiene que ser educativo, campañas generales, medios de difusión...; tratar de que la cosa emane de las esferas más altas del gobierno, promoviendo un poquito más la educación, el fomento a la salud pública... Desde campañas de prevención para mostrar a la sociedad, hasta el trabajo individual, los medios de difusión son fundamentales.”

- Aunque en algunos casos se señala que desde los servicios de atención no se puede hacer prevención, en otros se admite, sin embargo, que el momento de la detección en el ámbito hospitalario resulta crucial para prevenir e intervenir.

“Organizar planes, sobre todo las instituciones hospitalarias, porque es el momento fundamental en que hacés la detección.”

- Se propone también el trabajo psicoterapéutico, en algunos casos desconociendo las recomendaciones y orientaciones propias de la intervención psicológica en violencia familiar, como, por ejemplo, la “terapia familiar y sistémica”; en otros, en cambio, atendiendo sus características específicas y sugiriendo la ayuda a los niños víctimas de violencia y al varón golpeador.

“Prevenir, en campañas, la detección temprana de una mujer que pueda tener estos riesgos... Desde tratamiento psicológico, terapia sistémica, que se trabaje con la familia... Y también campañas para los chicos, porque en los chicos que son hijos de padres violentos repercute muchísimo, se ha comprobado que el chico repite la conducta de los padres... Hay que darle una terapia al marido, porque no es solamente la denuncia, porque así no se va a curar.”

Tipo integrador

Este grupo se manifiesta abierto al cambio y los profesionales se caracterizan por tener un pensamiento y una práctica creativos.

No se visualizaron resistencias frente a la problemática y la conciben como incumbente a su quehacer profesional.

En algunos casos demandan capacitación específica para mejorar su intervención (considerando que la falta de capacitación en el tema de la violencia contra la mujer es un déficit de su formación y de los recursos con los que cuentan para actuar en el servicio).

Comparten un enfoque multifactorial que incluye una mirada interdisciplinaria en el abordaje de la temática. Se parte de un enfoque integral, holístico, donde los aspectos biológicos-médicos necesitan complementarse con cuestiones socioculturales, emocionales, etcétera.

La atención de la salud incorpora un conjunto de variables sociales, económicas, y culturales en la explicación de las situaciones de violencia y en la búsqueda de explicaciones causales.

Mientras el tipo de profesional tradicional analiza la problemática de la violencia desde una perspectiva individual más próxima al modelo bioclista, el tipo de profesional integrador lo hace desde una mirada abarcativa, globalizadora, tanto al explicar el origen de la violencia como al referirse a los sujetos a los que afecta y a las formas en que se presenta (Infante y otros, ob.cit., 1999: 114).

Del conjunto de entrevistas realizadas se identificaron nueve casos de profesionales que pueden inscribirse en el tipo integrador (seis mujeres y tres varones). Las profesiones y funciones de este tipo de profesionales se distribuye de la siguiente manera: tres médicas tocoginecólogas (una, médica de guardia y concurrente; otra, jefa de residentes, y la restante, médica residente); dos médicos tocoginecólogos (residentes); dos médicas obstetras (médicas de planta); una obstétrica (personal de planta), y un médico obstetra (médico de guardia).

Caracterización de los tipos de violencia

- Señalan que los casos de violencia emocional o psicológica se detectan después de interrogar a la mujer y de establecer un vínculo de confianza; sin embargo, consideran que es la violencia física la que se observa con mayor frecuencia. Para algunos de los profesionales la violencia física surge como consecuencia de la violencia emocional, es decir, después de la exposición de la mujer a situaciones de maltrato emocional.
- Consideran que, en muchos casos, cuando la mujer declara situaciones de violencia es porque ya se encuentra en una situación límite, padeciendo una violencia crónica en la que el maltrato se torna insostenible; de modo que creen que en muchos otros casos las mujeres no declaran la violencia que están padeciendo (de allí la importancia de interrogar y conversar con las mujeres que atienden).
- Conciben también como violentas las situaciones y actitudes de negligencia que padecen algunas mujeres por parte de sus compañeros, especialmente en las etapas de embarazo, parto y puerperio, por falta de

contención o de apoyo, complementarias a actitudes de sometimiento por parte de la mujer.

