

# Las políticas de prevención de la violencia de género en México: del discurso a la práctica

SARA YANETH FERNÁNDEZ MORENO\*

**RESUMEN:** Al analizar los discursos del personal de salud que trabaja en las áreas del Programa de Prevención de la Violencia de Género recientemente creado en el Distrito Federal; los contenidos de los programas locales, así como de los acuerdos internacionales que versan sobre la materia, se hacen evidentes los contrastes en la visión sobre la violencia de género. La postura frente a la violencia y la posibilidad de su erradicación parecen estar lejos de obtenerse debido a las disparidades encontradas entre los objetivos de los programas y su puesta en práctica. Se espera que este ejercicio contribuya a evidenciar la distancia entre las acciones y los discursos y abra la posibilidad de generar propuestas para prevenir y atender la violencia de género en México.

**ABSTRACT:** An analysis of the rhetoric of the health personnel working in the areas of the Program for the Prevention of Gender Violence recently created in the Federal District, the contents of local programs and international agreements on the issue reveals the contrasts in people's views on gender violence. Achieving a single position towards violence and eradicating the latter seems unlikely given the disparities found between the programs' objectives and their implementation. It is hoped that this exercise will shed light on the distance between actions and rhetoric and open up the possibility of putting forward proposals to prevent and deal with gender violence in Mexico.

*Palabras clave:* género, violencia, salud.

*Key words:* gender, violence, health.

\* Profesora-investigadora de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia. Doctora en Salud Pública, especialista en estudios de género.

## PRESENTACIÓN

Este documento forma parte de una investigación más amplia realizada por la autora en años recientes, en la cual se aborda la violencia de género en las prácticas institucionales de salud en el Distrito Federal. Como acercamiento específico, se pretende problematizar el concepto de la violencia de género y su materialización como programa en la estructura institucional de la Secretaría de Salud, a partir de los acuerdos internacionales y de los esfuerzos nacionales por avanzar en la materia. La línea de discusión del texto privilegia la mirada sociosanitaria de la salud y la perspectiva de género, desde las cuales la salud se concibe como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado. Se hace mención de los discursos oficiales, las investigaciones realizadas en la materia, los registros obtenidos directamente de los servicios de salud, el análisis de informes y las investigaciones realizadas por la autora en el interior de la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal.

## EL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Hay en particular una violencia que repercute en el desarrollo de las personas, en la percepción de sí mismas y en las modalidades de agresión más contundentes, recurrentes e invisibles, como es el caso de la violencia de género, definida por la Organización de las Naciones Unidas a través del Programa de Acción de la Conferencia de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, como: “todo acto de violencia basado en el género, que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la

coerción o privación arbitraria de la libertad, sea que ocurra en la vida privada o en la vía pública” (Torres, 2004).

Las formas y modalidades de este tipo de violencia van desde los gestos obscenos hasta la violencia sexual, y sus efectos van desde la sensación incómoda producto del acto o la agresión gestual o verbal, hasta daños irreversibles a la salud que pueden llevar a desarrollar una enfermedad grave e incluso a la muerte.

Totalpa (2005) ha identificado resistencias de parte de la población masculina a aceptar los cambios en las relaciones de género y una de las reacciones más recurrentes es la violencia doméstica de facto, la psicológica y simbólica, que sirve para recrear el sentido de superioridad; violencia que tiene su referente en la construcción de la identidad masculina, en un orden tradicional donde ser hombre es algo que se tiene que demostrar y defender partiendo del distanciamiento de lo femenino en una relación polarizada y opuesta. Al basar su identidad en elementos como la falta de expresión de los sentimientos, la competitividad, la dureza en el trato o la inflexibilidad en las decisiones, los hombres dan lugar a que sus expectativas en cuanto a desarrollo personal estén inscritas en contextos sociales y culturales basados en la violencia.<sup>1</sup> La violencia de género es explicada como un fenómeno colectivo que se registra en el contexto de una sociedad que tolera, incluso justifica, a sus perpetradores; suele ser una violencia socialmente reconocida, inserta en las prácticas cotidianas. No es, de ninguna manera, un acto aislado, al margen del contexto social.

<sup>1</sup> Totalpa cita a Ramírez (2002), quien muestra tres ejes fundamentales que influyen en la tradicional estructura identitaria masculina: el no tener ningún parecido a las mujeres; el uso y abuso de la violencia para defender y refrendar su lugar de poder en las relaciones de género, y la heterosexualidad obligada, bajo la lógica maniquea de que todo lo que no es masculino es femenino.

La violencia de género tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la feminidad y la masculinidad. Esto ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas (Valdés, 2004).

Hablar en específico de la violencia de género lleva a la discusión que identifica, por un lado, la idea de la violencia asociada a la guerra y las acciones bélicas respaldadas en la legitimidad del Estado a ejercerla y, por otro lado, la idea de la violencia de género ejercida específicamente contra las mujeres o los hombres y que tiene el carácter de violencia sexual y/o sexista. Hablar de la violencia de género en este contexto implica entonces referirse a:

Una acción de potencia y de fuerza que se ejerce sobre hombres y mujeres, con base en las construcciones sociales y culturales y en razón de la pertenencia a un sexo específico o en razón de su orientación sexual. Dicha acción se manifiesta de acuerdo con la posición y condición de subordinación en la que se encuentra cada sujeto en las diferentes dinámicas de poder. Estas acciones se hacen evidentes en las relaciones interpersonales y sociales que operan cotidianamente para el funcionamiento y desarrollo de las instituciones y de la sociedad en su conjunto (Fernández, Hernández y Paniagua, 2005).

