FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVESTIGACIONES E INTERVENCIONES SOBRE VIOLENCIA SEXUAL DESARROLLADAS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Edición: Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Lima, noviembre 2010

Investigaciones e intervenciones sobre violencia sexual desarrolladas en América Latina y El Caribe

Edición: noviembre 2010

Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

Hecho el depósito en la Biblioteca Nacional

ISBN …

Edición: Dr. Luis Távara Orozco

Impreso en el Perú

Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no del Fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVESTIGACIONES E INTERVENCIONES SOBRE VIOLENCIA SEXUAL DESARROLLADAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Edición: Luis Távara Orozco

Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG

Lima, noviembre 2010

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG 2008-2011

Presidente: Dr. Nilson Roberto De Melo

Secretario: Dr. Fernando Eduardo Protta

Tesorero: Dr. Luciano De Melo Pompei

Past Presidente: Dr. Angel Terrero

Vice Presidente Grupo Bolivariano: Dr. Pedro Faneite

Vice Presidente Países del Cono Sur: Dr. Jorge Sarrouf

Vice Presidenta para Centro América: Dra. Mercedes Abrego de Aguilar

Vice Presidente para México y Caribe: Dr. Javier Santos

Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

2008-2011

Coordinador: Dr. Luis Távara Orozco

Coordinador para México y Caribe: Dr. José Figueroa

Coordinadora para Centro América: Dra. Marina Padilla de Gil

Coordinador para los países Bolivarianos: Dr. Pio Iván Gómez

Coordinador para los países del Cono Sur: Dr. José-Enrique Pons

Representante de las organizaciones de la Sociedad Civil: Mag. Susana Chávez

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG agradece al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) por su apoyo técnico y financiero para la organización del Concurso y la publicación del texto final de los trabajos recibidos.

ÍNDICE

Tema **Página**

Presentación

La vulnerabilidad de las mujeres migrantes

Autoras: Lic. Romina Centioni, Dra. Susana Ferrin

Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en mujeres embarazadas por violación: el caso de Cali

Autora: Natalia Pineda Londoño

Rompamos el silencio. Ni una agresión más
Autoras: Rossana Cifuentes y Miriam Betancourth

La pregunta

Autoras: Dra. Analía Messina, Lic. Laura Mattiusi, Dra. Eugenia Arroche

La atención a las víctimas de violencia de género en los centros de salud municipal de La Plata, Argentina

Autora: Colette Ann O'Haire

PRESENTACIÓN

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) es una institución sin fines de lucro, que agrupa a las instituciones (sociedades, asociaciones o federaciones) científicas que en América Latina se consagran al proceso de la Obstetricia y Ginecología.

Desde el año 2002, FLASOG ha asumido el compromiso de defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de América Latina, centrando su intervención en los siguientes aspectos:

- Derecho a una vida sexual libre de violencia, sin el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o de un embarazo no deseado.
- Derecho a una maternidad saludable y segura.
- Derecho a regular la fecundidad, que incluye la anticoncepción de emergencia.
- Derecho a interrumpir el embarazo dentro del marco de la ley en cada país.
- Derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho al acceso de servicios de salud sexual y reproductiva.

En base a este mandato, y reconociendo que la violencia sexual es un grave problema de vulneración de los derechos humanos, especialmente de las mujeres, y se constituye en un grave problema de salud pública para la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe, es que el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG, con el apoyo de la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-LACRO), convocó a un concurso para alentar algunas iniciativas que se han implementado o se vienen implementando para atender, prevenir o erradicar la violencia sexual en la región ó para apoyar a las víctimas de violencia sexual, y que puedan ser compartidas como buenas prácticas que redunden finalmente en la mejora de la calidad de vida y desarrollo de las mujeres de la región.

El objetivo de este concurso fue identificar y otorgar reconocimiento a iniciativas innovadoras en la región de América Latina y El Caribe en el campo de la investigación, diagnóstico situacional, o intervención comunitaria en relación con la atención integral, prevención y erradicación de la violencia sexual contra las mujeres, así como el apoyo a víctimas de violencia sexual.

Para efectos del concurso los/as participantes podían ser organizaciones, grupos de profesionales o personas. Los/as participantes concursaron con una investigación, diagnóstico situacional, o intervención comunitaria realizada en algún país de América Latina y El Caribe orientados a la atención integral de víctimas de violencia sexual en los servicios de salud, acciones educativas y/o sanitarias para la prevención, o acciones de apoyo a víctimas de violencia sexual

El concurso fue anunciado y difundido a través de las páginas web y bases de correos electrónicos de la FLASOG y de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de los países de América Latina y el Caribe, con la participación de los representantes de cada país en el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Asimismo se comunicó sobre el concurso a diversas instituciones del continente. Se fijó como plazo para la recepción de los trabajos el 15 de octubre de 2010.

Los trabajos recibidos se identificaron por seudónimos utilizados por sus autores/as, que en archivo aparte adjuntaron sus nombres. Cada trabajo fue enviado a un Jurado Calificador compuesto por las doctoras Desireé Mostajo de Bolivia, Diana Galimberti de Argentina, Marina Padilla de Gil de El Salvador, Ruth De León de Panamá y Sandra Vásquez de Argentina.

El Jurado Calificador tuvo el tiempo suficiente para revisar y calificar cada trabajo utilizando un patrón pre-elaborado, sin conocer a los/as autores/as y luego, separadamente, cada integrante envió su dictamen, el mismo que fue procesado conjuntamente con los otros cuatro y dio lugar a un ranking.

Fueron recibidos cinco trabajos, los mismos que son publicados en este Reporte en estricto orden de méritos, determinado por el Jurado Calificador, a cuyas integrantes les expresamos nuestro profundo agradecimiento por su invalorable ayuda.

Esperamos que la publicación de estos trabajos no solo sirva para enriquecer el bagaje científico y humanístico en relación a la violencia contra la mujer, sino que además, estas experiencias puedan ser utilizadas como ejemplo de buenas prácticas a incorporar en el manejo de las víctimas de violencia sexual y como estímulo para reportar todas aquellas iniciativas que se vienen desarrollando en el continente para proteger a las mujeres latinoamericanas.

Lima, noviembre 2010

Luis Távara Orozco
Coordinador del Comité de
Derechos Sexuales y
Reproductivos, FLASOG

LA VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES MIGRANTES

Autoras: Lic. Romina Centioni
Dirección: Neuquén 1852. 4º A. C.P: 1406. Ciudad de Bs. As., Argentina.
ro_centioni@yahoo.com
Dra. Susana Ferrin Dir: Franklin 2124. C.P: 1406. Ciudad de Bs. As., Argentina.
e-mail: ferrin_s@yahoo.com

INTRODUCCIÓN:

Los procesos de globalización han traído como consecuencia que un creciente número de personas y de familias se movilicen y radiquen fuera de su país natal.

Como todo fenómeno social, los flujos migratorios están determinados por las condiciones socioeconómicas vigentes. En América Latina, los programas de ajuste económico han generado un sistema de inequidad y pobreza que obliga a muchas familias e individuos a recurrir a la migración como única estrategia de supervivencia.

Se calcula que el 3,5% de la población mundial no vive donde nació. Los datos estimados en Argentina para el área metropolitana es que habría un millón y medio de extranjeros. La tendencia creciente, en los últimos años, es que los migrantes se asienten más en las grandes ciudades que en zonas rurales. Esto se da porque las grandes ciudades son siempre un polo más atractivo para la migración externa como interna. Sólo en la Ciudad de Buenos Aires, la proporción de migrantes alcanzó el 6% de la población total de la ciudad, y es superior al promedio nacional.

Es importante destacar que en Argentina, desde el 2003, la nueva Ley de Migraciones (Ley 25.871) garantiza a los migrantes los principios de igualdad y universalidad; y el Estado se compromete a velar por sus derechos económico-sociales, culturales y políticos.

La realidad es que los migrantes actuales, que llegan en su mayoría de otros países latinoamericanos, tienen dificultades de todo tipo para insertarse, ya sea en los ámbitos laborales, escolares o barriales.

Se trata de un grupo de población formado en general por personas jóvenes (20 a 45 años). En ocasiones, llega al país el grupo familiar, pero también llegan mujeres solas, jóvenes, para trabajar en la rama textil, servicio doméstico, comercio informal y callejero.

Las mujeres representan casi la mitad de la población mundial de migrantes (*feminización de las migraciones*). Las mujeres han ido adoptando un nuevo papel económico en los procesos migratorios, y cada vez es mayor el número de ellas que emigra en forma autónoma como principales proveedoras y cabezas de hogar. Lo que las lleva a enfrentar una triple discriminación: *ser extranjeras, pobres y mujeres*.

Suelen ser segregadas a trabajos de mayor precariedad, peor remuneración y son más vulnerables a sufrir aislamiento y sobreexplotación.

Traen una problemática particular que tiene que ver con condiciones culturales propias, fuerte tradición de medicinas caseras autoadministradas, con dificultad para hablar de sus problemas de salud; en ocasiones, falta de instrucción o un bajo nivel educativo, y a veces, el idioma diferente (aymará, quechua) hace que se dificulte la comprensión de lo que se le indica o se le informa respecto de su salud. El hecho de que muchas estén indocumentadas les genera miedo por lo que demoran o evitan la concurrencia a los hospitales y centros de salud. Tampoco tienen cobertura médica.

La separación de los hijos, cuando éstos quedan en el país de origen, puede generarles sentimientos de culpa y problemas de depresión o ansiedad (desintegración familiar).

Sus condiciones sociales y laborales extremas impiden la atención de su salud y el cumplimiento de los tratamientos indicados.

Son jóvenes con altas tasas de fecundidad y escasos conocimientos de métodos anticonceptivos, lo que las condiciona para tener abortos provocados en condiciones de riesgo.

Tienen más riesgo de sufrir acoso y abuso sexual de sus empleadores. Es alto el porcentaje de violencia física, psicológica y sexual que padecen. Las mujeres migrantes están más expuestas a sufrir violencia, tanto en el ámbito privado como público.

En las nuevas formas de violencia contra las mujeres: la trata de mujeres y niños, las migrantes suelen ser las más afectadas por su situación de soledad y desamparo, muchas veces engañadas con la promesa de una vida mejor y un buen trabajo.

Las más jóvenes son las que experimentan las mayores tasas de violencia y las que tienen más riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y Sida. La feminización del VIH-Sida en todo el mundo es porque aumentaron las infecciones en mujeres y niños, situación, en gran parte, asociada a la violencia.

A pesar de que se han dado algunos avances al respecto durante la última década, la magnitud del problema sigue en su mayor parte, sin reconocerse.

Esta situación hace a las migrantes jóvenes una población francamente vulnerable y de gran riesgo sanitario; por ello, un adecuado programa de salud sexual y reproductiva debe ser encarado sin demora.

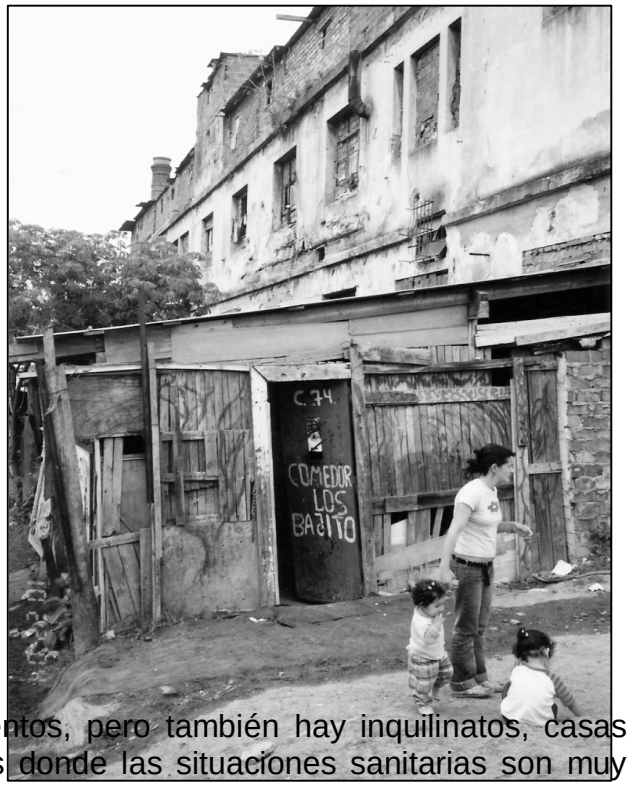
Teniendo en cuenta las implicancias negativas de la situación de las migrantes, se cree indispensable elaborar un trabajo de construcción, transformación y adecuación permanente, no sólo para la prevención en salud reproductiva de ese grupo, sino también para la mejora de su calidad de vida.

"*La búsqueda de la equidad se basa en otorgar a la gente igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial individual y colectivo de la salud*".

H. Restrepo.

METODOLOGÍA

El presente trabajo fue realizado en un hospital situado en la zona centro oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, que atiende a una población que proviene de Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires. Está inserto en una zona donde residen más de 200.000 personas, con situaciones socioeconómicas y culturales muy diferentes.



Predominan las casas y edificios de departamentos, pero también hay inquilinatos, casas tomadas y asentamientos de personas en sitios donde las situaciones sanitarias son muy desfavorables. No hay villas de emergencias.

Tiene en los alrededores una enorme zona comercial de venta de ropa, con numerosos talleres de fabricación de indumentaria, muchos clandestinos, en donde encuentran trabajo muchos inmigrantes.

El hospital es un Hospital General de Agudos, con más de 350 camas de internación y consultorios externos que sobrepasan las 400.000 consultas anuales.

La atención primaria de la salud es realizada a través del Área Programática en 4 centros médicos barriales periféricos.

Centro Médico 1

Centro Médico 2

Hospital

Centro Médico 3

Centro Médico 4

Grupo objetivo:

Si bien este trabajo se realizó con mujeres migrantes y con un equipo de salud de una zona geográfica delimitada (área del hospital del Barrio de Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina), intenta ser un modelo que sirva y pueda implementarse en otras comunidades, ciudades y regiones.

Se diseñó un proyecto de gestión institucional con definición de objetivos, metas y acciones a realizar en función de los recursos disponibles y las problemáticas detectadas en la comunidad de mujeres migrantes.

Con este trabajo se intentó establecer una coordinación intrahospitalaria (con profesionales de salud) y extrahospitalaria (con la comunidad migrante), con el fin de lograr mejores índices de prevención y concientización en las mujeres de origen extranjero que residen en el área del hospital.

Esta investigación apuntó al hospital como un espacio asistencial de capacitación para el recurso humano sobre la situación socio-sanitaria de las migrantes a fin de contribuir a

mejorar la calidad de la atención y la implementación de un programa de salud sexual y reproductiva adecuado a las mujeres migrantes.

La tarea incluyó a dos grupos prioritarios:

- Equipo de salud (todos los médicos tocoginecólogos de guardia, los residentes de la especialidad y los profesionales de planta, los enfermeros de los turnos mañana y tarde -no se pudo trabajar con el personal del turno de la noche porque era escaso-, 2 asistentes sociales y 2 psicólogos).
- Mujeres migrantes (407).

Objetivo general

Establecer una coordinación primero intrainstitucional y luego, con la comunidad, con el fin de lograr una relación de confianza de las mujeres migrantes con el equipo sanitario, y un consenso respecto de ese equipo hacia las culturas diferentes.

Objetivos específicos

1. Identificar las necesidades y características de las mujeres migrantes.
2. Identificar las necesidades de formación del equipo sanitario y capacitarlo, brindando las herramientas necesarias para entender y respetar a una población con diferentes costumbres (interculturalidad).
3. Mejorar la calidad de atención y asistencia en salud reproductiva, teniendo en cuenta la situación de la población migrante que se atiende.
4. Ampliar los espacios de diálogo entre profesionales y los migrantes.

Metas

1. Mantener bajos los niveles de morbimortalidad en el Departamento Materno-Infantil en relación a:

- Internaciones por complicaciones de abortos clandestinos.
- Bajo peso al nacer.
- Prematurez.
- Ingresos por situaciones de violencia o abuso sexual.

2. Mantener un plan de capacitación continuo para todo el equipo de salud.

Actividades realizadas

El trabajo constó de 3 etapas:

1. *Primera etapa:* Se hizo un primer diagnóstico situacional.
2. *Segunda etapa*: se trabajó con los profesionales en reuniones de intercambio y reflexión, donde cada uno de los actores involucrados tenía un espacio para opinar y comentar experiencias. Al finalizar el trabajo se hizo una reunión de devolución y evaluación de lo trabajado con ellos.
3. *Tercera etapa*: se trabajó con mujeres migrantes.

Para la obtención de datos en las distintas etapas:

- Se hizo un relevamiento de los egresos anuales 2007, revisando las estadísticas de los Servicios de Guardia, Obstetricia y Tocoginecología.
- Se realizaron, entre el segundo semestre de 2008 y primer semestre de 2009, 8 reuniones con profesionales de la salud del hospital en cuestión, 4 en el turno mañana, y 4 en el turno tarde.
- Para poder entrevistar a las mujeres migrantes, se contó con la colaboración de una médica de la colectividad boliviana que facilitó el nexo con ellas. Se hicieron 11 reuniones con la participación de 35 a 40 mujeres por encuentro entre marzo, mayo, julio, septiembre y diciembre de 2009, por la mañana, aprovechando la concurrencia a la entrega de leche que se otorga durante el control infantil. Se contabilizó un grupo total de 407 mujeres.

La visualización de otros problemas en mujeres migrantes (como abuso, violencia) fue facilitada, en parte por agentes de salud que trabajan a diario en la sala de espera del Servicio de Obstetricia y pertenecen a la misma comunidad.