“Uno ve la sumisión terrible de la mujer; por ejemplo, hay pacientes con trabajo de parto muy dificultoso, muy dolorido, y que el marido quizás la deja acá en la puerta y se va, la deja con el bolsito y dice ‘vengo mañana a la hora de la visita’, esto también es violencia... Hay mucha violencia de distintos tipos..., tiene que venir al médico y uno les pregunta por qué no viniste a la consulta..., después nos damos cuenta de que no vino porque el marido le dijo que se deje de gastar dinero... Hay otro maltrato que es la ignorancia, o sea el ignorar a esa mujer y no darse cuenta de que está embarazada y puede estar cansada y quizás no tiene por qué cargar bolsas, uno ve a las bolivianas cargando las bolsas con los chicos, eso también es un maltrato... Son casos de mujeres que están en situación de semiesclavitud, que el marido no la deja salir, no le da plata para salir...”

- Se observa también, entre estos profesionales, una atenta actitud por comprender qué les pasa a las mujeres en el momento vital que atraviesan –su embarazo, parto y puerperio–, buscando interpretar sus situaciones en el contexto en el que viven, y atendiendo, entre otras cosas, a las situaciones de violencia que pueden estar padeciendo, desde una perspectiva amplia, que, como se observó antes, trasciende al mero golpe.

“Ayer hubo una paciente –madre soltera– que entró en el trabajo de parto y se descontroló muy mal, nos agredió, y uno podía ver el entorno que la rodeaba, era socialmente una paciente agredida: la pareja no la acompañaba, no reconoció al chico, el padre de ella tenía una actitud frente al embarazo un poco negativa, entonces todo eso se vio reflejado en el preparto.”

- Se muestran sensibles, de igual modo, a la comprensión del entorno más amplio –social y económico– desde el que llegan las mujeres, concibiendo como situaciones de violencia a la falta de protección laboral para la mujer embarazada, la pobreza, etc.

“Hay infinidad de hechos de violencia contra la mujer, no solamente ser golpeada sino ser discriminada en un montón de trabajos es un hecho de violencia..., hay trabajos donde quedó embarazada y se quedó sin trabajo...; en no poder asistir a un médico para ser controlada...”

- Aunque los casos que detectan pertenecen a niveles socioeconómicos bajos, adscriben esa situación al perfil de la población hospitalaria, reconociendo, al mismo tiempo, que la violencia contra la mujer se presenta

en cualquier nivel socioeconómico, educativo, ubicación en el espacio geográfico y en cualquier estado civil y/o edad.

“Nosotros acá vemos población generalmente de nivel social bajo, no creo que sean... no sé si son las más afectadas; yo creo que puede haber violencia tranquilamente en niveles sociales altos también; así que creo que la violencia se ve en todo tipo de niveles.”

- Estos profesionales se muestran también sensibles a la captación y consideración de las variaciones socioculturales que pueden presentarse entre mujeres provenientes de distintos países y están atentos a captar los casos de violencia que se ocultan, a veces, por rasgos de personalidad o estilos culturales.

“Hay dos clases de pacientes, las que vienen y te cuentan y las que no dicen nada... La mujer boliviana que el marido la golpea no dice nada, o se lo sacamos nosotros después del interrogatorio, cuando revisamos a la paciente. Y está otra paciente que viene a decirlo normalmente; son pacientes argentinas o uruguayas que tienen un mayor coeficiente intelectual..., son pacientes que dicen ‘estoy cansada de que me fajen, no quiero saber nada’, y ya vienen diciendo ‘mi marido me pega, no quiero volver a mi casa’.”

- Entre los *factores etiológicos* se destaca la prevalencia de una cultura patriarcal: del discurso surge claramente la situación de subordinación de las mujeres en la estructura social.

“Es cultural, o sea que el hombre tiene que mostrar que es hombre maltratando, aparte vienen de hogares así, entonces es muy cultural... Pienso que es mucho la idiosincrasia de ellos, que la mujer tiene que atenerse a todo lo que al hombre se le ocurra. Yo creo que lo que origina esto es la desprotección que sufren las mujeres..., en cuanto a las reglas laborales, un mundo machista, las normas las han impuesto los hombres, se ve mal que la mujer tenga licencia por maternidad, que le duela la panza por la menstruación..., es una cosa machista que no tendría que existir pero existe. La causa que origina esto es ser mujer, directamente te hace culpable porque se genera una situación de mucha violencia; nuestro jefe se quejaba mucho si teníamos faltas porque nuestros hijos estaban enfermos, cuando es inevitable que una mamá cuide a su bebé, esto nos generaba mucha violencia, una es culpógena por naturaleza... El problema de género, el hecho de ser mujer... no, porque la mujer falta mucho; porque cuando un chico está enfermo es la mujer la que no va a trabajar; no, porque la mujer siempre trae problemas...”

- Hacen referencia a los procesos reproductores de la violencia intergeneracionales.