Este concepto relacional busca caracterizar y hacer visibles las formas de violencia que tienen como sustrato o base la condición genérica de las personas. Facilita, además, la caracterización y visibilización de la violencia de género como un problema, en este caso, para las instituciones prestadoras de servicios de

salud, que incide en el conjunto de sus relaciones afectando los ámbitos médico, asistencial, laboral y administrativo y con ello, el alcance de la misión de dichas instituciones en sus cuatro principales ejes: prevención de la enfermedad, promoción de la salud, atención y asistencia, administración e investigación. Es importante además reconocer, como menciona Saucedo (2003), que la intervención del personal de salud puede contribuir a la victimización al minimizar el hecho, o poner en riesgo a las personas agredidas cuando se dan salidas jurídicas sin evaluar los riesgos que puede ocasionar una denuncia de este tipo de hechos.

Por esta razón, la violencia y todas sus formas son un problema prioritario en salud pública. Atender sus manifestaciones y entender sus complejidades contribuye a su mejor comprensión, abordaje, prevención y tratamiento. Las formas de violencia desde las más elementales y cotidianas hasta las más contundentes, son susceptibles de ser identificadas y abordadas a tiempo. La institución sanitaria es un escenario idóneo para abordarlas; al ser un lugar de referencia como centro de atención y tratamiento a los problemas conexos derivados directa e indirectamente de la violencia, hacen que todo acercamiento en esta dirección cobre relevancia.

La definición teórica de la violencia de género se remonta a los conceptos de:

- Relaciones de poder-subordinación, tanto por su institucionalidad como por los principios de las relaciones sociales desiguales.
- Relaciones de género, como categoría transversal a todo análisis género-sensible.
- Medicalización, que en este caso tiene sentido por tratarse de su identificación en organizaciones hospitalarias.

Para la sociedad actual, el análisis de la violencia en cualquiera de sus definiciones es un imperativo, dada la complejidad que la caracteriza, su peso en la estructura y comportamiento del proceso de salud, de la enfermedad, de la atención, partiendo, desde luego, de que la violencia como producto de las complejas relaciones sociales y humanas es aprendida y, por tanto, puede ser deconstruida, ya que es enteramente evitable. Una postura género-sensible de la violencia en las instituciones de salud, permite indagar sus consecuencias en el espacio cotidiano de la atención donde, vale la pena señalarlo, la mayor parte del personal que atiende es femenino.

La violencia de género vulnera el ejercicio ciudadano de las personas, impide su desarrollo personal y el alcance de sus metas y propósitos. Es, sin duda, un problema de salud que afecta el pleno desarrollo personal, social y comunitario y vulnera el ejercicio de los derechos humanos fundamentales al lesionar la integridad biopsicosocial de la persona.

Los resultados de varios estudios han mostrado el impacto psicológico que tiene la violencia en la autoestima de la persona agredida y en el deterioro de su capacidad de obrar por sí misma. El Fondo de Población de Naciones Unidas ha señalado que la falta de educación y de información adecuadas, exentas de prejuicios, y los déficit de la cobertura y calidad de los servicios de salud lesionan la autodeterminación de individuos, grupos y colectivos, especialmente en el área de salud sexual y reproductiva.<sup>2</sup>

Entre los efectos de la violencia de género se enumeran las lesiones físicas, los traumas emocionales, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, el desconocimiento de los

<sup>2</sup> Documento de la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *La violencia sexual: un asunto de derechos humanos*. Módulo Pedagógico para Formadores, núm. 3. De la serie Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos, Colombia, 1999.

derechos humanos básicos e incluso la muerte. Los efectos son tan desconocidos e inadvertidos como el registro de la ocurrencia del hecho mismo que se constituye como violencia de género. Por tanto, la lectura de la problemática se debe hacer en diferentes momentos y desde diferentes perspectivas, es decir, puede referirse a un evento mórbido concreto, pero tiene una vigencia prolongada en el tiempo antes de hacerse verdaderamente visible.<sup>3</sup>

El estrés postraumático después del evento y la depresión son signos que se han identificado en el comportamiento de personas víctimas de algún tipo de violencia sexual ejercida contra ellas; su detección, sin embargo, es muy posterior a la ocurrencia del evento y al proceso que precedió a su aparición. En el caso específico de la violencia de género la situación puede ser más compleja que la que tiene su origen en otro tipo de violencia, ya que sus modalidades no son percibidas como lesivas necesariamente y tampoco constituyen evidencia física que amerite atención, salvo por algunas manifestaciones. Esta situación se inscribe en el contexto sociocultural específico; es sutil, no nombrado, no visible, por tanto no percibido. Por ello se ha mencionado la letalidad o potencialidad del daño que este fenómeno produce en el libre desarrollo de las personas. Como en otros eventos asociados y relacionados, el hecho de que no se recuerde no implica que no haya sucedido y, por tanto, no descarta que haya habido daño.

La violencia de género trae, además, consecuencias diferenciales según la edad, el sexo y la orientación sexual de la persona, su ámbito de actividad, el ámbito de ocurrencia, la frecuencia y la modalidad, la persistencia del o los sucesos.