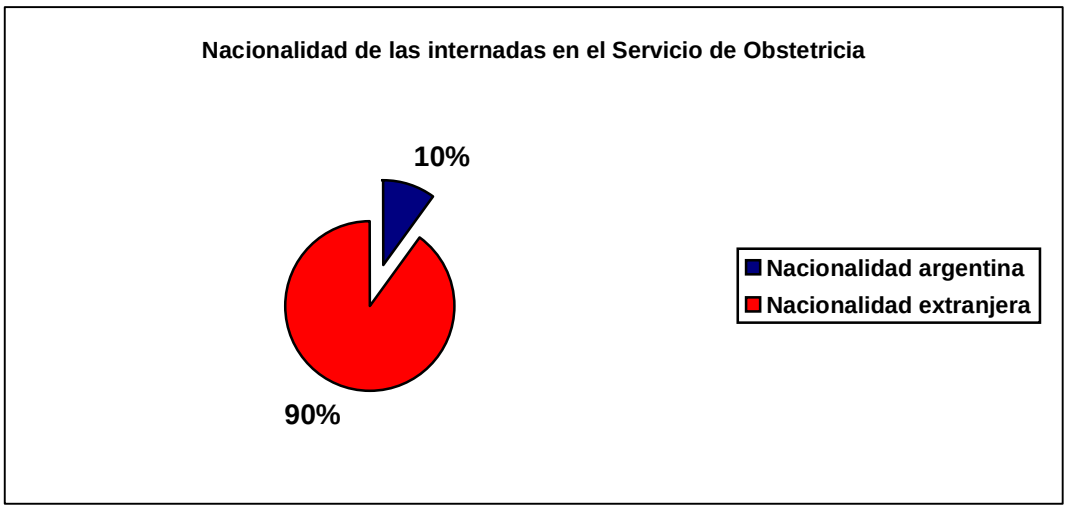
RESULTADOS

Primera etapa: Diagnóstico de situación

Durante el primer semestre de 2008 se comenzó a realizar un diagnóstico situacional a través de la revisión de las estadísticas hospitalarias anuales 2007 con relación a los egresos por internación y las consultas efectuadas bajo diferentes programas de salud.

Del total de internados, el 33% era de origen extranjero: *Uno de cada tres*. En cambio, es en el Servicio de Obstetricia donde se produjo la mayor demanda: más del 90% de las internadas fueron extranjeras.

Gráfico I: Nacionalidad de las internadas en el Servicio de Obstetricia



Conviene señalar que un alto porcentaje de los legrados que se realizaron en el hospital se practicaron a mujeres domiciliadas en Ciudad de Buenos Aires, y de éstas, un buen porcentaje había nacido en países limítrofes. Se contabilizó un legrado cada tres partos.

Se observó en las migrantes un escaso número de controles durante el embarazo y postparto, llegan a la maternidad en el momento de parir, lo que aumenta la morbimortalidad de ella y el niño.

En Consultorio Externo, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, tuvo una menor cantidad de consultas de mujeres migrantes con respecto a las consultas de mujeres nativas (3 a 1), con poca utilización de los recursos que brinda este Programa (métodos anticonceptivos gratuitos).

Surgió, de esta primera etapa, el grado de riesgo sanitario de nuestras pacientes extranjeras y la necesidad de un trabajo de motivación y capacitación con el equipo de salud en los servicios de Guardia y de Tocoginecología.

Segunda etapa: Trabajo con los profesionales de la salud

Se llevaron a cabo las reuniones previstas con todos los médicos tocoginecólogos de guardia, los residentes de la especialidad y los profesionales de planta, los enfermeros de los turnos mañana y tarde (no se pudo trabajar con el personal que labora en turno de noche porque era escaso), dos asistentes sociales y dos psicólogos.

Los que trabajan en atención primaria se muestran más respetuosos de las diferencias culturales, sin embargo, en sectores de mayor complejidad o en internación, se pudieron detectar algunas posturas discriminatorias.

Esta información fue sumamente interesante, ya que revela desde conceptos discriminatorios hasta intolerancia y estigmatización ("las peruanas son demandantes, las paraguayas

peleadoras, las bolivianas sumisas”). Los profesionales expresaron frases como “vienen en un charter sanitario”, “hay que frenar el acceso porque los recursos no alcanzan”, o “son pacientes golondrina”.

Se observó en el equipo cierta resistencia al cambio de mirada y a la apertura cultural. Se detectó en ocasiones, desentendimiento de la situación socio-laboral de la migrante durante el proceso de atención.

Los profesionales entrevistados identificaron ciertas prácticas de la comunidad extranjera como riesgosas o inseguras (por ejemplo, falta de higiene). No todos manifestaron respeto por las diferentes culturas.

Otras conductas que no implican un riesgo en términos de salud no parecían ser bien vistas desde el modelo médico tradicional, por ejemplo, las mujeres bolivianas prefieren parir de cuclillas y pueden llegar a resistirse a entrar en la sala de partos.

Si bien los profesionales tienen un conocimiento respecto del protocolo a víctimas de violencia sexual, se observó cierta dificultad en el manejo de las situaciones traumáticas, y tendencia a revictimizar a través de preguntas reiterativas.

Tercera etapa: Trabajo con mujeres migrantes

Se abrió un espacio de intercambio grupal para discutir, debatir, reflexionar y buscar propuestas frente a las necesidades de la comunidad migrante en un clima de confianza y libertad, logrando la integración de todas, a partir de la motivación, el compromiso personal y la participación activa, permitiendo que la institución hospitalaria sea un lugar de encuentro y la sientan como propia.

A través de las diferentes actividades con distinta metodología: dramatizaciones, roll-playing, juegos, se intentó identificar los prejuicios que naturalizan la violencia contra las mujeres, tales como:

- “Si no se va es porque les gusta”
- “La violencia es un asunto de familia”
- “Los hombres violentos son adictos al alcohol o las drogas, desocupados, agotados”
- “En el matrimonio no hay violación”
- “Ella no se resistió”.

Sobre esos conceptos se hizo un debate grupal con conclusiones elaboradas por ellas mismas.

Además, se trabajaron los logros así como las pérdidas que tuvieron por la migración, con el fin de crear lazos de identificación entre las mujeres por las mismas situaciones vividas.

Se les informó de sus derechos y las leyes vigentes en Argentina (Ley 26.480 de Protección Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres de marzo de 2009; Ley 25.673 de Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley 25.871 de Migraciones) y se les entregó una guía de recursos para consultar y asesorarse.

Llamó la atención el alto grado de denuncias de violencia de género y sexual que surgió luego de los encuentros mantenidos, lo que motivó varias intervenciones, derivaciones para asistencia sanitaria y legal de las víctimas, la incorporación en todas las historias clínicas de una hoja con 5 preguntas específicas sobre violencia y, tratar siempre el tema en las charlas diarias que realizan las agentes de salud en el Servicio de Obstetricia de nuestro hospital.

Esta investigación permitió demostrar que no es fácil ni para el equipo de salud ni para la mujer afectada, hablar de violencia, y mucho menos, de abuso sexual. Este tema no surgió espontáneamente, recién pudo ser visualizado a través del trabajo de las agentes de salud, y luego de los talleres que, a lo largo de los meses, fuimos implementando. El equipo de salud debe estar alerta para pesquisarlo, especialmente cuando la paciente concurre a Obstetricia o al Servicio de Pediatría por sus hijos.

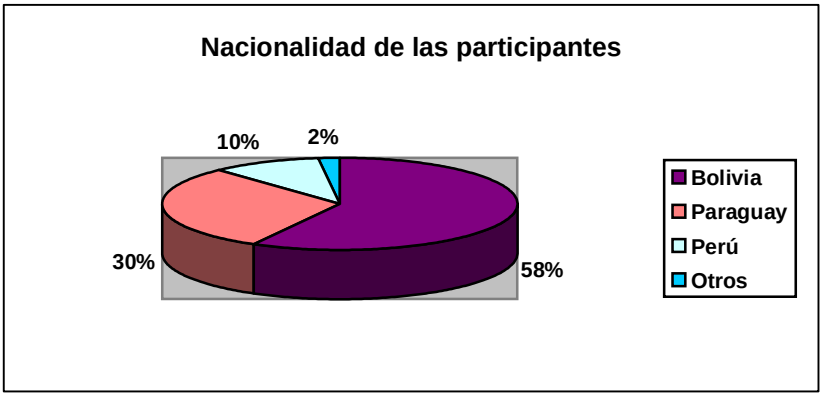
Es importante señalar que la gran mayoría (68%) reveló haber padecido o estar actualmente padeciendo alguna situación de violencia de género. Sin embargo, a pesar de haberlas derivado al equipo del hospital especializado en violencia y abuso, estas consultas no se concretaron o no fueron continuadas.

En el cierre de cada actividad se trató de revalorizar social y culturalmente a la mujer migrante.

Se advirtió:

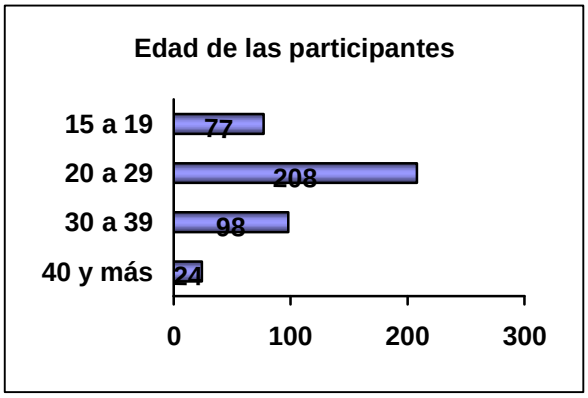
- Cierto sometimiento al marido; cuando se les interrogaba sobre el nombre que le daría a su hijo, le pedían a la enfermera que fuera a preguntarle a su esposo.
- Un gran desconocimiento respecto a métodos de prevención en salud sexual y reproductiva.
- Rechazo a la cesárea de parte de mujeres de origen boliviano
- Reticencia a los análisis complementarios durante el embarazo porque sentían que se “les va a sacar mucha sangre”.
- No concurren a hacerse el grupo y factor sanguíneo porque no llevan un donante.
- Se rescató que en la cultura andina, el parto se asocia con apertura de la matriz (“entra frío”), motivo por el cual tienden a abrigarse y a tomar bebidas calientes durante el mismo.
- En escasas ocasiones hubo cierta resistencia a la internación porque en algunas comunidades el blanco se asocia al luto.

Gráfico II: Nacionalidad de las participantes



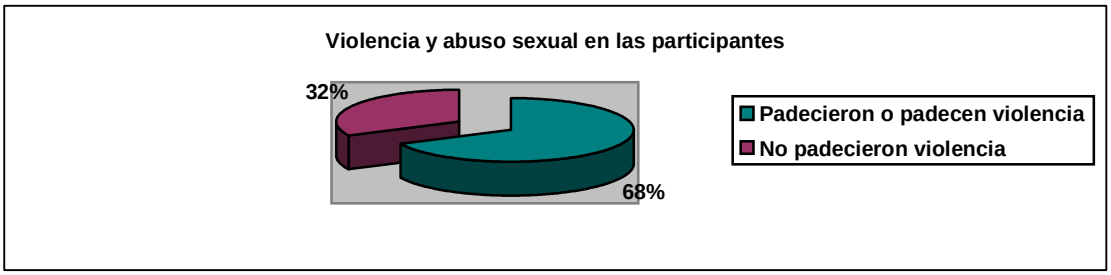
De las 407 participantes, casi el 60% era de origen boliviano; seguidas por las de Paraguay. El 98% lo integraron bolivianas, paraguayas y peruanas.

Gráfico III: Edad de las participantes



Más de la mitad de las que concurrieron tenían entre 20 y 29 años.

Gráfico IV: Violencia y abuso sexual



276 mujeres manifestaron padecer o haber padecido situaciones de violencia y abuso sexual.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La migración es un fenómeno que debe ser analizado por los cambios demográficos que provoca, por el impacto que tiene en el mercado laboral, por los procesos de resistencia o de aceptación que genera, y por el impacto en los servicios de salud.

La violencia de género puede ser el resultado de la migración, como también la causa que lleva a muchas mujeres a dejar su país de origen. Sin embargo, el migrar a otro país las expone también a padecer maltrato, abuso físico o sexual, especialmente cuando viajan en situación irregular.

El tráfico de migrantes es otro riesgo al que se enfrentan estas mujeres porque son susceptibles de ser capturadas por las redes de trata de personas. Las migrantes se aferran a lo que les ofrecen los traficantes, para encontrarse luego con una realidad muy diferente en el país de destino. Una vez dentro de esa red, se encuentran sometidas a todo tipo de abuso (físico, emocional, sexual y psicológico).

Aún si no es captada por esas redes, la mujer migrante debe enfrentarse a nuevos desafíos, como son las condiciones de precariedad y hacinamiento, la falta de acceso a la salud -principalmente la sexual y reproductiva-, el no saber adónde buscar información, etc.

Las extranjeras son las víctimas de violencia con menor capacidad de defensa. Suelen verse obligadas a no denunciar al agresor por temor a la deportación, por desconocer los recursos existentes, por miedo a la desintegración familiar, por la dependencia económica, etc.

La violencia es un problema universal y una de las violaciones a los derechos humanos más graves y extendidas. Viola el derecho a la integridad personal y a la salud. Tiene efectos traumáticos inmediatos y a futuro. Es una causa significativa de enfermedad y muerte femenina en todo el mundo. Afecta no sólo a las mujeres, sino a sus hijos y a la sociedad en su conjunto, y constituye un serio problema de salud pública.

"El nivel de civilización al que han llegado diversas sociedades humanas está en proporción a la independencia que gozan las mujeres".

Flora Tristán (feminista y obrera peruana, 1803-1844).

CONCLUSIÓN

Este trabajo permitió conocer la escasa utilización del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a pesar de la gratuidad, lo que se traduce en altas tasas de fecundidad y también de internación por legrados en la población extranjera.

La patología social que emergió entre las migrantes de nuestros talleres fue la violencia y el abuso sexual, incluso más que las tradicionales como Tuberculosis y Chagas.

La investigación pudo, además, poner de manifiesto las distintas visiones y posiciones del personal de salud respecto de las personas migrantes.

La atención de los servicios de salud debe brindarse adecuadamente sin tener en cuenta la procedencia de las personas. El sistema de salud debe ser inclusivo, pero para aceptar la interculturalidad se debe trabajar mucho, porque no es un proceso que se de espontáneamente.

Surge la necesidad de impulsar abordajes multisectoriales con distintas organizaciones de la sociedad civil, fortaleciendo la participación comunitaria, el conocimiento de los derechos y una actitud responsable, porque, a pesar de las leyes protectoras, en la práctica hay escasez de programas socio-sanitarios integrales y participativos.

Resulta indispensable trabajar con otros Ministerios, con ONG's, con centros barriales etc., para ampliar las redes sociales y los vínculos comunitarios que permitan a las migrantes participar en radios comunitarias, talleres culturales, elaboración y venta de artesanías típicas. Promover los grupos de mujeres favorece lazos solidarios, permite contener y ayudar en situaciones conflictivas.

Se intentará continuar con esta modalidad de trabajo para llegar a mayor número de mujeres migrantes de la zona, porque la experiencia fue altamente positiva: permitió poner de manifiesto dificultades en el acceso a los centros asistenciales y corregirlas; comprobar serias desatenciones de la salud de las migrantes y encauzar la atención, y verificar la necesidad de capacitación de los profesionales.

La escasa utilización del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a pesar de la gratuidad, se traduce en altas tasas de fecundidad y también de internación por legrados.

La patología que prevaleció entre las migrantes de nuestros talleres fue la violencia y el abuso sexual.

RESUMEN

Objetivo. Establecer una coordinación primero intrainstitucional (en un hospital de agudos del barrio de Flores, de la Ciudad de Buenos. Aires, Argentina) y luego con la comunidad, con el fin de lograr una relación de confianza de las mujeres migrantes con el equipo sanitario, y un consenso respecto de ese equipo hacia las culturas diferentes.

Metodología. El trabajo constó de 3 etapas:

1. Se hizo un primer diagnóstico situacional.

2. Se trabajó con el equipo de salud en reuniones de intercambio. Al finalizar, se hizo una devolución y evaluación.

3. Se trabajó con mujeres migrantes.

Resultados

1. En la primera etapa, surgió el grado de riesgo sanitario de las pacientes extranjeras y la necesidad de trabajar con ellas y con el equipo de salud de los Servicios de Guardia y Tocoginecología.

2. En la segunda etapa aparecieron en el equipo de salud conceptos discriminatorios, intolerancia, estigmatización, lo que evidencia poca formación del equipo en la interculturalidad. Se observó en los profesionales cierta resistencia al cambio de mirada y a la apertura cultural. Se notó alguna dificultad en el manejo de las situaciones traumáticas en casos de violencia sexual.

3. En la tercer etapa se abrió un espacio de intercambio grupal para debatir, reflexionar y buscar propuestas frente a las necesidades de las mujeres migrantes en un clima de confianza y libertad, logrando la integración de todas a partir de la motivación, compromiso personal y participación activa, permitiendo que el hospital sea un lugar de encuentro y de referencia.

Conclusión

La adecuada atención de las mujeres migrantes requiere de servicios sanitarios más inclusivos que reduzcan las barreras de la discriminación.

Palabras claves: *mujeres, migrantes, equipo de salud, atención de salud, violencia, vulnerabilidad, cultura, hospital, Ciudad de Bs. As., Arg.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berk, M; Schur, C; Chavez, L; Frankel, M. “Health Care Use Among Undocumented Latino Inmigrants”. *Health Affairs*, 2000, 19 (4): 51 - 64.
2. Bollini, P; Siem, H. *Health needs of Migrants*. World Health Organization, 1995, 48 (6): 20-22.
3. Campbell, J. “The intersections of HIV and violence”. So Sci Med/2000. Vol. 50, pp. 459-478.
4. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Comité de Acción Jurídica (CAJ). “Situación de los inmigrantes y refugiados”. Capítulo de la Presentación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. Febrero 2001.
5. Cerrutti M, Parrado, E. “Salud y Migración en un contexto de integración económica: el caso de la migración paraguaya en la Argentina”. Informe final del Proyecto de Investigación, OPS. (HDP-HDR-RGP-81-1). Año 2001.
6. Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer UNIFEM. *VIH-Sida más Violencia*. Informe 2008.
7. Galimberti, D. “Salud reproductiva, un tema de salud pública”. Boletín de temas de salud. Revista de la Asociación Médicos Municipales. Año 9 Nº 82, Octubre 2002.
8. Jelin, E; Grimson, A; Zamberlin, N; Mombello, L; Cerruti, M; Caggiano, S; Abel, L. “Salud y Migración Regional”. Informe de IDES (Instituto de Desarrollo Económico y Social). Año 2005.
9. Kishor, S. “Profiling domestic violence. A. multicountry study”. ORC Macro, Maryland, EVA, june 2004.
10. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable Nº 25.673. Año 2003.
11. Ley 2.110 de Educación Sexual Integral en Escuelas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2006.
12. Ley 26.480 de Protección Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, marzo 2009.
13. Ley 25871 de Migraciones. Año 2003.
14. Ley Nacional 23.798 de Sida. Año 1990.
15. Ley 23.592 Antidiscriminatoria.
16. Low, N; Broutet, N. “Sexual and reproductive health”. Lancet. Noviembre, 2006. Volumen 368, página 2001-2016.
17. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. “Políticas de salud. Programa Médico Comunitario”. Año 2007. Módulo V, página 43 a 55.
18. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. *Morbimortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina*. Julio, 2004.

19. Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. “Salud, Sexualidad y VIH-Sida”. Guía de actualización para el debate con docentes. Marzo de 2003. Cuaderno I, página 1 a 129.
20. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina. “Violencia hacia niños, niñas y adolescentes. Maltrato y abuso sexual”. Informe 30/11/2000.
21. OPS. “Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos”. Informe 2007.
22. OPS. OMS. ONUSIDA. “VIH y Sida en las Américas”. Boletín Anual 2001.
23. Paganini, J. M, Etchegoyen, G. “Mortalidad materna y perinatal. Evaluación del impacto d los programas de salud”. *Estudio colaborativo multicéntrico*, Conapris. Diciembre de 2004.
24. Programa de Prevención de Sida. “Situación epidemiológica del VIH-Sida en la Ciudad Autónoma de Bs. As”. Informe del Ministerio de Salud de la Ciudad, Mayo 2009.
25. Sociedad Argentina de Pediatría. Editorial sobre “Violencia, Abuso, Maltrato”. Agosto 2009. Año XVI Nº 45.

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN MUJERES EMBARAZADAS POR VIOLACIÓN: EL CASO DE CALI, COLOMBIA

Natalia Pineda Londoño

e-mail: npineda@fundacionsimujer.org

Tel: 57-2-6683000

INTRODUCCIÓN

La Fundación Si-Mujer, ubicada en Cali, Colombia, presta desde hace más de 26 años, servicios integrales en derechos y salud sexual y reproductiva a mujeres de la ciudad y del sur-occidente del país. Los servicios abarcan las áreas de salud, educación, investigación, diseño y producción de materiales didácticos, y otros. En salud se atiende consulta médica, psicológica, asesoría en anticoncepción, tratamiento ambulatorio del aborto incompleto, citología y servicio a víctimas de violencias de género.

El servicio integral a víctimas de violencias sexuales incluye atención médica, profilaxis (en casos de violación reciente), atención psicológica, orientación sobre los derechos y las acciones legales que se pueden tomar y acompañamiento. En el caso de mujeres embarazadas por violación, la orientación abarca el análisis sobre las diferentes decisiones que pueden tomar (interrupción del embarazo, continuar con el mismo, conservar y criar al hijo/a, o la adopción). Cuando las víctimas deciden interrumpir el embarazo producto de la violación, la Fundación las asesora y les realiza el procedimiento, previa presentación de la denuncia de la violación, o las remite y acompaña a entidades del sector salud (dependiendo del tipo del amparo de salud que tengan).

La atención de IVE se ciñe a la Sentencia C-355 de Mayo 10 de 2006 de la Corte Constitucional que despenalizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el país en tres casos:

Causal	Requisito
1. Cuando el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer.	Certificación médica.

2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.	Certificación médica.
3. Cuando sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, de acceso carnal (violación) o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial , o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.	Copia de la denuncia interpuesta ante autoridad judicial.

Una dificultad para acceder a la IVE en casos de embarazo por violación es que, a pesar de estar despenalizada desde hace más de cuatro años, en la práctica aún existen muchas barreras para el acceso oportuno de las mujeres a este servicio. Según cifras del Ministerio de Protección Social[1] de mayo de 2006 a julio de 2009, en el país se han practicado 649 IVE, tal y como se expone en el siguiente cuadro:

Interrupciones Legales en Colombia - Sentencia C-355-

Causales	**Año 2006**	**Año 2007**	**Año 2008**	**Año 2009**	**Total**
1. Peligro salud o vida de la mujer	6	39	46	40	**131**
2. Malformación fetal	15	54	139	189	**397**
3.Violación/incesto	5	25	50	41	**121**
Total general	**26**	**118**	**235**	**270**	**649**

En un país donde se estima un promedio de 200,000 a 400,000 abortos ilegales por año[2], la cifra de 649 interrupciones legales en un período de 3 años y medio es un indicador de que aún hay mucho camino por recorrer para que los derechos plasmados en la sentencia de la Corte Constitucional se conviertan en hechos.

La violación y el embarazo. El embarazo como consecuencia de una violación supone otro golpe y una nueva crisis, que en muchos casos resulta desestabilizadora y abrumadora para las víctimas. Su impacto es mucho mayor cuando, como ocurre en la mayoría de casos, las mujeres afectadas han guardado en secreto la agresión.

El embarazo por violación no es un hecho evidente de inmediato. En algunos casos solo se hace real cuando está en etapa avanzada, debido a mecanismos de defensa de la víctima activados por el *miedo.* Entre otros, miedo a daños en la salud y la vida, al estigma social, a lo abrumador del hecho, a la negación y parálisis emocional que genera la violación y que

[1] Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Informe de gestión a marzo 1 de 2010. Respuesta a derecho de petición interpuesto por la Mesa por la Vida y la salud de las Mujeres.

[2] The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility, women society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1999.

lleva a que algunas mujeres nieguen que fueron víctimas de violación, la vivan como irreal. Holmes et al[3], en un estudio realizado en 1996 en Estados Unidos con 413 casos de violencias sexuales, de los cuales 34 eran de embarazo por violación, anotaron que el 32% de las víctimas solo se percató del embarazo en el segundo trimestre de gestación.

El momento en que se constata un embarazo producto de violación presiona a las víctimas a contar los hechos y a tomar decisiones frente al mismo. Las obliga a enfrentar dos problemas: referirse a la violación y buscar ayuda para la interrupción del embarazo en los casos en que se decidan por esta opción.

Vale la pena anotar que, a pesar de ser una problemática frecuente, el embarazo por violación ha sido poco investigado. Un estudio realizado por Holmes et al. en 1996, *"Rape-related pregnancy. Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women*[4], se basó en un estudio más amplio que buscaba ver el efecto de los traumas sufridos por las mujeres en su salud mental y física, a través de 4008 entrevistas telefónicas realizadas en un lapso de 3 años a mujeres mayores de 18 años. De estas, 413 mujeres dijeron haber sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida. Diecinueve de las 413 mujeres reportaron haber quedado embarazadas producto de la violación. Frente a la decisión sobre el embarazo, un 50% optó por interrumpirlo, 32% por continuar y 6% por dar en adopción, mientras un 12% tuvo abortos espontáneos.

La Fundación Si Mujer en 1998 y 1999, realizó la investigación *"Embarazo por violación, la crisis múltiple*[5]*",* que recopiló121 casos de mujeres embarazadas por violación. Se buscó entender las características de las víctimas, de la violación, los efectos de la violación y el embarazo sobre sus vidas, así como documentar la decisión que tomaban frente al embarazo. El estudio encontró que el 63% de las víctimas optó por interrumpir el embarazo, un 18% decidió continuarlo y un 8% escogió la adopción.

Otro estudio que vale la pena resaltar es *"Atendimiento integral ás mulheres vítimas de violencia sexual: Centro de Assitencia Integral a Saude da Mulher, Universidade Estadual de Campinas"*[6]*.* Este documento de 2007 se refiere a la experiencia de atención a víctimas de violencia sexual en el servicio de la Universidad Estadual de Campinas. De 1174 casos atendidos de víctimas de violencias sexuales de 1998 a 2006 en el servicio de la Universidad Estadual de Campinas, 109 mujeres resultaron embarazadas como producto de la violación. El 65% decidió interrumpir el embarazo, 21% continuarlo y 14% debió continuarlo por tener una edad gestacional superior a la que permitida por ley para interrumpir el embarazo. El estudio resalta la importancia de la creación de servicios de atención integral para las víctimas de violencia sexual.

---

[3] Holmes et al, *"Rape-related pregnancy" Estimates and descriptive statistics from a national sample of women*. En: American Journal of Obstetrics and and gynecology, Agosto de 1996: pp.320-325

[4] Holmes et al, op.cit.

[5] Londoño et al, *Embarazo por Violación. La Crisis Múltiple*. Fundación Servicios Integrales para la Mujer SI-MUJER, Iseder, Cali, Colombia, Tercera edición, 2004.

[6] Faundes Anibal, Bedone Aloisio, "Atendimiento integral ás mulheres vítimas de violencia sexual: Centro de Assitencia Integral a Saude da Mulher, Universidade Estadual de Campinas". En: Cadernos Saude Pública, Rio de Janeiro, Vol. 23 No.2. Febrero de 2007. pp465-469

METODOLOGÍA

El presente, que es el primer corte de un estudio que continúa, comprende el período de mayo 10 de 2006 (fecha en que la Corte Constitucional despenalizó la IVE en Colombia) a junio 30 de 2010. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo y cualitativo. Los datos se procesaron en SPSS.

En esta primera fase se hizo un recuento de frecuencias de las 35 variables estudiadas y adicionalmente un análisis bivariado. Finalmente, se hizo un análisis a profundidad de 45 casos de mujeres que optaron por la IVE, con el cual se buscó documentar al máximo la situación presentada alrededor del cumplimiento de este derecho y la provisión del servicio en el sector salud de la ciudad.

Población: 212 mujeres con embarazo por violación que acudieron al servicio de atención a víctimas de violencias sexuales de la Fundación Si-Mujer en el lapso anotado. Es de anotar que mensualmente la entidad atiende un promedio de 10 víctimas de violación, entre ellas algunas con embarazo como sigue:

Casos atendidos de embarazo por violación

Año	Casos
2006 (desde mayo 10)	32
2007	42
2008	53
2009	52
2010 (a Junio 30)	33
TOTAL	212

Fuentes de información: La información se recopiló a través de la revisión de historias clínicas de cada una de las mujeres que conforman la población del estudio, y de otros documentos tales como denuncia de la violación, remisiones, seguimiento a casos, correspondencia con entidades y notas de seguimiento telefónico y personal sobre cada víctima. La historia clínica incluye formatos de consulta médica, formatos de consulta psicológica (a profundidad y focalizadas). En la documentación se analizaron 35 variables relativas a los siguientes aspectos:

1. Características socio demográficas de las víctimas
2. Características de la violación
3. Decisión frente al embarazo por violación

Objetivos

- Conocer las características sociodemográficas de las mujeres víctimas de embarazo por violación.
- Describir las características de la violación.
- Conocer la decisión de las mujeres frente al embarazo producto de violación.
- Comprender la relación del embarazo por violación y la IVE.
- Documentar la atención y provisión de la IVE en la ciudad de Cali.

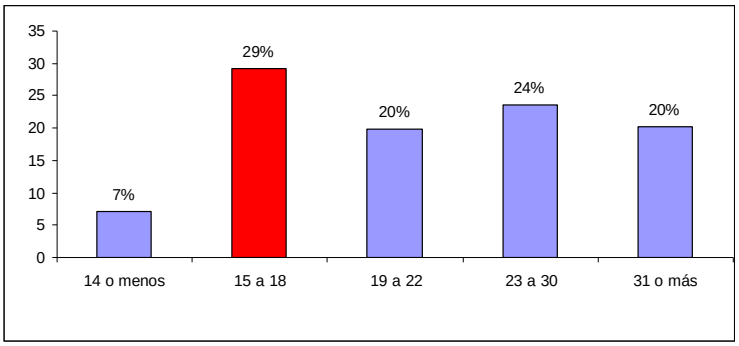
RESULTADOS

Características sociodemográficas de la población

Edad

El rango de edad de las mujeres víctimas de violación del presente estudio es de 11 a 45 años, con una media de 23 años. El 36% de la población está conformado por niñas y adolescentes entre 11 y 18 años, como se observa en el siguiente cuadro:

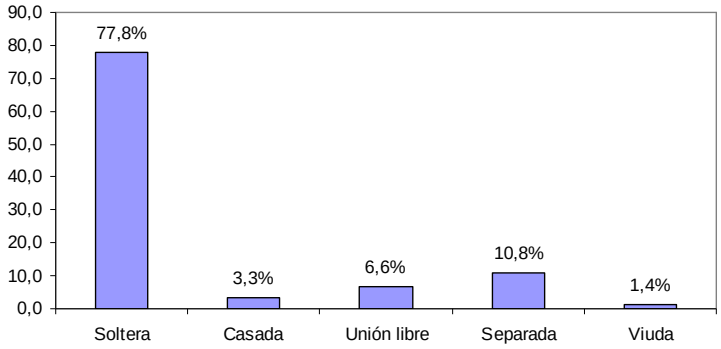
Distribución de los grupos etáreos



Estado civil

La mayoría (77,8%) de las mujeres con embarazo por violación atendidas son solteras, dato que coincide con el hecho de que, igualmente la mayoría, son jóvenes. Un 9,9% de las víctimas está casado o en unión libre. El siguiente cuadro lo ilustra con detalle:

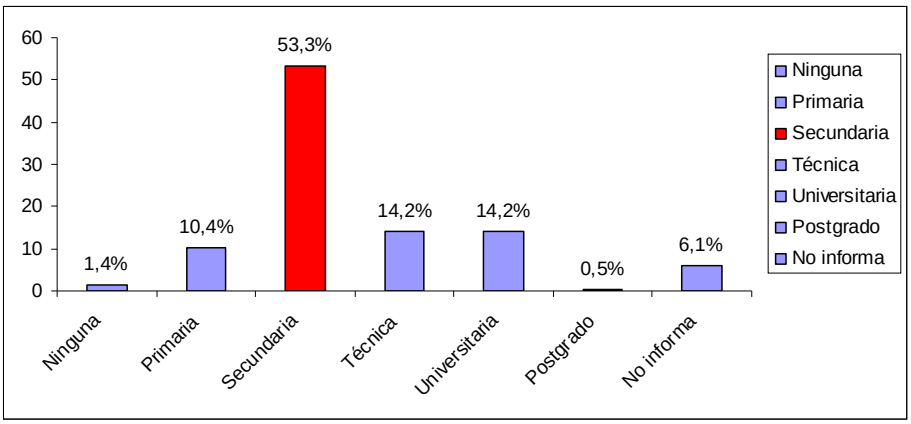
Estado civil de las víctimas



Escolaridad

Un porcentaje alto de las víctimas (53%) tiene estudios secundarios y un 28.9% tiene un nivel de estudios técnico, universitario o de post grado, tal como se observa en este cuadro:

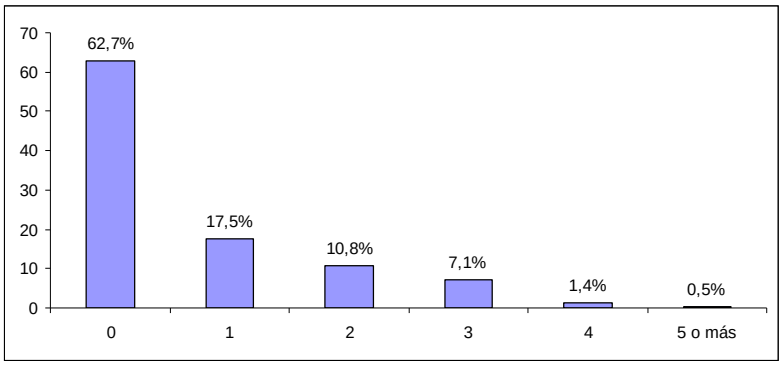
Escolaridad



Número de hijos

El 62,7% de las víctimas no tenía hijos al momento de la violación.

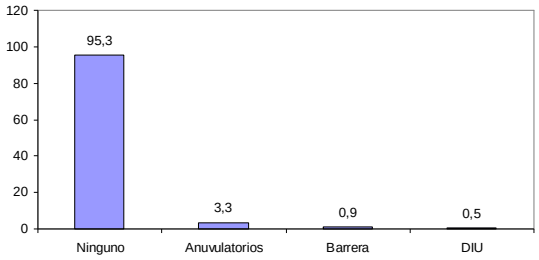
Número de hijas/os



Uso de anticonceptivos

Un 65% de las mujeres del presente estudio nunca había usado anticonceptivos, lo cual se puede explicar tanto por su edad, como por el hecho de que muchas de ellas aún no habían comenzado su vida sexual.

Anticoncepción



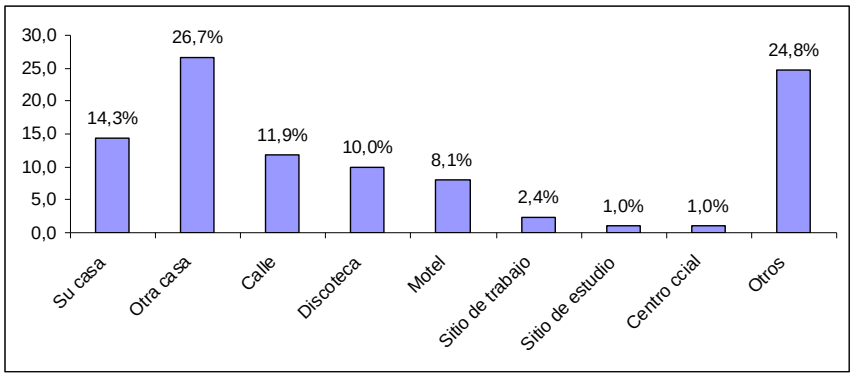
Frente al uso de anticonceptivos al momento de la violación, el 95% de mujeres dijo no estar usando ninguno. Un 0,9% mencionó el uso de condón por parte del violador. Llama la atención que ninguna de las víctimas del estudio utilizó anticoncepción de emergencia después de la violación. Un 19% manifestó haber utilizado misoprostol para inducirse el aborto.