“Si nací en una casa donde mi papá me pegaba, o le pegaba a mi mamá, no puedo aprender otra forma de tratar; así, vemos que hay una reproducción de la violencia...”

Práctica cotidiana profesional

Se observó una especial sensibilización frente a la problemática, entre las profesionales de este grupo:

- Se mostraron motivadas para adquirir conocimientos, interesadas en mejorar la detección de casos y realizar las derivaciones pertinentes.
- Si bien no cuentan con un protocolo para la detección de casos, desde su práctica cotidiana han desarrollado la técnica de la observación, para el registro de situaciones de violencia.
- Este sector de profesionales incorpora a su práctica diaria un conjunto de variables sociales, económicas y culturales en la explicación de las situaciones de violencia y en la búsqueda de explicaciones causales.

Recomendaciones para la prevención de la problemática

- Se sugiere capacitar a los profesionales que atienden a mujeres y mejorar su actitud general con respecto a la atención, en dirección a la “humanización del vínculo médico-paciente”.

“Que los médicos seamos un poco más personas, tener más oreja, más tiempo y más tranquilidad para escuchar a las pacientes..., generar menos burocracia en el medio, que exista un ámbito más íntimo para interrogar a las pacientes.”

- Proponen trabajar para revertir los modelos convencionales de género en la sociedad. Entre otras cosas, sugieren la educación en salud sexual y reproductiva y en el tema de violencia.

“Instruir a la mujer para que no se deje golpear, que deje de estar sometida, de tener tanto miedo, hacer las denuncias necesarias. Habría que darle educación sexual a la mujer... Si se pudieran hacer unas charlas extra, charlas de procreación, e incluir a algún especialista en violencia que pudiera dar ciertos toques de alerta y ver cómo parar la situación.”

- Se hace referencia, también, a la generación de redes para la articulación en la atención de la problemática, haciendo énfasis en el trabajo colectivo.

“Generar redes de articulación entre el Servicio de Violencia del hospital y el resto de los servicios, para derivar a los casos de violencia de una manera operativa; trabajar de modo relacionado con las distintas instituciones de salud.”

- A nivel legislativo se sugieren acciones que endurezcan las penas en caso de violencia doméstica y se pide el fomento de políticas específicas desde las esferas de gobierno.
- En esa misma dirección se advierte la necesidad de un mayor compromiso en el tema por parte de la dirección institucional, que se articule con las políticas gubernamentales y las redes interinstitucionales.

“El tema pasa por tener una clara directiva institucional, tener una política a nivel gubernamental y obtener apoyo de las ONGs.”

Un rasgo distintivo y destacable de estas recomendaciones es la referencia a aspectos relacionados con el sistema político-legal. Se la concibe como una problemática de Estado que debería incorporarse a la agenda pública.

Conclusiones

El campo de las producciones simbólicas colectivas –las creencias, los prejuicios, las representaciones sociales, el imaginario social– sostiene posicionamientos subjetivos y atraviesa discursos y prácticas de las personas, en lo social, en los grupos y en las instituciones. Son precisamente estos componentes simbólicos los que configuran los diversos modos en que son generados los entramados significantes que le permiten al ser humano comprender su cotidianidad. Lo institucional influye en la construcción de la subjetividad del sujeto, en sus modos de pensar y de sentir desde lo cotidiano (Moice, 1998: 40).

Los resultados encontrados permiten afirmar que no se puede considerar al cuerpo de profesionales como un bloque homogéneo, sino que en su interior se visualizaron una diversidad de posturas teóricas, concepciones, prácticas y posicionamientos, en relación con la práctica profesional en general y en el abordaje de la violencia contra la mujer en particular.

Esas diferencias reconocen, sin embargo, algunos aspectos en común: en todos los grupos se observa alguna sensibilización en el tema de la violencia,

todos/as los/as profesionales reconocen la presencia de esta problemática en la práctica profesional cotidiana, todos reconocen dificultades en su abordaje y la necesidad de una articulación institucional que trasciende el consultorio. También admiten que las principales víctimas de la violencia son las mujeres y, en mayor o menor medida, reconocen el impacto de estas situaciones en su salud psíquica y física, especialmente en las etapas de embarazo, parto y puerperio.

Sobre ese marco común, las diferencias entre los grupos son también significativas.

Como se señaló en el grupo del tipo tradicional, se deslizan posiciones que remiten a explicaciones etiológicas basadas en rasgos de personalidad o en estructuras psicopatológicas, tanto de la víctima como del victimario.

Desde esa perspectiva, el hombre violento es agresivo porque bebe, se droga o ha perdido el empleo. En cambio, la mujer puede ser vista, incluso, como provocadora de la violencia: ya sea porque se le endilga el mote de masoquista o porque se considera que reproduce situaciones de una familia de origen disfuncional.