<sup>3</sup> En la encuesta de Demografía y Salud de 2000 en Colombia, por ejemplo, al preguntar a las mujeres entrevistadas que dijeron haber sido agredidas de alguna manera en su casa o por su pareja, por qué no habían buscado ayuda, contestaron que no había evidencia física o daño físico que lamentar.

Se traduce tiempo después en efectos visibles, algunos de ellos mórbidos, no sólo físicos sino también mentales, que terminan evidenciando su presencia.

Un análisis de la violencia de género que no incluya la valoración y el efecto de las relaciones de poder y de las relaciones de género en el sistema de salud que atiende a las personas afectadas por la violencia en cualquiera de sus formas, resultaría en políticas ineficientes e incapaces de crear la sinergia necesaria para atender y prevenir este problema social (Saucedo, 2003).

El concepto de violencia de género ha sido acuñado por el movimiento social de mujeres y la literatura feminista, como una categoría que permite abordar el análisis, la interpretación y la comprensión de los factores y situaciones que llevan a la violencia contra las mujeres.

El movimiento internacional de los derechos humanos de las mujeres ha expresado la necesidad de enfrentarse a los riesgos del relativismo cultural, al poner el acento en la voluntad; lo que se condena es la violencia que se define como tal, precisamente porque transgrede la voluntad de la víctima. Por ejemplo, en el caso de los pueblos indígenas la tradición no sólo vulnera, sino que despoja a las mujeres indígenas del derecho fundamental básico de la vida; sobre este aspecto no hay consenso en el derecho comunitario y la forma como éste responde o no a las necesidades de las mujeres (Torres, 2002).

La comprensión de la violencia de género como violencia contra las mujeres, ha facilitado la ubicación de la condición subordinada de éstas, pero no ha avanzado en el debate y en la construcción teórica acerca de la pluralidad de relaciones y de condiciones de subordinación que coexisten en las instituciones y que se cruzan con la multiplicidad genérica hoy vigente en las interacciones que realizan hombres y mujeres. Este contexto amplio, diverso y complejo exige nuevas categorías para su

análisis o nuevos contenidos y significados para las ya existentes, puesto que los marcos explicativos construidos hasta el momento mantienen sesgos y referentes analíticos que hacen insuficiente la visibilización de las problemáticas sugeridas por la perspectiva de género.

No basta que la Constitución y las leyes establezcan una serie de derechos para que éstos puedan efectivamente ser ejercidos, respetados y garantizados. No basta tampoco que el Estado adquiera una responsabilidad internacional para que la cumpla cabalmente. El feminismo ha considerado que las reformas y las adecuaciones legislativas son un primer paso necesario, pero no suficiente, en la construcción de relaciones de género más equitativas, pero aun así, se sigue apelando al peso simbólico de la ley. Las declaraciones internacionales de los derechos de las mujeres, las conferencias mundiales, las actividades y propuestas específicas del feminismo y el peso simbólico de la ley, han atravesado las tareas del análisis y la investigación de las mujeres en el ámbito jurídico (Torres, 2002).

Es muy importante el reconocimiento del movimiento feminista y de las organizaciones de mujeres alrededor del fenómeno, y de hecho es el mismo proceso que ha llevado a las teóricas del feminismo a hacer referencia a la construcción de las identidades masculinas, el que pone énfasis en el concepto de violencia de género y llama la atención sobre la necesidad de partir para su comprensión de un concepto integral, relacional, dinámico e inclusivo.

#### TRAYECTORIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: DEL CONCEPTO AL PROGRAMA DE SALUD

De las organizaciones no gubernamentales (ONG) que luchan contra la violencia en México surgió la demanda de que el

Estado la convirtiera en parte de la agenda de salud pública y que a través de sus organizaciones prestara servicios para enfrentarla.

Como se vio en apartados anteriores, la violencia de género tiene su origen en una gran variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación de roles diferenciados y excluyentes para hombres y mujeres, así como la valoración discriminada de la feminidad y la masculinidad. Esto ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones, entre las que se encuentran las expresiones violentas; no hay que perder de vista que, la mayoría de las veces, las personas en mayor riesgo de ser receptoras de violencia son las mujeres, las y los menores, las ancianas y los ancianos y las personas con discapacidad (León, 1992).

En el caso de la violencia que se ejerce en el hogar, no existen datos confiables sobre violencia intrafamiliar en México. En parte porque las víctimas se niegan a dar información por vergüenza, culpa o por considerarlo un asunto privado. Por otro lado, los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) sólo se refieren al Distrito Federal. Según estos datos, uno de cada tres hogares sufre algún tipo de violencia intrafamiliar, siendo las víctimas con mayor frecuencia las esposas, quienes muchas veces reproducen la conducta agresiva con sus hijas e hijos. De acuerdo con el INEGI, se sabe que entre los tipos de violencia prevalece el maltrato emocional, seguido de las intimidaciones, la violencia física y el abuso sexual. Como la violencia frecuentemente se asocia con el consumo de alcohol, éste es bastante alto en toda la población, pues una de cada dos personas tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas, acercándose la proporción de bebedores a la de bebedoras: 52.9% frente a 47.1% (Maya, 2004).