Características de la violación

Lugar de la Violación

Un 41% de las víctimas fueron violadas en su casa o en otra casa, porcentaje muy alto, en especial considerando la connotación que la casa tiene como espacio protector, de resguardo, e hipotéticamente, de seguridad. De las víctimas violadas en una casa diferente a la propia, el 55% fue agredido por un desconocido y el 43% por un conocido.

Lugar de la violación

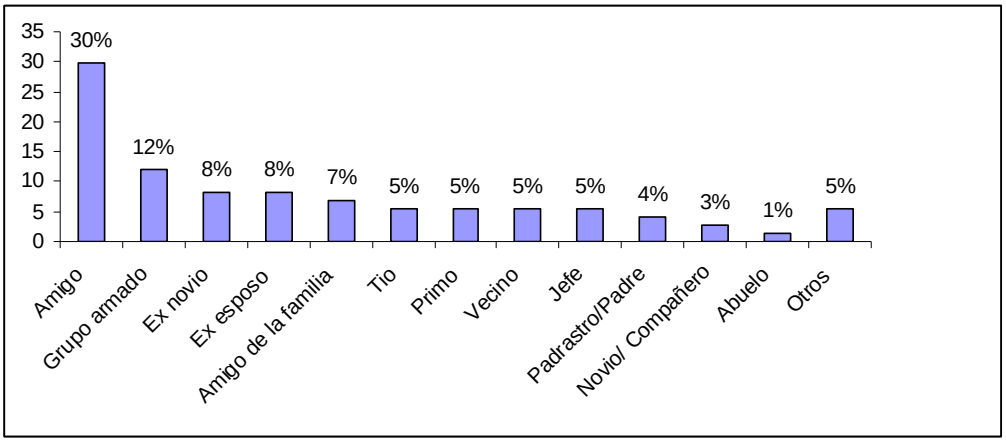


Algunos sitios de diversión como las discotecas también se convierten en espacios inseguros para las mujeres, pues un 10% de ellas afirma que la violación se produjo en ese lugar, o que allí las hicieron ingerir sustancias para luego violarlas bajo el efecto de las mismas. El 86% de las mujeres violadas en una discoteca fue víctima de un violador desconocido y el 14% de un violador conocido.

Violador(es)

Un 63% de los violadores son desconocidos, frente a un 34% de conocidos. Un 3% de las mujeres no informó si el violador era conocido o no. Al mirar más en detalle el tipo del violador conocido, se observa que un 30% de éstos son considerados como "amigos", término que ciertamente no les corresponde. Un 12% corresponde a grupos armados, (guerrilla, paramilitares, pandillas) categoría que se incluyó en conocidos, pues las víctimas reconocen que hacen parte de algún grupo armado que pueden identificar. Un 15% de los violadores conocidos corresponde a parientes (tío, padre, padrastro, abuelo), un 16% a ex-pareja y un 3% a la actual pareja.

Violadores

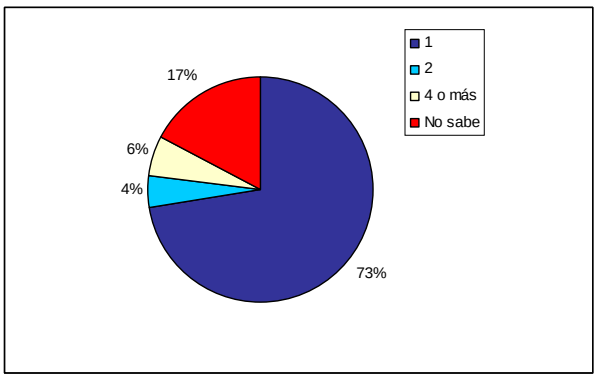


Que un porcentaje tan significativo de violadores como el 30% sea visto como amigos, sumado al porcentaje de novios, y parientes, demanda profundas revisiones conceptuales y de valoración de estas categorías sociales.

Número de agresores

El 73% de las víctimas fueron violadas por un agresor, el 4% por dos, el 6% por cuatro o más, y 17% no sabe, por encontrarse bajo efecto de sustancias químicas.

Número de violadores



Uso de sustancias químicas para someter a las víctimas

Un 42,2% de las víctimas relata haber recibido algún tipo de sustancia en bebidas, que las llevó a perder el conocimiento. Por lo anterior, no conservan ningún recuerdo frente a la violación. En algunos casos, solo al comprobar el embarazo pudieron darse cuenta que habían sido violadas.

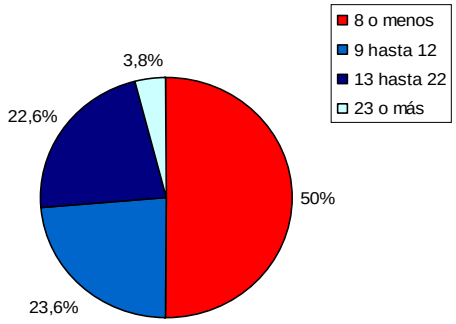
Vale la pena resaltar que un 37% de los violadores conocidos y un 47% de los violadores desconocidos utilizaron sustancias químicas para someter a las víctimas.

El 71% de las víctimas que aseguran haber sido violadas por un amigo recibieron previamente sustancias. En los casos en que el victimario tenía una relación de poder con la víctima (grupo armado, padre, padrastro, abuelo) se observa que no se utilizaron sustancias químicas.

Edad gestacional al acudir al servicio de violación de la Fundación Si Mujer

Las mujeres acudieron por primera vez a consulta por violación con edades gestacionales de 2 a 37 semanas. La media fue de 10.3 semanas. Un 50% de las víctimas acudió a consultar con una edad gestacional menor o igual a 8 semanas.

Semanas de gestación al acudir a SI MUJER

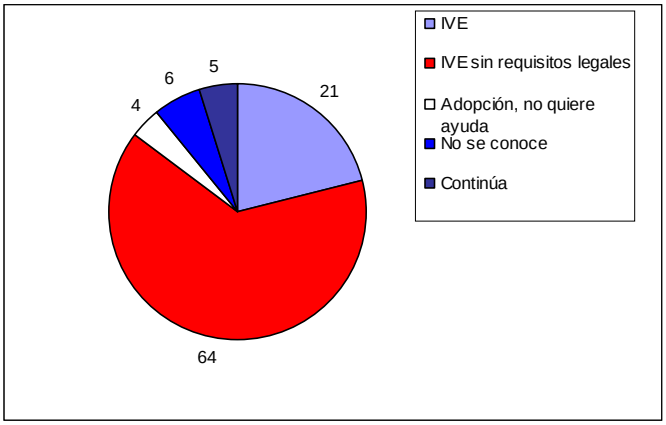


Hay que anotar que la decisión C-355 de la Corte Constitucional no hace referencia a las semanas de gestación para la IVE.

Decisión de las mujeres frente al embarazo

El siguiente gráfico ilustra la decisión que tomaron las mujeres frente a su embarazo (expresado en porcentajes):

Decisión sobre el embarazo por violación



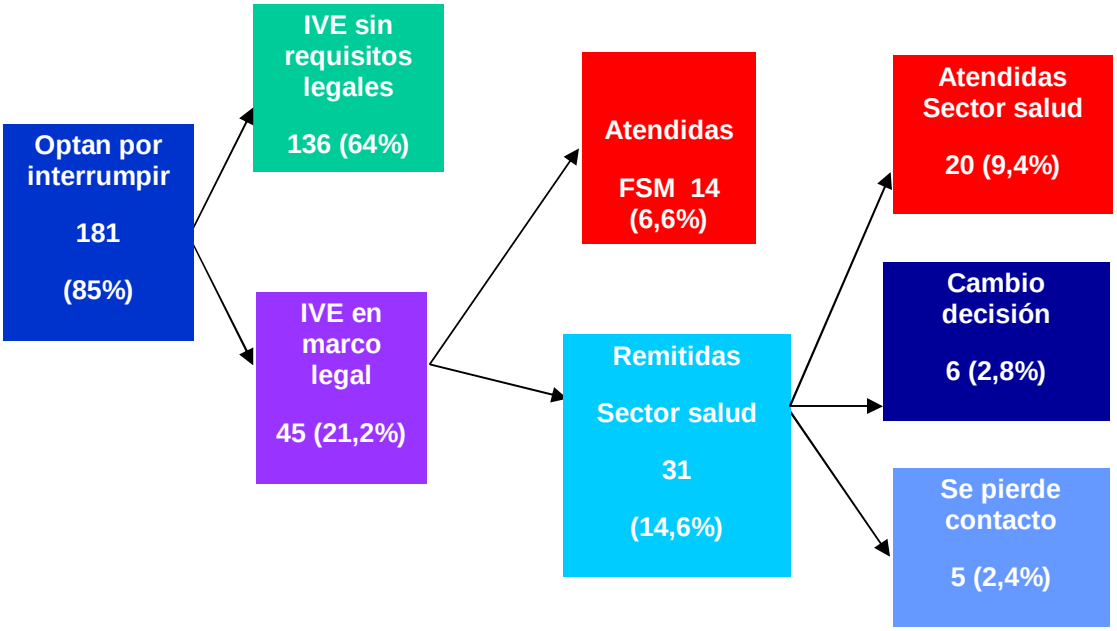
Un 85% de las víctimas manifiesta que considera interrumpir el embarazo y un 5% afirma que lo va a continuar. Dentro del 85% que informan querer interrumpir el embarazo producto de violación, sólo un 21% lo hacen amparadas en el derecho que les otorga la sentencia de la Corte Constitucional, cumpliendo con el requisito legal como es presentar la denuncia de la violación ante autoridad competente. Quienes a pesar de tener derecho a una IVE legal por ser víctimas de violación y embarazo de la misma, no hacen uso de su derecho, permiten conocer lo complejo del problema que suele ser banalizado de forma irresponsable.

Denuncia

Un 69% de las víctimas afirma no querer denunciar la violación, frente a un 24% que la denuncia, y un 7% que no sabe que hacer, si denunciar o no. Son varias las razones que llevan a las víctimas a no desear denunciar, entre ellas se destacan la intimidación y amenazas contra ellas y/o sus familias, la desconfianza en el sistema, y el miedo a que otras personas se enteren de lo sucedido. Igualmente el temor a que no les crean, o a ser revictimizadas.

El siguiente gráfico ilustra la ruta que siguieron las mujeres que decidieron interrumpir su embarazo. Se expresa en porcentajes frente al número total de víctimas del estudio (212 mujeres).

Conducta frente a la IVE



De las 45 mujeres que optaron por una IVE dentro del marco legal (sentencia C-355 C.C.), 14 fueron atendidas en la Fundación Si Mujer. La atención brindada en esta es integral e incluye consulta médica, asesoría psicológica, control post-IVE orientación en anticoncepción y asesoría a familiares o personas significantes si es del caso.

De las 31 que fueron remitidas a diferentes entidades del sector salud, sólo 20 lograron obtener la IVE. 6 cambiaron su decisión debido a presiones de personal del sector salud, y con 5 se perdió el contacto. Es decir, que de 181 mujeres que consideraron interrumpir su embarazo por violación, sólo el 18,8% (34 mujeres) logró acceder a una IVE.

Calidad en la prestación del servicio de IVE

A continuación se resumen las fallas en los diferentes servicios para la interrupción del embarazo y las barreras que se imponen a las mujeres embarazadas por violación que buscan ejercer su derecho constitucional de acceder a una IVE en Cali.

Sector Justicia

Como se mencionó, el único requisito para que una mujer embarazada por violación pueda acceder a una IVE es presentar copia de la denuncia del hecho ante autoridad competente. Sin embargo, es aquí donde empieza un proceso desgastante y revictimizante para las mujeres. A pesar de existir unidades especializadas en la fiscalía para atención a víctimas de abuso sexual (CAIVAS) y de violencia intrafamiliar (CAVIF), las mujeres no pueden presentar su denuncia en estas unidades porque, a pesar de haber contado con receptores de denuncia en algún momento, actualmente no los tienen. Así, las mujeres deben dirigirse a

un único sitio habilitado para presentar denuncias de todo tipo en la ciudad,[7] lo que implica largas filas y tiempos de espera, entre otros.

Oportunidad en la atención: horarios y turnos

El mencionado lugar tiene un horario de atención de 8 am a 5 pm, y reparte 60 turnos al día para presentar denuncias de todo tipo. Así pues, una mujer que no alcanza a reclamar un turno debe volver al día siguiente, a pesar de que la normatividad determina que las víctimas de abuso sexual tienen prioridad en la atención.

Espacios inapropiados para recepción de denuncias

Las instalaciones de este lugar no cuentan con espacios independientes y apropiados para recepción de denuncias de violación. Las mujeres deben hacer su denuncia al lado de personas que van a denunciar otros delitos. No existe confidencialidad para poder denunciar los hechos, y al llamar a la denunciante cuando es su turno, en muchos casos lo hacen en voz alta, evidenciando su condición de víctima de acceso carnal.

Solicitud de requisitos no legales

En numerosos casos, a las mujeres les solicitan datos que no conocen y que, aunque podrían ser útiles en una investigación, no es obligatorio que los sepan, tales como:

1. Dirección del sitio de la violación
2. Nombre del violador
3. Testigos de la violación

Asimismo se han dado casos en los que les exigen a las mujeres poner la denuncia en la ciudad de la violación (cuando es diferente a Cali), a pesar de que las denuncias deben ser recibidas en cualquier parte del territorio nacional.

En algunos de los casos documentados, a unas mujeres no les recibieron la denuncia con diversas excusas y debieron repetir el proceso cuando la Fundación les hizo acompañamiento y les explicó sus derechos.

Cuestionamientos

Al momento de presentar la denuncia, varias mujeres fueron cuestionadas por haberse demorado en hacerlo, dudaron de que su historia fuera cierta señalándoselo de forma abierta, o les hicieron cuestionamientos de tipo religioso frente a su decisión de interrumpir el embarazo.

[7] En septiembre de 2008, el Palacio de Justicia de la ciudad fue destruido por un atentado terrorista. A partir de ese momento todos los despachos judiciales debieron repartirse en diferentes zonas de la ciudad.

Pareciera que la fiscalía no tiene un protocolo claro para atención a víctimas de violencias sexuales, o que se aplica de manera aleatoria. Así mismo los/las funcionarias no respetan el rol de imparcialidad que deben tener como administradores de justicia y cuestionan y obstaculizan, desde sus propios valores y creencias la decisión de las mujeres, atentando contra sus derechos.

Sector salud

Consultas descuidadas y poco profundas

En algunos casos, especialmente de menores de edad, al consultar en centros de salud por presentar malestar, no se les hizo ningún tipo de indagación sobre violencia sexual, ni se les examinó por posible gestación. Una de las menores de edad (12 años) asistió a consulta médica y le diagnosticaron parasitosis. Al momento de asistir a dicha consulta presentaba un embarazo producto de violación.

De otra parte, algunas mujeres relataron que, al tomar conciencia de la violación asistieron a centros médicos en solicitud de ayuda y que no recibieron profilaxis para ITS, ni anticoncepción de emergencia, y tampoco las orientaron sobre su derecho a la IVE. Obviamente, de haber recibido profilaxis y anticoncepción de emergencia oportuna, estas mujeres habrían podido evitar un embarazo indeseado.

Operadores de salud actuando como jueces

En varios de los casos documentados, el personal de salud ha cuestionado la veracidad de la denuncia de las mujeres, recriminándolas porque consideran que mienten sobre la violación para poder interrumpir el embarazo. Asimismo, revisan de manera minuciosa la denuncia interpuesta por la mujer, buscando incongruencias y decidiendo, por ejemplo, que la edad gestacional no coincide con la fecha y que, por lo tanto, ese embarazo no es producto de la violación denunciada, o que los hechos no son claros, casos en los cuales no pueden realizarle la interrupción. Asumen así un papel equivocado, ya que no son funcionarios/as del sector judicial.

Solicitud de requisitos no contemplados en la normativa

A pesar de que el único requisito exigible y legal para una IVE en caso de embarazo por violación es la denuncia del hecho debidamente presentada, en algunos casos se exigió a las mujeres orden judicial o autorización de fiscal para realizar el procedimiento. No obstante, ha habido cierto avance, ya que esta situación se dio especialmente durante los dos años posteriores a la despenalización.

Incidir en forma directa o indirecta en que la víctima cambie su decisión

En seis de los casos documentados, el personal de salud ejerció presión velada o manifiesta para que las mujeres cambiaran, como lo hicieron, su decisión sobre la IVE. Muchas otras, relataron que, pese a haber recibido comentarios similares, no cambiaron su decisión. Las presiones del personal de salud, entre otras, fueron:

- Dar información no veraz sobre riesgos del procedimiento.
- Señalar imágenes detalladas del feto en el ecógrafo con frases de admiración como: *"Mire, mire las manitas, la boquita, tan bonito…."*

- Expresar sus opiniones personales, no solicitadas, sobre la interrupción: *"es un crimen", "es horrible, cómo va a hacer eso...".*
- Negar la atención, aduciendo límites diversos por semanas de gestación a pesar de que en Colombia no hay un límite de edad gestacional para la IVE.

Dilación en la atención

A pesar de que la norma establece que se debe prestar la atención en los 5 días siguientes a la solicitud de IVE, se han documentado dilaciones hasta de un mes y medio, a través de:

- Solicitud de valoraciones con otras/os médicos o especialistas (a pesar de no ser necesario).
- Requisitos administrativos: autorización de diversas instancias para la atención, solicitud de documentos adicionales, firmas etc.
- Remisión a diferentes entidades de salud, aduciendo no poder atender a la mujer por falta de cupo, y otras excusas.
- "Extravío" de documentación de la víctima. En un caso, la entidad de salud extravió la denuncia y todo el dossier de la víctima y ésta debió volver a repetir el largo proceso.

Objeción de conciencia mal aplicada

La Sentencia C-355 y posteriores, mencionan la objeción de conciencia y la reglamentan especificando que: es personal y no institucional, ya que solo aplica al profesional responsable de realizar el procedimiento, quien debe remitir la mujer a otra/o profesional que sí la pueda atender, o, si es el único profesional, o está en riesgo la vida de la mujer debe realizar el procedimiento.