Frente a estas representaciones es de destacar, sin embargo, que la mayoría de los estudios en el tema muestran que la incidencia de trastornos mentales entre los agresores no es mayor que la que se observa entre la población en general; y, de igual modo, el abuso de sustancias, más que ser la causa de la violencia, contribuye a facilitarla o se transforma en una excusa atenuante (Corsi, 1997: 47).

En el nivel de las prácticas se visualizaron también diferencias: prácticas pasivas y prácticas activas. Las primeras adquirieron diversas formas de expresión, entre las cuales se pueden mencionar: reconocimiento de la violencia contra la mujer como una cuestión ajena a su competencia profesional; resistencias y temores a brindar información desde el posicionamiento de los actores en la institución, y “deseo de la aprobación social” (estas características se constatan tanto en el tipo de profesional tradicional como en el intermedio, aunque en este último en menor medida).

El tipo de profesional integrador está constituido por un sector que se muestra proclive a procesos de transformación de la práctica cotidiana profesional. Ha sido el grupo que, reconociendo las dificultades que presenta el tratamiento de la problemática, se mostró especialmente interesado en disponer de estrategias y recursos para superarlas: se interesaron en la promoción de vínculos de mayor cercanía y privacidad en el marco de la atención hospitalaria (dificultados por la falta de espacio, falta de tiempo, etc.); hicieron referencia a la necesidad de capacitación para mejorar la intervención (dónde y

cómo derivar, cómo contenerlas, etc.), y se mostraron sensibles a los problemas de comunicación de las propias mujeres, ya sea por la situación de sumisión en que se encuentran o por problemas de sesgos culturales que dificultan la comunicación.

Además, ha sido el grupo que más claramente manifestó sensibilidad a las cuestiones de género, a la hora de explicar las causas vinculadas a la violencia contra la mujer.

En términos generales, para este tipo de profesionales la violencia constituye un problema social y político al que es preciso dar respuestas desde distintas perspectivas: desde los ámbitos legal, educativo, comunicacional, familiar.

Es importante advertir que estos profesionales constituyen un sector dinámico de las instituciones, que son potenciales gestores de transformaciones y de creación institucional, por lo que deberían identificarse de manera prioritaria al momento de implementar políticas activas de sensibilización y de capacitación para mejorar los procesos de detección y de orientación a mujeres víctimas de violencia, en el área de salud.

Un aspecto a destacar –como síntesis del análisis de todos los grupos– es que, con independencia de las concepciones que se sustentan –y de la mayor o menor conciencia que de ello manifiestan los profesionales–, en todos los grupos se advierten distintas dificultades para el abordaje de la problemática, debido a su grado de complejidad y a la diversidad de aristas para su tratamiento y prevención.

Recomendaciones

Diversos estudios han constatado que los efectores del sistema de salud ocupan un lugar estratégico en la detección de casos de violencia contra la mujer. Sin embargo, este tema abre un sinnúmero de desafíos al sector, ya que no constituye un tema de “salud/enfermedad” en el campo de los procesos orgánicos o psíquicos. Tampoco la “atención” se reduce a la terapéutica médico-psicológica; involucra aspectos jurídicos y compromisos morales e ideológicos en mayor medida que muchas otras prácticas.

La capacitación del personal de los servicios es fundamental, no sólo para aumentar las tasas de detección y tratamiento, sino también para asegurar que las mujeres que padecen violencia no sufran situaciones de maltrato por el sistema de atención de salud.

Avanzar en el mejoramiento de la captación, derivación y atención de mujeres víctimas de violencia concurrentes a los servicios públicos de salud

requiere de la implementación de una estrategia de intervención en la que participen los distintos actores sociales: sistema judicial, sistema educativo, sistema de salud, policía.

La “medicalización de la violencia” significa ocultarla en el tratamiento de las consecuencias psíquicas o físicas que ella provoca (como cuando se tratan las lesiones sin atender a sus causas violentas) o cuando se la concibe como un asunto de “psicopatología” que debe relegarse al tratamiento clásico o a la medicación psiquiátrica. En cambio, cuando se la aborda desde la óptica de los derechos humanos, desde una concepción integral de la salud, es necesario también tomar partido y asumir responsabilidades jurídicas, civiles y morales. Es indispensable intervenir en múltiples dimensiones.