En el análisis de la práctica del apoyo a las mujeres por parte de las ONG, se ha identificado que en la mayor parte de los casos la problemática requiere de un conjunto de intervenciones que incluyen recursos para atender problemas emocionales, jurídico-legales y médicos. Se acumulan las experiencias en el ámbito de procuración de justicia y de apoyo a las mujeres y se identifica el hecho de que el recurso principal para la resolución de casos sea, precisamente, la posibilidad de transformación del estatus de la mujer que busca ayuda, ya que sólo la capacidad de verse como sujeto de derechos le permite a la mujer transitar por el difícil camino de la desarticulación de la violencia, estuviera o no de por medio el proceso legal. La inoperancia de las leyes, la ineficiencia y corrupción del sistema legal y la mirada androcéntrica y misógina de los fiscales, defensores de oficio y jueces, conforman un cuadro que hace parecer los intentos de resolución legal más bien como intentos heroicos de procuración de justicia.

En el análisis de casos concretos se observa que mediante el apoyo emocional individual o en grupos de reflexión, se identificó que la resolución de una situación de violencia doméstica no significa el tratamiento jurídico de un hecho violento, sino la desarticulación de las formas de relación que impiden a las mujeres que viven esa situación actuar para contenerla y modificarla o salir de la situación violenta.

#### LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROGRAMA EN LA SECRETARÍA DE SALUD

La articulación de las acciones para enfrentar a través de un programa a la violencia de género empezó a ser difundido hace muy pocos años, retomando el programa de violencia intrafamiliar y cambiando su nombre por el de detección temprana y

prevención de la violencia de género.<sup>4</sup> Este elemento es relevante por cuanto explica la dificultad de comprensión y de hecho la confusión de conceptos que tiene el personal encargado de atender esta problemática, al momento de identificar la violencia de género en el interior de la institución hospitalaria donde labora, como la causa o motivo de la consulta médica.

La Secretaría de Salud (2003) diseña el programa apoyándose en la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999, en la que se considera que:

El sector salud no tiene facultad para juzgar ni castigar; la labor de los y las prestadoras de servicios de salud consiste en atender los daños físicos y psicológicos de las personas en situación de violencia familiar, para ello, deben aprender a escuchar y orientar a las personas agredidas sobre posibles acciones en otras instancias.

Por otra parte establece que: "Todo el personal de salud que tiene contacto con personas en riesgo o en situación de violencia familiar, debe contar con la sensibilización y capacitación indispensables para prevenir, detectar y atender este fenómeno en el marco de la equidad de género".

Es de fundamental importancia que los y las profesionales de la salud puedan identificar los casos actuales o potenciales de violencia familiar y lleven a cabo el registro correspondiente, el cual forma parte de esta norma. Por lo tanto, la responsabilidad de formación y capacitación en materia de violencia de género y en la normatividad vigente debe estar dirigida a personal médico y administrativo.

<sup>4</sup> Persiste la homologación de diferentes formas de violencia: violencia de género, asumida en varios trabajos como violencia intrafamiliar; violencia contra la mujer, y violencia de pareja.

La investigación de Chaires (2003) encontró que en algunos hospitales a nadie le gusta atender a los pacientes víctimas de violencia, porque además de que exigen atención médica, exigen justicia. Otras razones para evitar la atención de este tipo de pacientes se derivan del hecho de que al hacerlo, el personal considera que lo pusieron a trabajar de más, obviamente porque no se trata de atenciones programadas según un horario. En la propia NOM se estipula que

se debe incluir la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

Hacerlo así requiere que se realice una entrevista dirigida a la usuaria o el usuario afectados por violencia familiar en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.

Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVF-1-2000. A través de este registro se conoce la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa.

La existencia de barreras, tanto de parte de los prestadores y prestadoras de servicios como de las propias mujeres que sufren la violencia obstruye, con frecuencia, la posibilidad de intervenir; sin embargo, la oportunidad de que el personal de salud identifique estas barreras, a la vez que reflexiona sobre la importancia de su intervención, representa un paso importante en el proceso de ir allanando el terreno para una acción más

efectiva por parte del sector salud, como la misma norma oficial lo reconoce.

Hay en el hospital pocos recursos para enfrentar un dolor que no sea físico; la orientación, información, asesoría o compañía no pasan por la cabeza de nadie en momentos de alto riesgo y la posibilidad de atención para brindar el apoyo necesario termina perdiéndose. Incluso ahora que existe la NOM, el personal no cuenta con las herramientas necesarias para enfrentarse a casos de este tipo que van más allá de la demanda de la atención en salud y requieren de manejo legal, psicológico y de apoyo social en general. Identificar los casos es sin duda importante, pero ¿el apoyo y las medidas requeridas? Ésa es la pregunta que se hace el personal de la Secretaría de Salud que se está capacitando en la materia.

Valdés (2004: 123-126) encontró que el personal médico que entrevistó, al menos una vez se ha enfrentado con casos de violencia; sin embargo, la identificación de los casos no obedeció a una intención explícita dirigida a detectar la violencia, sino a la insistencia del paciente por hablar de la situación.