A pesar de la claridad de la norma, el personal de entidades de salud parece desconocerla, o hace caso omiso de la misma. Se han documentado casos en los que:

- Una persona del área administrativa se declaró objetora e impidió realizar la IVE a la mujer en ese establecimiento de salud.
- Un médico objetó realizar el procedimiento porque no le parecía convincente la historia de la violación, a pesar de que la víctima presentó su denuncia.

Revictimización y falta de confidencialidad

En varios de los casos, desde que la víctima llega a la institución de salud, el personal la identifica en voz alta como la mujer que viene a abortar. Lo mismo ocurre en cambios de turnos del personal, y en general en las diferentes etapas del procedimiento. Asimismo, previo al procedimiento de interrupción, muchas son ubicadas en la sala de partos, al lado de mujeres que vienen con embarazos deseados a término. En algunos casos, estas mujeres,

sin comprender ni tener consideración por la situación de las víctimas, les insisten en que cambien su decisión.

Finalmente, hay que mencionar los reiterados cuestionamientos de los/las prestadores de salud desde sus valores e ideologías. Se documentan casos en los cuales enfermeras y médicos les decían a las mujeres que debían considerar la adopción, puesto que lo que estaban realizando era un pecado.

Falta de suministro oportuno de insumos y medicamentos

Algunas de las víctimas debieron conseguir por su cuenta los medicamentos para el procedimiento de IVE (misoprostol), a pesar de ser obligación del sector salud proveerlos. A otras, de manera intencional no se les suministraron oportunamente medicamentos para el dolor durante el procedimiento.

Mostrar a la víctima el producto del embarazo (inclusive a menores de edad)

Se tienen documentados cuatro casos en los cuales el personal de salud les mostró a las víctimas el producto del embarazo, con el único fin de hacerlas sufrir por la decisión que tomaron, lo cual supera lo antiético, pudiendo denominarse como terrorismo psicológico.

Prescindir del acompañamiento psicológico

En la mayoría de los casos, el sector salud no presta ningún tipo de acompañamiento psicológico a las víctimas, a pesar de constituir una necesidad, y además, ser obligatorio.

No brindar atención post-aborto

La prestación de la IVE debe ser integral, y por lo tanto, debe incluir entre otros servicios, controles médicos post-aborto y asesoría en anticoncepción. En ninguno de los casos remitidos al sector salud se ha prestado dicha atención.

Factores adicionales que afectan la decisión de las víctimas

Además de las barreras y fallas documentadas anteriormente, que se convierten en factores de presión y de estrés adicional para las víctimas, en muchos casos, especialmente en los de menores de edad, existen presiones y reproches por parte de las familias que afectan sus decisiones y las fragilizan más. Se tienen documentados varios casos en que hermanas, padres y madres, basados en sus creencias religiosas, presionaron a las menores para continuar con los embarazos, a pesar de los temores y negativas de ellas.

Es de aclarar que la normativa sobre IVE les concede pleno derecho a las menores de edad para tomar sus decisiones sobre embarazo por violación.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La mayoría de las víctimas de este estudio son mujeres jóvenes, solteras, sin hijos y con un nivel de escolaridad de secundaria. Un gran porcentaje no estaba utilizando métodos anticonceptivos al momento de la violación y un 65% nunca los había utilizado, debido a que muchas aún no habían comenzado su vida sexual. Que en un 36% se trate de niñas y adolescentes de 11 a 18 años de edad es un indicador perverso de lo que ocurre en la ciudad.

Es de resaltar que ninguna de las mujeres de este estudio utilizó anticoncepción de emergencia después de la violación, a pesar de que es un método fácilmente adquirible en el país y la ciudad, y está contemplado por los protocolos de salud de atención a la violación. Tampoco recibieron profilaxis post-violación. Un factor adicional al desconocimiento que puede explicar el no uso de anticoncepción de emergencia, es que, al haber sido violadas bajo el uso de sustancias químicas, no recuerdan el evento y en otros casos, hacen negación del mismo.

El hecho de que 42,2% de las víctimas haya recibido sustancias químicas para ser violadas es alarmante. Muchas mujeres, al no recordar los sucesos por estar bajo el efecto de estas sustancias, no son conscientes de lo que ha ocurrido. Esto, unido al temor a relatar el hecho cuando hay una sospecha del mismo, lleva a que las víctimas nieguen la violación y no busquen ayuda de manera oportuna, pudiendo prevenir embarazos indeseados, ITS y una mayor afectación psicológica.

Respecto al vínculo con los violadores, en el presente estudio un 63% de los agresores son desconocidos, frente a un 34% de conocidos. Este dato es similar al obtenido en la investigación realizada por la Fundación Si Mujer en 1999[8] en que, el 64.5% de 121 víctimas fueron violadas por desconocidos, incluido un 9.1% que ignoraba quien las violó.

Un 41% de las víctimas fueron violadas en su casa o en otra casa y en un porcentaje significativo de 30%, los violadores son reconocidos como amigos por las víctimas, cifra que sumada a la de novios y parientes, se aumenta en forma alarmante. Estos datos referidos a la violación de mujeres tendrían que obligar a profundas revisiones conceptuales y de valoración de las categorías casa y amigos, de profundo contenido social que inhibe su crítica.

La casa, que supuestamente protege de tormentas exteriores e interiores, que ofrece refugio y amparo de las agresiones y peligros externos se convierte en lugar de peligro, de riesgo de violencias sexuales y por tanto, su idealización constituye un factor de riesgo del que poco se habla. Los estereotipos sobre la amistad, igualmente, pueden contribuir a suprimir o disminuir barreras y prevenciones respecto de los varones así considerados. Estas realidades tendrían que llevar a revisar los correspondientes discursos tradicionales.

A pesar de que la IVE en caso de embarazo por violación está despenalizada, sólo 45 mujeres de las 181 que consideraron no continuar con el embarazo, optaron por ésta. De ellas, 34 lograron acceder a la IVE, 6 cambiaron su decisión por presiones del sector salud, y con las 5 restantes se perdió el contacto.

Frente al avance social y humano que implica la despenalización del aborto en casos de violación, hacen falta más intervenciones para que la realidad cambie y las mujeres conozcan, asuman y hagan uso de sus derechos reproductivos. La violación por sí misma es una violencia aún poco comprendida, rodeada de estereotipos, prejuicios, estigmas, y amenazas que llevan a las víctimas a ocultarla. Así, romper el silencio y hablar de ella requiere de un gran esfuerzo.

En circunstancias adversas de estrés post traumático, cuando todavía la mujer no ha salido del impacto de la violación, el conocimiento del embarazo aumenta en forma considerable su

[8] Londoño et al, op.cit.

problemática. La Fundación Si Mujer ha atendido casos de intento de suicidio por esta razón, así que la problemática que se estudia es de la mayor importancia. Vale la pena anotar que la confusión de sentimientos y la carencia de tiempo para elaborar traumas, caso de las mujeres de este estudio, aumenta la fragilidad para toma de decisiones.

Adicionalmente a las dificultades internas familiares y sociales que rodean a las víctimas de embarazo por violación, las circunstancias externas suelen agravar su estado. Cuando las entidades del Estado y los sectores de Salud, Justicia y otros añaden problemas, barreras y cuestionamientos a la decisión de las víctimas para acceder a una interrupción de embarazo, no deseado, no buscado y no tolerado, la situación se torna extremadamente grave. En tanto el sistema de salud, por ejemplo, no asuma su obligación con la salud y derechos de las mujeres, los avances normativos van a requerir de mucho tiempo para su aplicación.

Los cambios no solo deben limitarse a las normas, que ya en Colombia muestran un avance, no completo, pero significativo. Los cambios deben ser sociales y culturales, de ideología, de valores, de apoyo y de decisión política.

CONCLUSIONES

La vida sexual y reproductiva de las mujeres, en el caso presente en nuestra cultura, está mediada por múltiples circunstancias, entre ellas las violencias de género y las violencias sexuales. Cuando la primera experiencia de las niñas relacionada con su sexualidad (que no es ejercicio de sexualidad) es por violación, y el primer embarazo también por violación, de no mediar intervenciones profesionales serias, con enfoque de género y oportunas, su salud en general, así como sus proyectos de vida serán afectados seriamente.

La violación tiene un impacto de largo alcance no solo en la vida de las víctimas, sino también en futuras generaciones cuando la mujer decide continuar el embarazo y criar al hijo/a, ya que para estas/os conocer su origen suele convertirse en fuente de malestares y problemas de acuerdo con casos atendidos en la Fundación Si Mujer.

Aunque la IVE por violación está despenalizada en Colombia, un alto porcentaje (64%) de víctimas no ejerció este derecho por múltiples factores, algunos ya citados. Es preocupante que sólo un 16% de las víctimas aquí mencionadas hubiera optado por realizar la IVE en las condiciones de la sentencia C-355.

Existe gran desconocimiento por parte de la sociedad de la reglamentación sobre IVE en Colombia. Mujeres, profesionales del sector Salud y funcionarios/as del sector Justicia ignoran los derechos de las mujeres consagrados en la Sentencia C-355 y posteriores.

La confusión y fragilidad emocional de las víctimas, unida a limitaciones y presiones externas, las llevan a cambiar su decisión de realizarse una IVE, con las consecuencias negativas que esto acarrea en su proyecto de vida.

En general, el personal del sector Salud parece ser resistente a los cambios en el caso de la IVE, los cuales son favorables a la salud y derechos de las mujeres. Sobrepone sus prejuicios y creencias personales y religiosas a los derechos constitucionales de las víctimas de violencias sexuales.

Es una falta de ética profesional y falla de humanidad privar a las mujeres de medicamentos para el dolor durante un procedimiento médico de IVE y mostrarles el producto del embarazo con el fin de castigarlas por la decisión tomada.

Constituye una necesidad adelantar campañas de información sobre violación, sobre IVE (sentencia T-388)[9] y seguir sacando a luz, y denunciando los casos no atendidos con señalamiento de las instituciones transgresoras.

Negar la prestación de IVE, además de ser una violencia de género, es un acto en contra de la ley colombiana.

RESUMEN

Los objetivos del estudio son documentar las características de la violación, la decisión de las mujeres frente al embarazo, la relación entre embarazo por violación e interrupción voluntaria del embarazo, así como la provisión de la IVE en la ciudad, destacando el tipo de atención en sectores de Salud y Justicia.

Este estudio cuantitativo y cualitativo revisa 212 casos de mujeres embarazadas producto de violación atendidas de mayo 10 de 2006 a junio 30 de 2010 en el servicio de atención a víctimas de violencias sexuales de la Fundación Si Mujer. La fuente de información principal son las historias clínicas de estas víctimas, que contienen datos médicos, psicológicos, entrevistas a profundidad y otros documentos relevantes.

La mayoría de las víctimas son jóvenes, solteras, sin hijos y con un nivel de escolaridad de secundaria. El 95% no estaba utilizando método anticonceptivo al momento de la violación y ninguna utilizó anticoncepción de emergencia o profilaxis post-violación. El 63% de los violadores eran desconocidos y un 51% de las víctimas fue violada en una casa (propia o de otra persona). El 85% manifiesta estar considerando interrumpir su embarazo, y sólo un 21% opta por hacerlo cumpliendo con el requisito legal de interponer denuncia judicial ante autoridad competente. Finalmente, sólo un 16% del total de las mujeres accede a una interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.

[9] Esta sentencia de la Corte Constitucional de 28 de mayo de 2009 ordena hacer difusión y educación sobre la IVE.

Se encontraron amplias deficiencias en el manejo de la IVE, desde desconocimiento de la sentencia y sus correspondientes normativas, hasta prestadores de servicios de salud convertidos en jueces, intervenciones basadas en prejuicios, revictimización, y dilación injustificada en la prestación del servicio. El desconocimiento de la normatividad, unido a los prejuicios de los proveedores de salud y del sector justicia entorpece el acceso de las mujeres sus derechos.

Palabras clave. Embarazo, violación, embarazo por violación, interrupción voluntaria del embarazo, despenalización del aborto en Colombia, Cali, Colombia.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Faundes A, Bedone A. “Atendimiento integral ás mulheres vítimas de violencia sexual: Centro de Assitencia Integral a Saude da Mulher, Universidade Estadual de Campinas”. Cadernos Saude Pública 2007; 23(2): 465-469.

Holmes et al, “Rape-related pregnancy”. Estimates and descriptive statistics from a national sample of women. American Journal of Obstetrics and Gynecology1996, pp. 320-325

Londoño et al, *Embarazo por Violación. La Crisis Múltiple*. Fundación Servicios Integrales para la Mujer SI-MUJER, Iseder, Cali, Colombia, Tercera edición, 2004.

Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006.

Corte Constitucional, Sentencia T-171, marzo 9 de 2007.

Corte Constitucional, Sentencia T-988, noviembre 20 de 2007.

Corte Constitucional, Sentencia T-209, febrero 28 de 2008.

Corte Constitucional, Sentencia T-946, octubre 2 de 2008.

Corte Constitucional, Sentencia T-388, mayo 28 de 2009.

The Alan Guttmacher Institute. *Sharing responsibility, women, society and abortion worldwide*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1999.

ROMPAMOS EL SILENCIO, NI UNA AGRESIÓN MÁS

La violencia sexual y su abordaje desde la perspectiva de salud y justicia

Rossana Cifuentes Estrada, Miriam Betancourth

rossana.cifuentes@yahoo.com y rcifuentese@gmail.com

Teléfono; (502) 5990-6324 y 2362-2437

INTRODUCCIÓN

En el año 2005, ante el reconocimiento de una problemática ancestral de violencia sexual identificada en el país, se elabora en el Ministerio de Salud el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, el cual se ha ido implementando lentamente en los servicios de salud en el ámbito nacional a partir del 2006, con el apoyo técnico y financiero de la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas.

A la fecha, múltiples estudios mencionan que el trato de los proveedores de salud y justicia es hostil, autoritario, e inapropiado, lo cual genera efectos perversos, no deseados de frustración, revictimización[10] y resentimiento por parte de la víctima (Diez & Herrera: 2004).

En otras palabras, la acción del Estado, en lugar de colaborar a solucionar una situación, contribuye a agravarla. Esta investigación pretende ofrecer evidencia de los problemas que enfrentará la implementación del Protocolo a partir de las representaciones de los implementadores de la norma y los resultados encontrados en la prestación del servicio. Espera obtener información sobre las percepciones de los proveedores de salud y justicia encargados de atender a víctimas de violencia sexual.

En Guatemala, se tiene conocimiento que desde la conquista, las mujeres de los vencidos y las mujeres indígenas sufrieron ultrajes sexuales por parte de los conquistadores, siendo en muchos casos sometidas a esclavitud sexual. “Los primeros mestizos fueron engendrados en el odio y el miedo”, (Severo Martínez, 1994:261). El mismo autor afirma que el mestizaje en Guatemala fue un proceso de violencia extrema contra las mujeres (“los españoles no se unieron con las mujeres indias, no se asociaron maritalmente con ellas, sino únicamente usaron de ellas…”).

Poco ha cambiado a la fecha respecto del problema de la violencia sexual contra las mujeres en Guatemala, ya que como lo describe la publicación “Rompiendo el silencio. Justicia para las mujeres víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado en Guatemala” (ECAP, UNAMG e ICCPG; 2006), miles de mujeres indígenas en tiempos del conflicto armado han afrontado en soledad y silencio las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia sexual. Ante esta problemática ancestral de violencia sexual identificada en el país, se aprueba en el Ministerio de Salud en el año 2005 el Protocolo de Atención a Víctimas de

[10] Revictimización o victimización secundaria definida como “aquellos sufrimientos que a las víctimas de un delito les infieren las instituciones más o menos directamente encargadas de hacer justicia o brindar salud: jueces, policías, peritos criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, médicos, enfermeras etc.” (Maza, 1994). (Croxatto, 2003).

Violencia Sexual, el cual se ha ido implementando lentamente en los servicios de salud a nivel nacional a partir del 2006.

Según Rodríguez (2007), a pesar que en su artículo 8 la Ley Orgánica del Ministerio Público ha incorporado el principio de interés de la víctima, este esfuerzo normativo no se ha visto reflejado en la práctica cultural de auxiliares y agentes fiscales ante quienes las víctimas, especialmente las mujeres, se ven claramente sometidas a violencia de género. Se les acusa bajo estereotipos machistas de ser "fáciles" y culpables de haber "provocado" el delito en su contra por la forma de vestir, o por su estilo de vida.

A la fecha, múltiples estudios mencionan que el trato de los proveedores de salud y justicia es hostil, autoritario, e inapropiado. Lamentablemente, la crueldad con que se continúa violentando a las mujeres en Guatemala demuestra que persisten las causas estructurales que permiten esta situación. Causas enraizadas en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, y que la creciente violencia e inseguridad acrecientan.

Si bien es cierto, los seres humanos convivimos con la violencia tal vez desde los orígenes de nuestra especie, el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos es nuevo y en los últimos años se le ha reconocido como un grave problema de salud pública y como un tema que reviste gran interés para la sociedad, porque retarda los avances para conseguir la equidad social y de género

En las dos últimas décadas el mundo tomó interés por el tema. Así, en 1979 la ONU aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; en 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño estableció obligaciones para proteger a las niñas y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual; en 1991 CEPAL aprobó una resolución sobre mujer y violencia; en 1993 la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena reconoció a la violencia contra la mujer como una violación de los DDHH; en ese mismo año la ONU hizo una declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer; en 1994 la Convención de Belem do Pará aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; las Conferencias de El Cairo en 1994 y de Beijing en 1995 establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra las mujeres; en 1996 la OMS definió la violencia de género como una prioridad de salud pública. La violencia es reconocida formalmente como problema en Guatemala a partir de 1999, con la expedición de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar.

En los últimos cinco años en Guatemala se han recibido 3,859 denuncias por violación y del 2001 al 2005 hubo 2,800 asesinatos de mujeres, muchas de las cuales fueron violadas. Empero las organizaciones de mujeres señalan que existe un gran sub-registro de mujeres agredidas sexualmente debido al estigma social que causa la agresión.