Son esas determinaciones jurídicas las que, por otra parte, trastocan y cuestionan el papel tradicional de los/as profesionales. La subjetividad de los agentes de la salud está involucrada en múltiples dimensiones “contra-transferenciales” cuando se trata de la problemática de la violencia familiar: por una parte, la de su propio proceso socializador, es decir, la de su historia de familiarización y el aprendizaje protagónico sobre los roles, funciones y reconocimientos asignados a los distintos miembros familiares (solidaria a los valores culturales del contexto más amplio). Atañe, de igual modo, a sus marcos teóricos y epistemológicos disciplinarios, y concierne, finalmente y en igual medida, a la dimensión jurídica de su persona, por ser testigo privilegiado de delitos, ante los que tiene expresas obligaciones como ciudadano y como profesional.

La capacitación y la sensibilización de los profesionales para contribuir a mejorar la detección y la intervención en esta problemática, tendría que atender a todas esas determinaciones:

- a) Debería ser un tema a incluir en los programas de formación de grado de todas las especializaciones médicas y, en mayor medida, en aquellas consideradas estratégicas en la atención de mujeres (como las de Obstetricia y Ginecología).
- b) La capacitación y la sensibilización deberían implementarse desde una perspectiva vivencial y no sólo teórica, procurando que los actores del campo de la salud tomen conciencia de sus propias concepciones, prejuicios y obstáculos afectivos.
- c) Deberían contemplarse mecanismos que garanticen la protección jurídica de los profesionales que intervienen -detectan, derivan, denuncian, etc.
- d) Deberían articularse mecanismos para facilitar las derivaciones y las consultas de mujeres víctimas, en los momentos estratégicos en que consultan

- al sector salud (ya que, en muchos casos, no volverán para atender su problemática de la violencia).
- e) Finalmente, debería ser un tema a incluir de manera orgánica en la agenda de políticas del sector salud, involucrando, en primer lugar, a las autoridades sanitarias del más alto nivel, pero también a jefes de servicios y a directores y responsables de instituciones de salud.

Aceptado: 4 de septiembre de 2006

Bibliografía

- CORSI, J. (comp.) (1997), *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- HEISE, L., y otros (1994), *Violencia contra la mujer: La carga oculta de Salud*, Washington D.C., Programa Mujer, Salud y Desarrollo, O.P.S.
- INFANTE, L., y otros (1999), *La violencia familiar. Actitudes y representaciones sociales*, Madrid, Editorial Fundamentos, Colección Ciencia.
- JARAMILLO, D., E.; URIBE, T., M. (2001), "El rol del personal de salud en la atención de las mujeres maltratadas", *Investigación y educación en Enfermería*, Vol. XIX, Nº 1.
- MOICE, C. (1998), *Prevención y psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria*, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- MOSCOVICI, S. (1981), "On social representation", en: FORGAS, J., P. (comp.), *Social cognition. Perspectives in everyday life*, Londres, Academic Press.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998), *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- PAGGI, P., y COLOMBO, G. (colaboración) (1999), *Manual de capacitación, Serie La violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones familiares*, Buenos Aires, Consejo Nacional de la Mujer-UNICEF.
- RICO, N. (1996), *Violencia de género: Un problema de Derechos Humanos, Serie Mujer y desarrollo*, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- WARSHAW, C., y GANLEY, A., L. (1998), *Improving the health care response to violence. A resource manual for health care providers*, San Francisco, Family violence prevention fund.
- YNOUB, R. (1998), "Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar del Área Metropolitana de Buenos Aires", *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, Vol. XV, 1998.

gcolombo@sinectis.com.ar

Graciela Beatriz Colombo. Licenciada en Sociología. Diploma Superior en Ciencias Sociales (FLACSO). Profesora Regular Adjunta, Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Integrante del Comité Académico del IDIS (Instituto de Investigaciones Sociológicas, Consejo de Profesionales en Sociología).

rynoub@fibertel.com.ar

Roxana Cecilia Ynoub. Doctora en Psicología. Profesora Titular de Introducción a la Investigación Psicológica en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesora Adjunta en Metodología de la Investigación Psicológica en la Universidad Nacional de Buenos Aires.

lveneranda@yahoo.com.ar

Luciana Veneranda. Licenciada en Trabajo Social. Consultora técnica PROMEBA (Programa Mejoramiento de Barrios), Ministerio de Planificación Federal. Jefa de Trabajos Prácticos (Facultad de Ciencias Sociales, UBA). Profesora Adjunta (Universidad Nacional de La Matanza).

giglesias@uces.edu.ar

María Gabriela Iglesias. Licenciada en Sociología (UBA). Docente Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Coordinadora del Departamento de Investigación de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES).

m_viglizzo@ciudad.com.ar

Mónica Viglizzo. Licenciada en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Jefa de Trabajos Prácticos.