Las preguntas hacia las mujeres maltratadas parten del supuesto de su "gusto por el maltrato o la justificación por el castigo". La reproducción de valores de corte tradicional alrededor de situaciones ideales es característica del personal médico. Tanto en estudiantes de medicina como en docentes se encontró esta valoración.<sup>5</sup> La actitud indiferente con la que son atendidas las mujeres maltratadas en los servicios de salud es uno de los obstáculos para identificar los casos de violencia. Las condiciones que prevalecen en los sistemas de salud no

<sup>5</sup> No falta el personal que afirme que los reclamos e inconformidades de las mujeres son la base de la violencia intrafamiliar, en el sentido de que ellas son responsables del maltrato. La expresión identificada en algunas consultas observadas de "pórtese bien para que no le peguen", ilustra claramente esta concepción tanto en el personal de enfermería como en el personal médico y de trabajo social.

favorecen una adecuada aplicación de la NOM. El personal no conoce la norma, no ha sido capacitado al respecto, se aplica el registro de casos sin la adecuada coordinación intersectorial para su tratamiento, lo cual muestra la enorme dificultad de hacer efectiva la política escrita en la realidad local. La división entre lo privado y lo público y la insistencia del médico en adjudicar a la violencia un carácter más privado e íntimo, muestra su temor a transgredir los límites de lo permitido socialmente y de lo definido por su propia formación profesional.

Como afirma Valdés (2004: 128-135), el personal médico prefiere asumir que es un asunto completamente personal y que la persona que solicita el servicio es la que tiene la responsabilidad de hablar de sus problemas.

En el Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, Olaiz, Del Río e Híjar (2004) evidencian, además, que la identificación y atención de las mujeres maltratadas constituye un reto para cualquier sistema de salud. Entre las razones más frecuentes se encuentran: *a)* la falta de capacitación por parte del personal de salud; *b)* las limitaciones del tiempo en los saturados servicios de salud, y *c)* la renuencia del personal de salud a enfrentarse de manera directa a la violencia sufrida por las mujeres en el ámbito familiar. Habría que agregar la necesidad de trabajar sobre las propias concepciones y prejuicios que el personal tiene sobre la violencia, para incluir en realidad a todo el personal médico y no médico en la capacitación y ajustar institucionalmente las exigencias del programa con las condiciones y la estructura de prestación del servicio, para eliminar la sensación y el argumento de la sobrecarga de trabajo por parte del personal médico que termina rechazando el programa y obstaculizando la detección de casos de violencia y su correspondiente remisión y atención.

Los autores del reporte mencionado identificaron también barreras institucionales para la atención de la violencia de



género como son: *a)* la inexistencia de protocolos de detección o para el manejo de casos; *b)* la falta de privacidad en la consulta y la falta de políticas institucionales que legitimen la participación del personal de salud en esos casos; *c)* el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer, y *d)* que la violencia en la familia se considere un problema privado y que al personal de salud no le corresponde intervenir en esos casos.

Al evaluar los tres años de funcionamiento de la NOM-190-SSAI-1999 se encontró que del total de entrevistados sólo 18.5% dijo conocerla; de éstos, 42.2% conoce bien su contenido y el resto sólo ha oído hablar de ella. El 84% de los que conocen la NOM-190-SSAI-1999 está de acuerdo con su aplicación. Menos de 20% de estos prestadores de servicios de salud ha sido convocado a tomar algún curso sobre violencia familiar, doméstica o contra las mujeres en la institución donde trabaja y, de ellos, 80% consideró positivamente esta opción formativa. A pregunta expresa, casi la totalidad (91.2%) está interesada en capacitarse sobre el tema de violencia familiar y contra la mujer. Además, les gustaría que se incluyeran en la capacitación los aspectos legales para el apoyo de las víctimas, el impacto de la violencia sexual en las mujeres, estadísticas nacionales y regionales, identificación de cuáles son las instituciones especializadas para canalizar a las víctimas, así como aspectos psicológicos del maltrato para poder ayudar a las mujeres. En este aspecto, el personal médico observado insiste en la necesidad de formación y entrenamiento específico para el manejo de los casos, infraestructura y disponibilidad de tiempo para una atención integral y la llamada de atención por el manejo y la atención de la violencia de género presente en sus propias instituciones de trabajo.

En el año 2002, la Secretaría de Salud ya había identificado que las percepciones de las prestadoras y los prestadores

de servicios en centros de salud e instancias de justicia mostraban que gran parte de ellos tiende a considerar “natural” la violencia que sufren las mujeres, al minimizar o prestar escasa atención a los hechos violentos que ellas padecen. Existen otros factores que obstaculizan la atención integral a este problema; entre los más importantes destacan:

- Desconocimiento de la violencia familiar como un grave problema de salud pública.
- Desconocimiento de la importancia que tiene el sector salud en la detección, control y prevención de la violencia familiar.
- Sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que resulta en una escasez de tiempo para escuchar y orientar a las mujeres.
- Temor de los prestadores y prestadoras de servicios de salud a ser confrontados por los agresores.
- Temor a declarar ante instancias judiciales.

En entrevistas realizadas al personal prestador de servicios, el equipo de trabajo coordinado por Olaiz, Del Río e Híjar (2004) encontró que algunos prestadores de salud, en especial los de sexo femenino —que por su práctica profesional y grupo social podrían identificarse más con las usuarias—, suelen compartir este tipo de concepciones y atribuir la violencia a problemas psicológicos y de pareja, de los cuales ellas, por su nivel educativo, consideran estar excluidas o protegidas. Desde esta perspectiva, los hombres son violentos por problemas de familia, frustraciones sociales o traumas de la infancia y las mujeres lo toleran por debilidad e ignorancia. El equipo encuentra este tipo de percepción con más frecuencia entre las enfermeras, un grupo de trabajadoras sociales y algunas médicas. La consecuencia más inmediata de esta manera de ver a la violencia y a

quienes la padecen es la convicción de que “nada se puede hacer más que servir de paño de lágrimas a las pacientes”.