Las premisas básicas de la atención integral de toda mujer víctima de violencia sexual, deben de estar centradas en las necesidades de la víctima, entendiéndose por víctima toda aquella persona que ha sido sujeto pasivo de un delito[11], es decir, la víctima será la persona física o jurídica que soporta directamente la acción delictiva. Los casos de violencia sexual ocurren, en orden de mayor frecuencia, en mujeres, niñas y niños. Por lo tanto, una actitud

[11] Rodríguez, Alejandro. *Sistema Penal y Víctima. Una propuesta de atención integra desde el apoyo comunitario*. IECCP. Julio, 2007. p. 12.

comprensiva, solidaria y de escucha activa a la persona, son pasos fundamentales en el abordaje inicial. Asimismo, es necesario dejar de lado actitudes inquisitivas, evitar la re-victimización y no limitar la atención a la situación de emergencia, sino darle el seguimiento adecuado para prevenir las secuelas.

La atención a una situación de violencia sexual debe ser considerada como una *emergencia médica*, cuya frecuencia desafortunadamente va en aumento día a día en Guatemala.

El modelo de atención integral (abordaje medico, psicológico, legal y social) a implementarse debe estar basado en un marco de respeto a los derechos humanos, aplicado bajo los principios de bioética y la mejor evidencia científica, así como en los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, los objetivos de las políticas institucionales como esta pueden ser rechazados por diversas razones: pueden ofender los sistemas de valores personales de los responsables, lesionar lealtades externas a la organización, poner en riesgo el interés propio, o afectar relaciones ya existentes al otorgarles preferencia. Es decir, lo que Petrick (1968:7) ha descrito como "la dificultad que enfrentan los grupos humanos para realizar eficazmente acciones de las que no están profundamente convencidos".

El tema de violencia sexual cuestiona mucho de los valores personales de los proveedores de salud y justicia encargados de dar la respuesta integral a las víctimas. Actitudes de menor intensidad por parte de los proveedores de servicios pueden provocar que los responsables intenten desviar o evadir clandestinamente sus obligaciones, cosa que suele ser un patrón de conducta generalizada (Lazin, 1973). Los agresores tienen ideologías y tabúes en torno a la sexualidad que tienen el potencial de exacerbar la violencia sexual; a fin que se les considere 'verdaderos hombres' o 'verdaderas mujeres', los comportamientos tienen que ser cien por ciento heterosexuales y deben apegarse a los estereotipos de género. (Samelius y Wagberg 2005).

El problema de las políticas de salud sexual y reproductiva, no sólo se define en términos de acceso a los servicios de salud, sino en la forma en que las personas encargadas de brindar estos servicios viven su propia salud sexual y su reproducción, ya que ésta se verá reflejada en la forma en que implementan dichos servicios con las usuarias. El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos humanos son resultado de una estructura de relaciones y significados que operan en la realidad, en un determinado contexto social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero que a su vez actúan estructurando su conducta. (S. Lerner y André Quesnel, 1986).

Propósito del estudio

Evidenciar las percepciones de las autoridades normativas de salud y justicia frente a la magnitud de la problemática de la violencia sexual en las mujeres, niños y niñas guatemaltecas, e identificar los vacíos y debilidades institucionales en el abordaje integral de estos casos.

Objetivo del estudio

Documentar las percepciones de las autoridades normativas respecto a la violencia sexual para incidir en los procesos de sensibilización y capacitación a los sectores involucrados –Salud y Justicia–, para la prestación de servicios de calidad.

METODOLOGÍA

Los estudios que se centran en la violencia que sufren las mujeres constituyen una oportunidad excepcionalmente valiosa para explorar la lógica que articula los mecanismos tanto estructurales como interacciónales que facilitan la aparición de las agresiones.

El presente estudio es de carácter descriptivo-analítico, aborda el problema de la violencia contra las mujeres, analizando no sólo las causas y orígenes del problema y su magnitud, sino también las posibles vías de trabajo para su resolución, así como los actores y actoras que intervienen en este proceso.

Para definir el método y técnicas de investigación se realizó la operacionalización de los objetivos, para, con esta base, identificar las fuentes de información, de lo que se derivó el diseño de los instrumentos cualitativos para obtener la información requerida.

La recolección de datos se realizó en el período que comprende enero a julio del 2008. Para el efecto se aplicaron las técnicas e instrumentos siguientes: (ver instrumentos en anexos)

Obtención de datos secundarios

Se llevó a cabo el acopio y análisis de un cúmulo de informaciones recogidas o publicadas por diversas instituciones en Guatemala y otros países con características similares, lo que sirvió de base para analizar el presente y las tendencias que se derivan de la evolución del pasado reciente en la problemática de violencia sexual de las mujeres guatemaltecas.

Entrevistas a profundidad

Las entrevistas se organizaron de acuerdo a los temas a tratar y cada una de las preguntas identificó las experiencias, opiniones, expectativas y conocimientos de las personas que aportaron información para el estudio.

La entrevista fue focalizada a las siguientes instancias: Bufete popular RL, Juzgado de Paz Penal, Narcoactividad y Delitos contra el Ambiente de Turno Torre de Tribunales, PNC, Juzgados de 1ª. Instancia Penal, Narcoactividad y Delitos contra el Ambiente, Tribunal de Sentencia Penal, Narcoactividad y Delitos contra el Ambiente, Misión Internacional de Justicia y Fundación Sobrevivientes. En el sector Salud se entrevistó a trabajadoras sociales, psicólogas y directores médicos de hospitales nacionales.

Estudio de diez casos de violencia sexual

El trabajo de campo se llevó a cabo con mujeres sobrevivientes de violencia sexual y que recurrieron a servicios de salud y justicia para ser atendidas.

Diseño muestral

El mapeo fue efectuado con el apoyo de los hospitales, ONG's e instituciones del sector Justicia. La actividad se realizó en un periodo aproximado de 4 semanas.

Inducción al personal de campo

El personal seleccionado para el trabajo de campo fue objeto del proceso de inducción enfocado hacia los objetivos del estudio, los instrumentos utilizados, tiempos a utilizar y ejercicios prácticos sobre uso de instrumentos.

RESULTADOS

¿Cómo viven la violencia las mujeres? : Estudios de caso

Características de la población estudiada

Cuadro Nº1

Características de las mujeres abusadas

Caso	Edad en años	Escolaridad	Religión	Estado civil	Ocupación	Lugar de agresión
1		SD				
2		SD				
3	24 años	Estudios universitarios	Católica	Unida	Educadora en VIH	Casa de la madre
4	54 años	Ninguna	Evangélica	Soltera	Trabajadora en casa	Casa de su hermana
5	41 años	Nivel básico	Evangélica	Soltera	Oficinista	En la calle
6	26 años	Estudios universitarios	Laica	Casada	Perita contadora	Casa de sus padres
7	42 años	Estudios universitarios	Católica	Casada	Auxiliar de enfermería	Carretera
8	23 años	Secretaria y oficinista	Católica	Soltera	Oficinista	En carretera
9	25 años	Segundo básico	Católica	Soltera	Encargada de tienda	Trabajo
10	50 años	Primaria completa	Católica	Unida	Dependiente de cafetería	Carretera

Fuente: Estudio de caso. 2008

La información refleja que las mujeres abusadas sexualmente son principalmente jóvenes solteras y que la violación se dio tanto en la casa como fuera de la misma.

Caso 1: No autoriza información para publicar.

Caso 2: No autoriza información para publicar.

Caso 3: Violaciones continuas a partir de los 6 años por parte de padrastro quien se quedaba en la casa cuidando de ella y sus hermanos.

Caso 4: Violación por cuñado, al tener que ir a vivir con hermana.

Caso 5: Violación por varios hombres en la calle.

Caso 6: Violada a los 4 años por hermano de 11 años con antecedentes de haber sido abusado.

Caso 7: Violación por varios hombres en carretera.

Caso 8: Violación por tres hombres en un hotel de la zona 1.

Caso 9. Violación por jefe en su trabajo.

Caso 10: Violación en carretera.

¿Qué y cómo pasó? Antecedentes

Las violaciones sexuales identificadas manifiestan un alto grado de agresividad por parte de los agresores y las mismas se dieron en contextos de familias desintegradas y disfuncionales.

A quién pidió ayuda y respuesta recibida

Cuadro Nº 2

Caso	A quién acudió	Respuesta recibida
1		
2		
3	Madre.	Agresión. “No le creyó”.
4	A nadie.	---
5	Policía Nacional, Hospital, Ministerio Público.	Culpabilización a la víctima.
6	Abuelita y madre.	Culpabilización a la víctima.
7	Primeras personas a quien encontró en la calle y bomberos.	Desconfianza, seguida de búsqueda de ayuda para traslado a hospital.
8	A nadie, por temor a regaño de su madre.	---
9	Psicólogo amigo y MP.	El primer profesional le dio apoyo. Del MP culpabilización por insinuación de provocación.
10	A nadie.	Al enterarse en su trabajo la despidieron.

La respuesta tanto a nivel familiar como institucional no favorece en nada a un cambio de vida de las personas y a modificar los factores que provocan la violencia. Por el contrario, se marca una fuerte tendencia a culpabilizar a la mujer y a eximir al hombre de su culpabilidad.

¿Y después del abuso sexual que...?, ¿Cuál es su situación actual?

Caso 1:

Caso 2:

Caso 3. Contrajo VIH, presenta con frecuencia cuadro depresivo.

Valoración de la víctima: “Aún no he podido superarlo, tengo un trabajo, estoy en la universidad pero no llena todo, siento que no valgo nada y que no tengo derecho a ser feliz.”

Caso 4: Cuadro depresivo**.** Valoración: **“**Por lo que pasó no he podido hacer vida con nadie”.

Caso 5: Somatización del problema, que se traduce en no poder dar de mamar.

Valoración: “Por la atención que recibí he sentido no tener derechos, por ser mujer trabajadora sexual y que no nos ven como seres humanos, actualmente trabajo

para que se nos reconozca como personas, independientemente de nuestro trabajo".

Caso 6: Psicológic**o**. Somatización del problema a través de crisis asmáticas.

Valoración: "A los 25 años de edad inicié mi terapia en Tierra Viva, logro superar un poco, pero fue vital el poder trabajar con pandilleros, privados de libertad ....Me doy cuenta que mi caso no es el único y que puedo ayudar a alguien más".

Caso 7: Secuelas psicológicas y físicas (cicatrices). Participa en grupo de apoyo.

Valoración: "Se debe empezar a hablar para que los hombres entiendan y no empiecen ellos a culpar, se debe empezar a hablar de la violencia sexual a los hijos y a los hombres.

Caso 8 : Cuadro depresivo y auto rechazo. Dice que no tiene a nadie y que algún día tal vez me case. Valoración: "Quiere continuar estudiando para apoyar a las mujeres que como ella han sufrido violaciones, defiende los DDHH de las mujeres, y desea que se les haga justicia**.**

Caso 9: Secuelas psicológicas. Fue apoyada por una Fundación, se ha sentido muy apoyada moralmente y legalmente, actualmente el caso está en sentencia condenatoria. Valoración: "Me hubiera gustado recibir apoyo desde el principio, que no las dejen solas en el proceso legal, porque eso fue fundamental para que yo pudiera soportar llegar hasta la sentencia de mi agresor".

Caso 10: Secuelas psicológicas. VIH. Recibe apoyo psicológico. Valoración: "No le confíen a la gente, porque hasta el mejor amigo es su peor enemigo".

En los casos estudiados se evidencia cómo la existencia de las mujeres sufre cambios en detrimento de su calidad de vida, que es impactada por secuelas psicológicas, transmisión de enfermedades como VIH, hepatitis "B", afecciones físicas, somatización del problema a través de enfermedades como el asma, entre otros. Todo ello acompañado de la falta de

atención integral por parte de las instituciones responsables y la falta de comprensión de la sociedad, que en lugar de brindarles apoyo y seguridad, las culpabiliza y desprecia.

Conocimiento sobre las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia:

"… cuando sufrí la agresión, no sabía que existía medicina para evitar un embarazo y el Sida"

Mujer entrevistada

¿Cuáles son las razones para no denunciar y los efectos del abuso sexual, según mujeres de comunidades?

"Por la atención que recibí he sentido no tener derechos"

Mujer entrevistada.

A continuación se parafrasean los elementos identificados en la ejecución de los grupos focales.

Algunas razones para no denunciar

"…No es fácil decir las cosas, da vergüenza...".

"...Por miedo no hablamos... ".

"...Las autoridades no nos creen, piensan que los provocamos...".

"...Si se denuncia a los hombres, luego salen de la cárcel…".

Efectos

"…A las mujeres sí les afecta, quedan traumadas y de mal carácter, con miedo, alteradas de los nervios, si se casan y tiene hijos les afecta…".

"…El hombre no las mira bien y las trata mal. Para ellos no tiene el mismo valor y las desprecian y las humillan... ".

"... La comunidad las mira mal. Se escuchan expresiones como: "he oído que a esa la violaron así y asá, eso le pasó por birrionda y por no darse su lugar... ".

Los altos niveles de silencio y secreto en el ámbito comunitario invisibilizan la violencia sexual contra las mujeres. En muchos sectores de población se interpreta la violencia como un medio natural de resolver conflictos y de hacer valer la autoridad masculina. En el caso de violación sexual se tiende a culpabilizar a la mujer y a cambio de recibir atención y apoyo, es humillada y revictimizada.

Entrevistas a funcionarios

La atención a mujeres que sufren violencia sexual

"*Invisibilizan el hecho por no asumir responsabilidades". MP.*

Cuadro Nº 3

Categoría	Tipo de atención
Oferta de servicios	Se evidenció una ausencia de servicios integrales, ya que cada institución se especializa en uno o dos tipos de abordaje. El abordaje médico no tiene la prioridad debida, ya que se invisibiliza la atención a la salud frente a los aspectos legales y psicológico de la víctima. Algunos servidores públicos desconocen o se resisten a dar el abordaje integral en el sentido que la víctima se le debe ofrecer lo más pronto posible atención médica, psicológica, legal y social.
Coordinación intra e interinstitucional	No trabajan en coordinación los sectores Salud y Justicia. En el sector Salud hay mayores obstáculos para la coordinación intrainstitucional. Sí se evidencia coordinación entre las instituciones del sector Justicia, a excepción del Organismo Judicial (OJ) que no evidencia coordinación alguna, debido a que legalmente no puede tener injerencias con otras instituciones para no viciar el proceso.
Registro de casos	En el sector Salud se presenta el registro de los casos como una gran debilidad, ya que, debido a diferentes percepciones del problema de violencia sexual en algunos centros no se lleva un registro adecuado de los casos (no quedan vinculados a proceso, consideran casos para médico forense, entre otras). En algunos hospitales no se abre un expediente clínico, lo que limita el seguimiento que debe de darse a los casos. Esto invisibiliza el problema, dado que no se llevan registros ni se notifican los casos. En el sector Justicia, aunque se evidencia un mejor registro de casos, es solo de aquellos en los que existió denuncia, lo que nos da una idea aproximada del número de casos existentes, aunque no existen parámetros de comparación, ya que en las encuestas nacionales no se considera la investigación del tema, y esto hace las diferencias en las estadísticas entre Salud y Justicia. Sin embargo, se evidencia que aunque hay un mejor sistema de registro, es necesario hacer un cruce de variables entre los registros del MP y el Organismo Judicial, lo que permitirá evidenciar el número de denuncias recibidas frente al número de sentencias que se dan al respecto.

Fuente: Entrevistas a profundidad. 2008

"… La gran mayoría de mujeres no regresa para continuar

con el apoyo psicológico, por vergüenza"

Personal de salud

Calidad de la atención a mujeres que sufren violencia sexual

"Los del sector Salud prefieren callar y este silencio los hace cómplices, invisibilizan el hecho por no asumir responsabilidades y tienen insensibilidad por este tipo de delitos".

Personal de justicia

Cuadro Nº 4

Categoría	Calidad de atención
Principales dificultades para brindar la atención.	Para el sector Salud, el no contar con personal capacitado y sensibilizado en el tema, carecer de kits para atención de la emergencia y del procedimiento para el manejo de casos pediátricos, todo el sistema hospitalario, ya que encuentran con el programa en aproximadamente solo 10 hospitales del sistema. Existen barreras culturales que condicionan la estigmatización y discriminación de las mujeres víctimas de violencia sexual, debido a los patrones vigentes en la sociedad patriarcal en la que vivimos. A los juzgados la ley solo les permite dictar sentencias o fallos en base a lo investigado por el MP, y en este sentido se sienten limitados. Como no tienen protocolos de atención, ésta queda librada a la discrecionalidad de los jueces, y muchos de ellos emiten su dictamen o sentencia en base a prejuicios y mitos, y muchas veces terminan considerando a la víctima como provocadora del delito. La denuncia tardía impide dar la atención adecuada en cuanto a la integralidad del abordaje.
Limitantes institucionales externas	En el sector Salud no hay unidades especiales para la atención a sobrevivientes de violencia sexual. Falta de capacitación en el personal que atiende estos casos, a nivel nacional, ya que pierden las evidencias y esto contribuye a no poder aportar pruebas para sustentar los casos. No hay los insumos necesarios para proveer la atención médica y psicológica. No hay una partida presupuestaria específica para la compra de kits. Las organizaciones de Justicia, por carecer de personal capacitado para atender estos casos, culpabilizan a las mismas mujeres de provocar los hechos. No existen albergues para mujeres abusadas sexualmente, ni garantías cuando quieren denunciar. El programa de protección a testigos es muy débil en el sentido que solo brinda protección por 3 meses como máximo, y carece de una institución de protección completa, ya que no brindan el servicio de fotorobot y ADN.
Procedimientos que necesitan modificación	MP refiere que no necesita modificación, ya que trabaja en un área de atención integral y tiene su protocolo. El Organismo Judicial no considera necesario modificar nada, sus operadores incluso ya están formados en género. Solicitan que el MP presente bien el caso y aporte las pruebas necesarias, para que el juez emita la sentencia adecuada, de conformidad con lo que se genera en el debate.

Fuente: entrevistas a profundidad 2008

Percepción del origen de la violencia sexual

"Ese discurso de igualdad de las mujeres, de poder acostarme con cualquiera, hace que las señales que emiten las mujeres

no puedan ser diferenciadas por los hombres"

Personal de justicia

Cuadro Nº 5

Categoría	Percepción
Información que posee el entrevistado sobre origen de la violencia sexual.	El sector Salud asume que es por el machismo, pero considera que las mujeres se exponen al problema al andar en discotecas o de noche, solas, con ropa provocativa y que la violencia está asociada a que las victimas "fuman, chupan y se drogan". El sector Justicia asocia las causas del problema de violencia sexual a la pérdida de valores, a la baja escolaridad de las personas, a los niveles de impunidad que percibe el agresor, "cuando la víctima pasa de los 15 años puede provocar al agresor, se le acerca mucho al padrastro, le gusta quedarse a solas con él, le llama la atención al agresor, por eso se dan los casos". Se debe a que las familias son desintegradas, que no tienen educación sexual, y a la incursión de las mujeres en la vida pública. Algunas funcionarias lo asociaron a problemas mentales y a la pobreza, "Ese discurso de igualdad de las mujeres, de poder acostarme con cualquiera, hace que las señales que emiten las mujeres no puedan ser diferenciadas por los hombres". La mayoría de las funcionarias entrevistadas asume que la causa está en las relaciones de poder, el dominio del hombre hacia la mujer y la cosificación del cuerpo de la mujer. Ver a la mujer como parte de la propiedad del hombre.
Acciones preventivas	Realizar un trabajo conjunto y coordinado en orientación, hacer más énfasis en eliminar los prejuicios y la estigmatización. Capacitar y sensibilizar a jueces y juezas. Sensibilizar al sector Justicia. Crear una cultura de cero tolerancia a la violencia sexual. Reforzar las leyes y hacer los procedimientos más efectivos. Fortalecer a las instituciones. Sensibilizar a personal de salud, médicos y maestros Elaborar un plan o política de victimología. Educación, divulgación y promoción del tema. Reforzar la ética y la moral en la formación de las personas de la PNC. Hacer más efectivo el trabajo del MP. La PNC podría reforzar la vigilancia en los lugares donde hay mujeres trabajando, como el caso de las maquilas. Coordinar las acciones con las municipalidades para lograr más alumbrado público y control sobre taxistas. Fortalecer las oficinas municipales de la mujer. Formar más grupos de autoayuda. Motivar a que más instituciones se sumen a los esfuerzos en la prevención, atención y recuperación de las víctimas de violencia sexual. Hacer más eficientes las pesquisas.

	Incidencia para asegurar recursos para la inversión en la prevención de la violencia sexual y en la atención y recuperación de las víctimas. Campañas para romper el silencio. Eliminar patrones machistas y propiciar más información a las mujeres para su autoprotección.

Cuadro Nº 6

Área geográfica con mayor problemática de abuso sexual en mujeres, según las instituciones

Área geográfica
1. Escuintla 2. Capital: Ciudad, municipios de Villa Nueva 3. Chinautla y Amatitlán 4. Jutiapa 5. Quiché 6. Sta Rosa 7. Huehuetenango 8. Suchitepéquez 9. Quetzaltenango 10. Alta Verapaz 11. Baja Verapaz

Fuente: Entrevistas a profundidad. 2008

Resalta cómo en los primeros lugares de reportes de abuso sexual en mujeres aparecen departamentos como Escuintla, el Departamento de Guatemala y Jutiapa, lo que coincide con el informe de la ODHAG para el año 2004, en el que logró establecer que Guatemala ciudad registra el índice más alto de violencia; le sigue Escuintla y el tercer lugar lo ocupa Jutiapa. Esto también coincide con las estadísticas del OJ 2006 a 2008

Como medidas preventivas se reconoce la importancia de realizar las siguientes acciones:

- Información, educación y sanciones (énfasis en eliminar los prejuicios o estigmas).
- Posicionar el problema en la agenda pública.
- Campaña agresiva de sensibilización, que se inicie con los medios de comunicación para que no repliquen en sus contenidos esquemas de estigma y discriminación hacia la víctima.

- Convenios institucionales para evitar duplicidad de esfuerzos.
- Protocolos para todas las instituciones, consensuados con los diversos sectores que tienen acciones con la problemática de violencia sexual.
- Abordaje integral medico, psicológico, legal y social de la violencia sexual.
- Reforzar las leyes y procedimientos ya existentes.

En lo relacionado con las estadísticas, en general se considera que existe sub registro de los casos, sin embargo el número se ha incrementado en el año 2008, lo que se explica según las personas entrevistadas por: a) la cultura de denuncia; b) el empoderamiento de las mujeres; c) hay más divulgación del problema, así como mayor atención y sensibilización sobre el mismo; d) capacitación a proveedores de salud de algunas regiones de Guatemala.

CONCLUSIONES

1. El estudio resalta en los primeros lugares de reportes de abuso sexual en mujeres los departamentos de Escuintla, el Departamento de Guatemala y Jutiapa, lo que coincide con estudios sobre violencia en el país.

2. Existen limitantes de contexto que repercuten en las acciones de disminución de la violencia sexual contra las mujeres, entre las que destacan: a) el tema no es una prioridad de Estado y esto se expresa en la falta de compromiso de las autoridades de Gobierno, y la respuesta del Organismo Judicial y del Congreso en cuanto a generación y aplicación de leyes que favorezcan a las mujeres; b) las instituciones constitucionalmente responsables de la atención de los casos no cumplen con su función de prevención y protección y c) la persistencia de la cultura del silencio limita la denuncia en casos abuso sexual en el país.

3. En Guatemala, las estadísticas acerca de la dimensión del problema de violencia sexual en las mujeres no son completas y sin duda presentan un sub registro, ya que no existe un sistema único de registro que permita observar las tendencias anuales del fenómeno. De manera que las formas de registro y los datos son imprecisos y poco confiables

4. La crisis y secuelas que sufren las personas que han sido objeto de violencia sexual son afectadas por el sistema. Esto se deriva de ideas, creencias y representaciones sociales prevalecientes en las instituciones encargadas de la atención, de las actitudes y nivel de organización de las comunidades.

5. Las instituciones contactadas en el presente estudio reconocen la necesidad de ejecutar un plan operativo de capacitación y sensibilización a juezas y jueces, y de sensibilización a los médicos y médicas, además de realizar un trabajo conjunto y coordinado de educación y orientación a las familias, y de fortalecer las oficinas municipales de la mujer.

RECOMENDACIONES

1. Incidir para que la población guatemalteca cuente con una educación sexual responsable, placentera y libre de prejuicios, que aborde ética y científicamente la violencia sexual.

2. Llevar a cabo, como un esfuerzo nacional, campañas de sensibilización y capacitación dirigidas a los diferentes sectores de población sobre el compromiso individual y social de contribuir a erradicar la violencia sexual y denunciarla.

3. Ejecutar programas de sensibilización, formación y capacitación a jueces, juezas, médicos, médicas, personal de la policía nacional, y otros profesionales con participación en la atención de casos de abuso sexual, para que asuman su rol con responsabilidad y competencia.

4. La intervención institucional en la situación de crisis y recuperación de las mujeres, niños y niñas abusadas sexualmente debe orientarse a mejorar su calidad de vida y propiciar el cambio en las condiciones y factores que provocaron la violencia, y no incurrir en la revictimización.

5. Incidir en el reconocimiento de la violencia sexual como un problema de salud pública y en la necesidad de brindar una protección especial a las víctimas.

6. Es importante incidir a través de programas y proyectos en la necesidad de construir un tejido social comunitario que provea seguridad y confianza a sus integrantes y particularmente a las mujeres.

7. Promover el trabajo interinstitucional en el marco de redes de servicios que sean del dominio público, donde se pueda referir a las víctimas de abuso sexual.

8. Promover la divulgación de los grupos terapéuticos y de autoayuda existentes en el país y crear nuevos en ámbito público para un mayor acceso de las mujeres a oportunidades de atención de las secuelas de violencia sexual.

RESUMEN

En Guatemala se conoce que, desde la conquista, las mujeres de los vencidos y las mujeres indígenas sufrieron ultrajes sexuales por parte de los conquistadores, siendo en muchos casos sometidas a esclavitud sexual. “Los primeros mestizos fueron engendrados en el odio y el miedo”. Ante esta situación el Ministerio de Salud ha venido implementando el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en un proceso lento y tortuoso, con financiamiento de la cooperación externa, principalmente.

Por lo tanto, se hizo necesario a través de la presente investigación, evidenciar las percepciones de las autoridades normativas de Salud y Justicia frente a la magnitud de la problemática de la violencia sexual, e identificar los vacíos y debilidades institucionales en el abordaje integral de estos casos.

Se encontró que existen limitantes de contexto que repercuten en las acciones de disminución de la violencia sexual contra las mujeres, entre las que destacan: a) el tema no es una prioridad de Estado y esto se expresa en la falta de compromiso de las autoridades de Gobierno, la respuesta del Organismo Judicial y del Congreso en cuanto a generación y aplicación de leyes que favorezcan a las mujeres; b) las instituciones constitucionalmente responsables de la atención de los casos no cumplen con su función de prevención y protección; y c) la persistencia de la cultura del silencio limita la denuncia de casos. Las estadísticas acerca de la dimensión del problema de violencia sexual en las mujeres no son completas y muchas veces se invisibilizan a propósito, ya que no existe un sistema único de registro que permita observar las tendencias anuales del fenómeno. Las secuelas que sufren las personas que han sido objeto de violencia sexual son afectadas por el sistema patriarcal en que vivimos, como producto de los imaginarios sociales.

Palabras claves: Percepción, implementación de política pública y violencia sexual

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. “Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal”. Revista Médica de Chile 2001; 100(1): 1413-1424.

2.- Concha-Eastman A, Krug E. “Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo”. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 12(4): 227-229

3.- Cruz J. “Violación de derechos sexuales y reproductivos en América Latina”. XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz-Bolivia 19 al 25 Octubre 2002, 12 p

4.- Faundes A. “Asistencia a la mujer víctima de violencia sexual”. En*: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller Violencia de Género, Relato Final*. Lima: F y F Editorial. Abril 2003, pag 27-34.

5.-Galimberti D. “Rol de los tocoginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos”. XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz-Bolivia, 19 al 25 de Octubre 2002.

6.- Gomes de Almeida M, Pinto-Costa N. “Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de violencia basada en género”. 2ª Ed. Revisada. Rio de Janeiro: BEMFAM 2003, 48 p.

7.- Güezmes A, Palomino N, Ramos M. *Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú*. Lima Perú. CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002, 119 p.

8.- Ministerio de Salud de Chile. *Violencia intrafamiliar: una experiencia metodológica, registro y seguimiento epidemiológico en el sistema de salud pública*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud 1996, 58 p.

9. Ministerio da Saude do Brasil. *Norma tecnica Prevencao e tratamento dos agravos resultantes da violencia sexual contra mulheres e adolescentes*. 2ª Edicao. Brasilia Agosto 2002, 36 p.

10.- Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre erradicación de la violencia contra la mujer. Asamblea General 1993.

11.- Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. Beijing: ONU, 1995.

12.- Rodriguez, Alejandro. *Sistema Penal y Víctima. Una propuesta de atención integra desde el apoyo comunitario*. IECCP. Julio, 2007.

13.- Vasquez, Maria Dolores y Ortiz Mariscal, José David. *Modelo de atención Integral de Casos de Violación Sexual. Norma Mexicana*. Septiembre 2007.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Guía de preguntas a funcionarios/as

Datos generales:

Nombres apellidos: _____

Edad: _____ Religión: _____

Institución: _____ Cargo: _____

Profesión: _____ Fecha de la entrevista: _____

Ruta de atención:

1. ¿Qué servicios presta o que tipo de atención ofrecen a las mujeres abusadas sexualmente?
2. ¿Qué tipo de casos ha atendido recientemente?
3. ¿Ha recibido o ha trabajado coordinadamente con (sector Justicia u hospitales) en la denuncia y seguimiento de estos casos?
4. ¿Cuáles son los principales procedimientos o pasos establecidos para la atención (médica o legal) para casos de violencia sexual?
5. ¿Qué puede decir con respecto a las estadísticas en el sector Salud y Justicia; en la medición del número de casos? ¿Cuál es su opinión con respecto a la diferencia de datos estadísticos manejados por cada institución: Salud, Justicia?
6. ¿A qué atribuye el incremento en el número de casos atendidos en el año 2008?
7. ¿Cuáles son las principales dificultades para brindar la atención a mujeres víctimas de violencia sexual que usted encuentra en el sector Justicia o Salud?
8. ¿Cuáles son las principales limitantes institucionales (médica o legal) para la atención y seguimiento de estos casos en su institución?
9. ¿Qué limitantes, externas inciden en su institución para la atención de estos casos?
10. ¿Existe una guía o protocolo para el abordaje de violencia sexual estos casos?
11. En su opinión ¿qué procedimientos deben modificarse para agilizar y/o superar las limitaciones presentadas en estos casos?
12. ¿Qué criterios utiliza para el reporte de casos o emisión de diagnóstico o tipificación del delito?

Riesgos

13. En su consideración, ¿Por qué suceden este tipo de casos?
    a) En el entorno familiar:

    b) En el entorno comunitario y social:

14. ¿En qué localidades estima o considera que se dan con mayor frecuencia estos casos?
15. ¿Qué causas los motivan?

Prevención

16. En su opinión ¿de qué manera se afecta la vida de las mujeres víctimas de violencia sexual?
17. ¿De qué manera pueden prevenirse estos casos en el entorno familiar, social y comunitario?
18. ¿Qué acciones institucionales pueden realizarse como medidas preventivas?
19. ¿Qué recomendaciones o qué acciones recomienda para prevenir la violencia sexual, qué agregaría usted?

ESTUDIO DE CASO

Caso Nº _____ Instancias a donde se presentó inicialmente:_____

Tipificación del delito según expediente (por Salud y Justicia): _____

Agresor conocido, desconocido y N° de agresores: _____

Lugar de agresión:_____

_____

Edad _____ Estado civil:_____

Escolaridad_____ Ocupación:_____

Religión:_____

¿Me puede contar sobre la situación de violencia que usted vivió?_____

_____

_____

_____

Ruta seguida

- Primera reacción ante la agresión: (¿qué fue lo primero que hizo, a quién acudió, qué le dijeron, qué la motivó a hablar?)

Contexto en el que se desarrollaron los hechos:

- Ruta seguida después del ataque: ¿a dónde se dirigió? Casa, MP, hospital, etc.
- ¿Que reacciones encontró en estos lugares?

Atención médica recibida: (si acudió a un servicio de salud: ¿quien la atendió?, ¿qué tipo de atención le ofrecieron?, ¿le hicieron algún examen médico?, ¿quien se lo realizó?, ¿qué le dijeron?, ¿le preguntaron sobre su problema de violencia?, ¿cómo la trataron?, ¿la refirieron a algún otro lugar?, ¿cómo se sintió?)

- Medicamentos administrados
- Apoyo emocional en crisis
- Enfermedades físicas padecidas a consecuencia de la agresión
- Enfermedades psicológicas padecidas a consecuencia de la agresión
- ¿Hubo embarazo o no?, ¿hubo nacido o no?
- ¿Cómo desearía que se le hubiese atendido?

Apoyo legal recibido: (si acudió al sistema de Justicia, ¿quién la atendió?, ¿cuál fue el trámite?, ¿qué le dijeron?, ¿cómo la trataron?, ¿la refirieron a otro lugar?, ¿cómo se sintió?)

- Fase en que se encuentra el proceso

Apoyo social recibido

- Reacción de familiares importantes frente a la toma de decisiones
- Reacciones de la pareja frente a la toma de decisiones
- Actitud actual frente a la vida, y como llegó allí

- ¿Qué información considera fundamental para que las mujeres puedan enfrentar de una mejor forma este tipo de situaciones o qué información hubiese querido usted tener para la toma de decisiones en base a su experiencia?

Otras notas:
_____
_____

LA PREGUNTA

Eugenia Arroche, médica tocoginecóloga

Laura Mattiusi, psicóloga

Analía Messina, médica tocoginecóloga, analia_messina@hotmail.com

> ***"****El mundo no es humano por haber sido hecho por hombres, y no se vuelve humano porque en él resuene la voz humana, sino solamente cuando llega a ser objeto de diálogo. Por muy intensamente que las cosas del mundo nos afecten, por muy profundamente que puedan emocionarnos y estimularnos, no se hacen humanas para nosotros más que en el momento que podemos debatirlas con nuestros semejantes".*
>
> Arendt, Hannah: *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 1993[12]

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere a una experiencia realizada en el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez", de la Ciudad de Buenos Aires, entre los meses de noviembre y diciembre del año 2009.

La misma partió de la constatación del sub-registro de la violencia hacia la mujer por parte de las/os profesionales. La Historia Clínica Perinatal Base, que es el instrumento de registro del Sistema Informático Perinatal (SIP/CLAP), contiene un ítem donde debe registrarse esta cuestión. Pero muchas eran las veces en que se obviaba la pregunta, generando así un vacio de información. Otro inconveniente se producía en relación al modo de abordar la pregunta. Ya sea que se preguntara mecánicamente entre preguntas por hábitos alimentarios, de cuidados sexuales y tabaquismo, o sin discriminar el tipo de violencia padecida, sus características y si era presente o pasada.

El efecto de realizar la pesquisa de esta manera era el mismo: la no intervención acorde a la respuesta dada. Así, era lo mismo preguntar que no hacerlo; nada modificaba el abordaje posterior. A lo sumo, se derivaba a la mujer a Psicología, con una orden similar a la de cualquier análisis solicitado y sin explicar o consensuar tal conducta.

Muchas mujeres entonces llegaban a la consulta psicológica sin saber muy bien por qué estaban allí, y muchas veces adivinando que quizás sería porque le había dicho a su obstetra que su compañero anterior había sido violento con ella.

De esta manera, profesionales de las diferentes disciplinas que conformamos el Servicio de Obstetricia comenzamos a reunirnos semanalmente con el propósito de pensar por qué y cómo abordar la problemática de la Violencia Familiar (VF). De esos encuentros surgió una propuesta de trabajo que pretende abarcar tanto la atención de las mujeres que se acercan al Servicio, así como también una sistematización de los datos que permita evaluar el alcance de la problemática y el grado de pertinencia de nuestro abordaje.