Un grupo importante de prestadores de salud considera a la violencia como producto del machismo que predomina en la sociedad y por lo tanto como un problema de inequidad que, por sus raíces históricas y culturales, es difícil erradicar. La impotencia que manifiestan frente a la violencia sufrida por algunas de las usuarias está muy relacionada con la incapacidad de éstas para salir de su situación, precisamente por valores de género según los cuales la violencia es parte “natural” de toda relación de pareja, y debe ser tolerada como un mal menor frente a la alternativa de ser una mujer sola. En el imaginario social de la población en estudio (que comparten tanto las mujeres como muchos prestadores de salud), la mujer sin pareja no sólo se enfrenta a la posibilidad de la pérdida del sustento económico y el de sus hijos, sino también a la de su valía como mujer ante la sociedad.

La observación realizada en instituciones hospitalarias ratifica un fuerte contenido de clase en la percepción de la violencia, según la cual la pobreza engendra violencia y tal condición es propia de la población atendida, por su falta de educación y por su ignorancia. Estas asociaciones no sólo corroboran los mismos valores de las sociedades tradicionales que dimensionan la familia, el matrimonio y la unión, sino que naturalizan las tensiones presentes en ellas como parte de la estructura social, inherentes a contextos de carencia y de necesidad como los que corresponden a la mayoría de la población atendida en las instituciones públicas de salud. Es interesante contrastar estos conceptos al momento de la reflexión de la propia situación personal, donde el personal de salud se percibe como víctima de la violencia de género en la institución y portadora de los valores sociales tradicionales relacionados con la familia y la crianza de los hijos.

De acuerdo con el estudio ya mencionado de Olaiz, Del Río e Híjar, se encontró que, según los prestadores del servicio, es más grave y persistente la violencia psicológica que suele manifestarse con signos como la ansiedad, la dificultad para respirar o para dormir, la depresión o el descuido de sí misma y de los hijos, que las lesiones físicas propiamente dichas, las cuales probablemente han desaparecido al momento de la consulta. Según estos profesionales, la violencia es un problema muy extendido pero invisible, y su ocultamiento por parte de las mujeres no siempre obedece a que éstas teman a las consecuencias de la denuncia, sino simplemente a que “para ellas eso no es violencia, hasta que uno se los dice.” Lo paradójico de la situación es que muchas veces ni el personal de salud entiende cuándo una situación es o no violenta cuando la sufre, reproduciendo lo que acontece con la población usuaria. Para algunos, especialmente los y las estudiantes de medicina, estas situaciones sólo son parte de la disciplina y de su formación y constituyen las maneras más tradicionales de maltrato en la institución como los castigos, las guardias y la múltiple rendición de informes.

La costumbre es otro elemento que termina por naturalizar la violencia como parte de la problemática cotidiana que atiende la institución, además de la persistencia de situaciones inusuales que bien podrían ser consideradas violentas y que por su misma continuidad son asumidas como parte del funcionamiento de la institución, como las esperas en la consulta, la falta de confidencialidad y de intimidad para la consulta, los exámenes ginecológicos practicados con el personal saliendo y entrando al consultorio, la desnudez en la sala por falta de sábanas o ropa para cubrir a las y a los pacientes, o la atención en el piso, entre otras situaciones.

Se supone que la Cruzada Nacional por la Calidad, creada por la Secretaría de Salud en 2001, tenía como objeto reforzar

las bases técnicas de la NOM y los nuevos programas que impulsaba el actual gobierno relacionados con violencia de género, mujer y salud y salud reproductiva. Los elementos clave que incluye la Cruzada son:

- Justicia, entendida como la “garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades”.
- Autonomía, “la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene”.
- Corresponsabilidad social, es decir, “toda libertad tiene límites y por lo tanto, conlleva responsabilidades”, y su segunda acepción de que “los sanos (tienen) la obligación moral de cuidar a los enfermos”.
- Solidaridad, referida a “que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen”.
- Pluralismo.<sup>6</sup>
- Calidad del servicio de salud como “el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes”. La calidad tiene la dimensión técnica que busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos y la dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar “calidez” de la atención, y supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.
- Trato digno, que se traduce en respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona; en información completa, veraz, oportuna, en interés manifiesto en la persona.
- Atención médica efectiva, en términos de que logre el resultado (efecto) posible; que sea eficiente, con la

<sup>6</sup> Secretaría de Salud (2001: 74).

cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido, de acuerdo con los valores socialmente aceptados (Castro, 2004: 58-56).

El problema es que en la revisión de los documentos básicos de la Cruzada se observa una ausencia de la aplicación de la perspectiva de género, tantas veces anunciada desde el Programa Nacional de Salud.

El Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, que incluye al Programa de la Cruzada, expresa explícitamente que “para alcanzar sus objetivos intrínsecos, el sistema [de salud] debe ser efectivo, accesible, equitativo, de calidad, eficiente y financieramente sano, además de tener perspectiva de género”. La “perspectiva de género” pareciera una “cosa” a buscar, pero no una visión política y una posición teórica en las acciones de la Cruzada. En dicho documento se advierte: “a la sensibilidad de género se le dará seguimiento mediante la *desagregación por sexo* de los indicadores que lo permitan” (Secretaría de Salud, 2002: 34). En el Programa de Acción, la referencia en el Sistema Nacional de Información en Salud 2001-2006, queda en el nivel enunciativo “generar las fuentes de información con enfoque de género”, que posteriormente no se refleja en las acciones concretas que desarrollará el Sistema de Información sobre el Programa de la Cruzada. La falta de claridad sobre esto último se evidencia al incorporar en los lineamientos de cambio y en los instrumentos de evaluación aspectos como “el respeto a las creencias y valores de los usuarios” (Castro, 2004: 69).

En las instituciones del sector salud se presupone que sus trabajadores, en el papel de subordinados, acatan sus lineamientos y el establecimiento de prioridades lejos de su intervención; el programa no da por supuesta la autonomía de los trabajadores operativos que ejercen en la cotidianidad de la atención, ni tampoco parece reconocer el juego de las relaciones

de poder en las clínicas y hospitales. Las relaciones verticales bajo un esquema claramente jerarquizado entre los trabajadores de la salud no se ven como objeto de evaluación de la Cruzada, y es ese poder institucionalizado del sistema el que se hace presente de muchas maneras y mantiene las condiciones de inequidad y violencia como naturales (Castro, 2004: 71-72).

De acuerdo con lo observado, a pesar del discurso en las instituciones de salud persisten carencias, por ejemplo, en la actualización, formación y adiestramiento en contenidos específicos relacionados con la violencia de género, su identificación, definición y manejo; carencia de materiales, recursos y estructura para la atención adecuada de los casos, sin contar con la dificultad de identificar las situaciones de violencia que comprometen al propio personal.

La investigación realizada por Sánchez (2003) muestra la estrecha relación que existe entre violencia, salud sexual y reproductiva y las inequidades de género. La violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se produce por el peso que tiene la creación y la reproducción de estereotipos de género que limitan su libertad, afectando el ejercicio de su autonomía y la toma de decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva. De allí la importancia de que el personal de salud sea el primero en estar capacitado para identificar la violencia de género desde las repercusiones que la misma tiene en la salud sexual y reproductiva de las pacientes.

En la investigación desarrollada por Barrera (2003) en el servicio de atención médica continua de una Unidad de Medicina Familiar en el Distrito Federal, se observó que un número considerable de pacientes acude a consulta médica porque presenta enfermedades psicosomáticas o neurosis conversivas. Generalmente se trata de pacientes conocidas por el personal del mencionado servicio, y la mayoría de ellas acude porque tuvo algún enfrentamiento con un integrante de la familia y “no

son vistas como enfermas [...] sino como neuróticas que [...] quitan el tiempo al personal médico”. Esta situación representa un impedimento para la detección e intervención oportuna sobre la situación de violencia presente en las personas que acuden a los servicios y refuerza la necesidad de formación y sensibilización del personal. El estudio encontró que las mujeres son receptoras de varios tipos de violencia que se ejercen sobre ellas de forma simultánea, y persisten valoraciones y calificaciones del tipo de agresión más deteriorante en la salud de las mujeres.

En el caso de la violencia ejercida contra menores de edad, el trabajo realizado por Baeza (2003) encontró que una conducta constante del victimario es llevar al menor con médicos de su confianza, a los cuales logra convencer de que todo fue producto de un accidente. En casos extremos el agresor consigue que el hecho pase inadvertido valiéndose de amenazas o mediante sobornos. El paso siguiente, si falla la estrategia anterior, es llevar a la víctima con médicos que según su criterio no están preparados para identificar la magnitud del problema y mucho menos atribuirle una supuesta culpabilidad. Mientras, las condiciones de salud del menor se deterioran. Esta situación muestra una complicada problemática para el tratamiento de la violencia dentro de la institución de salud; la duda y la manipulación dentro de la relación médico-paciente en el contexto referido, afecta la posibilidad de lograr una intervención efectiva y compromete el juicio del personal médico en su manejo.

Villegas (2003), en su investigación, llega a considerar que las mujeres son “víctimas y proveedoras” de violencia; de acuerdo con este estudio se aplicó un cuestionario a 164 de 500 mujeres contactadas, entre las cuales se encontró que las mujeres embarazadas y puérperas sufren de violencia familiar en 55% de los casos, en su mayoría violencia psicológica, sexual y de dominio. Alcanza a identificar cuatro subgrupos en las mu-

eres encuestadas: las mujeres víctimas de la violencia familiar (31); las proveedoras de este tipo de violencia (14); las que presentan ambos rasgos (46), y las que no son violentadas ni violentan (73).

## REFLEXIONES FINALES

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2002), la violencia de género es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición se dificulta en la práctica médica, ya que la mayoría de las veces es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan; ello puede explicar en parte la dificultad del personal médico para identificarla en consulta o diferenciarla en su contexto de trabajo. Por otra parte, la violencia contra las mujeres tiende a ser crónica y prolongada; suele tener como objetivo no la aniquilación sino el control; se asocia frecuentemente con abuso sexual; se notifica y se registra con mucha menor frecuencia y muy a menudo es tolerada por la ley y la costumbre y, como se vio, en ocasiones es justificada por el propio personal de salud.<sup>7</sup>

El recorrido que el texto ha hecho sobre hallazgos concretos de la investigación en esta materia, muestra la distancia entre el decir y el hacer, las dificultades de materializar un

<sup>7</sup> En la investigación de Baeza (2003), la percepción de la violencia asociada a la pobreza prevalece por encima de su misma frecuencia: "Creemos que el maltrato al menor es un problema que amenaza crecer y perpetuarse en países en que como el nuestro, prevalecen las clases económicas y culturalmente débiles". De nueva cuenta preocupa que estas investigaciones insistan en el estereotipo y la naturalización de pobreza igual a ignorancia igual a violencia.

programa dentro del marco de los derechos humanos y desde una concepción amplia e integral de la compleja problemática.

Insistir en la notificación y la judicialización de los casos de violencia no es suficiente para solucionar este problema y menos en el sistema de salud; la notificación y el dictamen médico son sólo parte del proceso; de hecho, constituyen el inicio de una larga y compleja trayectoria de manejos interinstitucionales, interdisciplinarios, que la violencia de género requiere para su atención.

Importantes esfuerzos se han emprendido en las instituciones de salud, pero éstos no son suficientes. Hace falta trabajo, investigación y formación en la materia, así como voluntad política e institucional para darle a la problemática de género la atención que merece.

## BIBLIOGRAFÍA

- BAEZA, C. *Panorama y situación actual del maltrato al menor: propuesta de creación de un organismo rector del Distrito Federal*. México: Hospital Pediátrico Moctezuma, SSGDF, 2003.
- BARRERA, M. M. *La violencia intrafamiliar*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar núm. 6, 2003.
- CASTRO V., M. del C. "La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica". *Revista Región y Sociedad* 30, vol. XVI (mayo-agosto de 2004). México: El Colegio de Sonora.
- CHAIRES, G. F. *Trabajo propuesto para el Premio a la Investigación en Violencia de Género de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal*. México: Hospital Materno Infantil de Tláhuac, 2003.
- FERNÁNDEZ, S. Y.; G. Hernández; y E. Paniagua. *Violencia de género en la Universidad de Antioquia*. Medellín: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, Centro Interdisciplinario de Estudios en Género y Departamento de Trabajo Social Editores, Universidad de Antioquia, 2005.

- HÍJAR, M.; R. Lozano; R. Valdés; y J. Blanco. "Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la ciudad de México". *Revista Salud Mental* 1, vol. 25 (2001).
- LEÓN, I. "Sobre sombras, tormentas y rupturas: reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género". En *Donde empieza mi universo. Siete aportes a la violencia de género*, coordinado por Guadalupe León, 1-35. Quito: CEIMME Ediciones, 1992.
- MAYA, C. J. "Introducción al texto". En *Construcción de género en sociedades con violencia. Un enfoque multidisciplinario*, coordinado por Argelia de la Torre Barrón, Rosina Ojeda Cárdenas y Carlos Javier Maya Ambía. México: Miguel Ángel Porrúa Editores, Universidad Autónoma de Sinaloa, Universidad de Occidente, Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología y Centro de Ciencias de Sinaloa, 2004.
- OLAIZ, G.; A. del Río; M. Híjar. "Violencia contra las mujeres: un reto para la salud pública en México". *Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres*. México: Instituto Nacional de Salud Pública en México, 2004.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C.: OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- RAMÍREZ, A. "Violencia masculina en el hogar". *El Cotidiano* 113. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Azcapotzalco, 2002.
- SÁNCHEZ, M. T. *La violencia de género y sus repercusiones en los derechos sexuales y reproductivos: el caso de algunas mujeres de San Luis de Tlaxiáhtemalco*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar núm. 22, Siglo XXI Editores.
- SAUCEDO, I. "De la amplitud discursiva a la concreción de acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica". En *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, coordinado por Elena

- Urrutia. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 2002.
- \_\_\_\_\_. "Violencia de género: Programa Prioritario de Salud Pública. Oportunidades y límites para la puesta en marcha de programas en el sistema de salud del Estado". En *Género y política en salud*, compilado por Paz López, Ana Langer y Guadalupe Espinoza. México: UNIFEM, SSA, 2003.
- SECRETARÍA DE SALUD. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006*. México: Secretaría de Salud, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Violencia familiar*. México: Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSAI-1999. Prestación de servicios de salud: criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar*. México: Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud, 2003.
- TOLALPA, E. P. "La masculinidad en el nuevo contexto cultural: un invitado ausente". En *Masculinidades emergentes*, coordinado por Rafael Montesinos. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa, Editorial Miguel Ángel Porrúa, 2005.
- TORRES FALCÓN, Martha. "De la invisibilidad a la propuesta de un nuevo paradigma: el debate actual sobre mujeres y derechos humanos". En *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, coordinado por Elena Urrutia. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 2002.
- \_\_\_\_\_, comp. *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 2004.

- VALDÉS, R. “Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México”. En *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, compilado por Martha Torres Falcón. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 2004.
- VILLEGAS, L. S. *Violencia familiar en las usuarias que acuden al servicio de atención a la salud integral de la mujer*. México: Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, 2003.