METODOLOGÍA

[12] Citado por Moise, Cecilia. *Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria*. Buenos Aires: Paidós, 1998, p. 64.

El nombre del grupo de trabajo, “La Pregunta”, surgió de la modalidad que habíamos adoptado, sin proponérnoslo de antemano. Respondía a que lo primero que brotó fueron inquietudes e interrogantes acerca de la propia práctica y de la problemática de violencia familiar, que en los sucesivos encuentros se respondieron a partir del intercambio de saberes y del aporte bibliográfico sobre la temática. Cada reunión fue registrada en un libro de actas.

Definiciones

Dentro de nuestro tema de interés definimos la violencia familiar como aquella cometida contra las mujeres por una persona con quien tienen una relación íntima, incluido el compañero con el que conviven y/o por otros miembros de la familia, ya sea que dicha violencia se produzca dentro o fuera del hogar[13]. Asimismo, la pesquisa se propuso detectar las situaciones de violencia sexual perpetrada por ajenos al grupo familiar directo de la mujer.

Incluimos en la definición los siguientes tipos de violencia[14]:

- ✓ *Violencia física:* Consiste en la *comisión* de actos que perjudican el bienestar de la persona a través de producirle daño o lesión, o forzarla físicamente. Las *formas de presentación del maltrato físico* son: empujones, zarandeos, golpes, forzamiento a comer o beber algo, forzamiento a estar en una posición inapropiada, sujetar o atar, pellizcar, producir quemaduras, lesiones o heridas o fracturas óseas, estirones en el cabello, arrojo o derramamiento de comida o agua.

- ✓ *Violencia sexual:* consiste en cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. Las *formas de presentación de la violencia sexual* son: abuso sexual, violación, acoso, incesto, exhibicionismo, prostitución forzada, etc.

- ✓ *Violencia económica:* consiste en explotar los bienes de una persona, estafarla, chantajearla, así como robar dinero o alguna pertenencia suya, ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales del otro. Las *formas de presentación del abuso económico* son: emplear los recursos de la persona en beneficio propio, chantaje económico, apropiarse de sus bienes, coaccionarla para firmar documentos tales como testamentos o relativos a propiedades, limitación de los recursos, privación de medios para vivir dignamente, etc.

- ✓ *Violencia psicológica:* consiste en la *comisión* intencionada de actos que procuran diversas condiciones que originan malestar mental o emocional. Las *formas de presentación del maltrato psicológico* son: amenazas de abandono; acusaciones no justificadas; acoso; humillaciones; desprecio; manipulación o chantajes; intimidación física o verbal; tratamiento como infante; limitación de los derechos de privacidad, decisión, información médica, voto, a recibir correo, a comunicarse con otros .

---

[13] Tomado de UNICEF. “La Violencia doméstica contra mujeres y niñas”. En *Innocenti Digest* N° 6, junio de 2000. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia, Italia.

[14] Tomado de Organización Panamericana de la Salud. *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Parte II: Guías clínicas para problemas seleccionados. 1. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono). Guía de diagnóstico y tratamiento (i). Washington: OMS/OPS, 2002.

El desconocimiento o “naturalización”, junto con la incredulidad acerca de la posibilidad de que estos hechos puedan ocurrir, atentan contra la erradicación de las situaciones violentas instaladas en el medio cotidiano[15].

Trabajando la pregunta

La primera pregunta que surgió se refería al por qué no se preguntaba sobre la presencia de violencia en la consulta obstétrica. La respuesta que apareció con mayor frecuencia fue “me olvido”. Si bien todas/os podíamos responder rápidamente sobre la importancia de realizar esta pregunta, el pasarla por alto resultaba sintomático.

Rápidamente se pusieron en juego los diferentes temores que suscitaba el tema y cómo afectaban al profesional. Cabe destacar al respecto que lo que más se escuchaba era la incomodidad producida por la angustia de la mujer que suele acompañar a la posibilidad de relatar el padecer violencia. “¿Qué hago si dice que sí? ¿Y si se pone a llorar?”.

Entre todos los presentes se fue trabajando la cuestión, ubicamos que aparecía repetidamente en nuestro imaginario la idea de que nos tocaba a nosotras/os ofrecer una solución a la mujer. Se suponía que eso era lo que debíamos hacer, que eso se esperaba de nosotras/os frente a la presencia de violencia. Esta idea llevó luego a interrogantes tales como: ¿Hay recursos? ¿Actuamos como garantía de lo que hace el otro a quien derivamos? Asimismo, a reconocer el enojo producido muchas veces por las decisiones que toma la paciente, tales como no separarse del violento o no adoptar los cuidados de su salud sexual y reproductiva.

Existía entonces la fantasía de *una* solución, la cual a su vez dependía de la actuación de alguien. Pensamos que esa era una idea nuestra, que no es lo que se espera *que tenemos que responder*. A partir de la propia experiencia, ubicamos que para las pacientes el contarlo, el que alguien las escuche y las ayude a pensar suele ser de gran alivio y efectividad, que no existe la solución, que está en las manos de una y que la respuesta es automática, rápida, “de una”.

A partir de este disparador, y para ser fieles al modo de trabajo que adoptamos el desarrollo de este punto seguirá esa misma lógica. Es decir, haremos las preguntas que fueron planteándose y las respuestas que entre todos fuimos construyendo.

- ✓ *¿Por qué preguntar sobre VF en la consulta obstétrica?*
    - Concepción de la salud como integrada por los componentes bio-psico-sociales.
    - Lo que ocurre a nivel psico-social influye en lo físico, agravando o produciendo síntomas.
    - Lugar privilegiado para la detección de VF. Muchas veces es el primer contacto de la mujer con el sistema de salud. Oportunidad para ayudarla. Al respecto, cabe destacar que la población que se atiende en el Servicio se compone mayormente de mujeres migrantes de países vecinos, muchas de las cuales

[15] Ministerio de Desarrollo Social. *Guía para la Implementación del Programa Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores.* Buenos Aires: DINAPAM-SENNAF, 2009.

atraviesan una situación de desarraigo, soledad por la ruptura de lazos familiares y sociales, pobreza y esclavitud laboral. La consulta médica en el momento del embarazo suele ser el único contacto de la mujer con el sistema de salud y muchas veces con lo extra-familiar y/o extra-laboral.

- Detección de situaciones de riesgo para el bebé por nacer y/o otros niñas y niños.
- Patología perinatal derivada de la VF.
- Guardia: consulta por cuadros inespecíficos; se realizan exámenes pero no se considera la posibilidad de VF como causa de los mismos.

✓ *¿Cuál es el fin de realizar la pregunta? Objetivos de la detección*

- Informar sobre los recursos y favorecer el acceso a recursos.
- Visibilización y desnaturalización de la VF.
- Develación y construcción de la VF como problema de salud.
- Generación de un espacio para abordar el problema a partir del vínculo de confianza propiciado por la relación médico-paciente y de una escucha activa por parte del profesional.

✓ *¿Cómo se detecta la VF?*

- Pregunta directa.
- Indicadores de sospecha. Alarmas:
  - Separación de la pareja.
  - Situación vincular familiar conflictiva.
  - Dependencia económica.
  - Hábitos tóxicos de ella y de su pareja.
  - Antecedentes en la crianza de otros hijos, intervenciones judiciales pre-existentes.

✓ *¿Qué hacer cuando se detecta la presencia de VF?*

- Orientación: su fin es que la mujer conozca los recursos existentes y facilitarle el acceso a los mismos.
- Si hay riesgo, dar intervención a los profesionales de guardia (trabajador/a social y psicóloga o psicólogo), los cuales atienden las 24 horas).
- No se trata de solucionarle el problema, sino de trabajar con la paciente sobre una posible solución, atendiendo los recursos disponibles, su realidad y su decisión.

- “Derivación asistida”: se trata de acompañarla en el acceso a otro profesional y a los recursos.
- Devolución a la paciente de la violencia como un problema e indicación de que se la puede ayudar.
- Aceptar las decisiones de la mujer. Bajar las propias expectativas.

✓ *¿Cuándo una situación es una urgencia?*

- Necesidad de evaluar el riesgo a partir de considerar los siguientes puntos: situaciones previas de violencia, de qué recursos dispone, tipo de violencia que padece, temor de la mujer, existencia de niñas y niños en riesgo.
- Diferenciar riesgo de angustia. Poder distinguir asimismo cuando la angustia es del profesional.

✓ *¿Cuáles son los indicadores de sospecha?*[16]

- Lesiones frecuentes.
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos.
- Problemas gineco-obstétricos:
  - Ausencia de control de la fecundidad.
  - Historia de abortos repetidos.
  - Hijos con bajo peso al nacer.
  - Retraso en la solicitud de atención prenatal.
- Síntomas psicológicos frecuentes:
  - Insomnio.
  - Depresión.
  - Ansiedad.
  - Intentos de suicidio.
  - Agotamiento psíquico.
  - Irritabilidad.
  - Labilidad emocional.
- Utilización de servicios asistenciales:

[16] Tomado de Federación Mujeres Progresistas *Detección de la Violencia de Género: Pautas de actuación*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación del Gobierno de España, AECID, Fundación Alicia Moreau de Justo.

        - Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono.
        - Incumplimiento de las citas propias o relacionadas con sus hijos.
        - Uso repetitivo de los servicios médicos.
        - Frecuentes hospitalizaciones.
        - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía, o que los hijos acudan con sus padres.
    - Situaciones de mayor vulnerabilidad:
        - Embarazo y puerperio.
        - Noviazgo.
        - Separación o ruptura con familia o pareja.
        - Aislamiento.
        - Migración.
        - Enfermedad discapacitante.
        - Dependencia física o económica.
        - Exclusión social.
        - Desempleo.
    - Actitud de la mujer o de los hijos:
        - Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa. Por ejemplo, se altera al abrirse la puerta
        - Rasgos depresivos
        - Sentimientos de culpa
        - Ansiedad, angustia, irritabilidad
        - Vergüenza, retraimiento, evita el contacto visual, comunicación difícil
        - Vestimenta que puede indicar intención de ocultar lesiones
        - Falta de cuidado personal
        - Justificación de las lesiones o restarles importancia
        - Si está presente su pareja, padre o madre:
            - Temerosos en las respuestas.
            - Búsqueda constante de aprobación.

- Actitud del agresor:
  - Solicita estar presente en toda la visita
  - Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
  - Excesivamente preocupado o solícito con ellos
  - A veces colérico u hostil con ellos o con el profesional

✓ *¿Cuándo y cómo preguntar?*

- A partir de las preguntas de rutina, se puede sondear la posibilidad de que la mujer sufra VF: preguntas por el estado civil, si está sola, por qué; preguntar si el embarazo fue buscado; preguntas sobre adicciones; preguntas sobre la conformación familiar; rendimiento escolar (adolescentes); preguntas sobre la situación laboral/dependencia económica.
- Frente a la sospecha surgida a partir de los indicadores, y siempre según el propio estilo, tomamos de la bibliografía los siguientes ejemplos[17]:
  - Por la información obtenida: "Veo que …(hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar?"; "La encuentro intranquila, ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que la haga sentirse así?"; "En muchos casos en la familia se tienen problemas como los de Uds., tales como… Suelen ser a causa de que se está recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien. ¿Es este su caso?".
  - Por las lesiones físicas presentes: "Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo…, ¿es eso lo que pasó?"; "¿Hay alguna persona que usa la fuerza en contra suya? ¿Cómo? ¿Desde cuándo?"; "¿Alguna vez le han agredido más gravemente?".
  - Por los síntomas psíquicos encontrados: "¿Desde cuándo se siente así?"; "¿A qué cree que se debe?"; "¿Pasó algo últimamente que le preocupe o entristezca?"; "¿Tiene algún problema familiar?"; Parece asustada, ¿qué teme?".

✓ *Se suele pasar por alto preguntar sobre VF, ¿qué podemos hacer?*

- Propuesta: recordatorio en la Historia Clínica.
- El recordatorio es para indagar, lo que no implica que aunque la primera respuesta de la mujer sea negativa, con el correr de los encuentros surja la presencia de VF, a partir de que la paciente comience a sentir confianza en relación al espacio y con su obstetra.

[17] Tomado de Federación Mujeres Progresistas. *Detección de la Violencia de Género: Pautas de actuación*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación del Gobierno de España, AECID, Fundación Alicia Moreau de Justo.

- ✓ *Recursos existentes*

En la Ciudad de Buenos Aires:

- **Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia:** Atención los siete días de la semana las 24 horas. Lavalle 1250. Denuncias y asesoramiento legal. Adopción de medidas de protección tales como la restricción de acercamiento del agresor y/o su exclusión del hogar y el alojamiento de la mujer y niñas y niños en riesgo en refugios.
- **Línea 137:** Atención de situaciones de urgencia los siete días de la semana las 24 horas. Línea gratuita. Apoyo social, psicológico y jurídico. Seguimiento y acompañamiento por 72 horas. Orientación telefónica.
- **Dirección General de la Mujer: 0800-666-8537:** Atención las 24 horas, los 365 días del año. Línea gratuita. Gestión del alojamiento de la mujer y niñas y niños en riesgo en refugios.
- **Fundación Alicia Moreau de Justo:** Ayuda y contención para mujeres en situación de violencia. Pje. del Progreso 948 bis- CABA. TE: 4924-2660. Solicitar turnos de martes a viernes de 15 a 18 horas. Ofrece consultorios jurídicos y psicológicos y grupos de ayuda mutua en forma gratuita.
- **Consejo Nacional de la Mujer:** Asiste y orienta a las víctimas de violencia. Paseo Colón 275 5°. TE: 4342-9010/9098/9120.
- **Consultoría de Mujeres:**
  - **CESAC 24:** Pasaje L y Laguna (Barrio Ramón Carrillo), lunes de 9.30 a 11 horas.
  - **CESAC 6:** Mariano Acosta y Roca.
  - **CESAC 19:** Cobo y Curapaligüe.
- **Línea 102:** Denuncias de violación de derechos de niños/as y adolescentes. Atención las 24 horas, los 365 días del año.

En la Provincia de Buenos Aires:

- Comisaría de la Mujer / Comisaría correspondiente. Teléfono 911.
- Juzgados de Paz.
- Servicios locales de niñez.
- Guardias de hospitales.

- ✓ *¿Se hace seguimiento de los casos detectados? ¿Cómo?*
  - Consignarlo en la Historia Clínica y hacer seguimiento en las sucesivas entrevistas.

- Consignar las consultas a Servicio Social y Salud Mental en el carnet pre-natal, indicando las conductas adoptadas/sugeridas.
- Evaluar en las sucesivas consultas: si se ha producido un incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de maltrato sufrido; si las agresiones se han extendido a otros miembros de la familia; si se ha modificado el riesgo vital por la aparición de factores estresantes no existentes en las visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida de trabajo, etc.); el estado de la red social de apoyo; el plan de seguridad.

✓ *¿Cómo se registran en la estadística?*

- El instrumento por excelencia es el Sistema Informático Perinatal para la evaluación cuantitativa del problema. Sin embargo, el abordaje individual de las mujeres permite otro tipo de registros nominalizados e individuales, disponibles para el equipo transdisciplinario.

✓ *¿Qué y cuándo derivar? ¿Cómo? ¿Dónde?*

- Si se evalúa la presencia de una situación de riesgo inmediato: dar intervención a Guardia Externa (Trabajo Social y Psicología). Denuncia a la Comisaría correspondiente en caso de configurar delito de lesión. Si se trata de niñas, niños o adolescentes, dar intervención a la Guardia Permanente de Abogados dependiente del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- Si no se trata de una situación de riesgo inmediato:
  - Brindar información y la posibilidad de derivación a Orientación Psicológica y a Servicio Social a fin de profundizar y efectivizar la toma de medidas de protección y/o trabajar estas situaciones así como la angustia y dificultades en los procesos decisorios que muchas veces acompañan estas situaciones.
  - Realizar seguimiento en las sucesivas consultas médicas.
  - Establecer con la mujer un plan de seguridad y un plan de huida para aplicar si es necesario:

Si ha decidido abandonar el hogar, es recomendable dar los siguientes consejos[18]:

✓ Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.

✓ No dar ningún indicio de la intención de huida.

✓ Conocer previamente los lugares donde pueda acudir.

✓ No difundir la dirección del lugar en el que se va a alojar.

[18] Tomado de *Material de difusión* elaborado por la Lic. Graciela B., Asociación Argentina de Prevención a la Violencia Familiar.

- ✓ Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.

En espera de encontrar el momento adecuado y ante la posibilidad de tener que huir de forma precipitada (por una situación de riesgo), es conveniente tener preparada una lista de teléfonos de amigos y familiares y tener guardado en un lugar de confianza:

- ✓ Medicinas habituales.
- ✓ Ropa.
- ✓ Certificados médicos.
- ✓ DNI o fotocopias.
- ✓ Dinero para cubrir las necesidades básicas.
- ✓ Llaves.

Las agresiones más violentas suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio conyugal.

COMENTARIOS

Partiendo de la idea de que las representaciones individuales y las compartidas por nuestra pertenencia a una institución, a un momento histórico y a una profesión subyacen determinando nuestras prácticas, creemos que las respuestas elaboradas implican cambios cualitativos referentes a la representación sobre la VF que repercutirán en nuestra modalidad asistencial. A partir de lo mencionado, y como refuerzo necesario para lograr dicho objetivo, se proponen las siguientes iniciativas:

- Adjuntar un recordatorio en todas la Historias Clínicas de Consultorios Externos. El mismo supone que no se pasará por alto la pregunta y que se registrarán la respuesta y las acciones que se adoptaron a partir de la misma. Asimismo permitirá un registro estadístico.
- Elaborar carteles que incluyan: pautas de alarma sobre la presencia de VF y recursos de abordaje para colocar en todos los consultorios. Los mismos se dirigen tanto a los profesionales como a las pacientes.
- Realizar un taller en la sala de espera del Servicio, dirigido a las pacientes, con los siguientes objetivos:

  I. Concientizar sobre las desigualdades basadas en roles de género.

  II. Visibilizar las diferentes formas de violencia.

  III. Desnaturalizar los modos de relación que implican desigualdades y violencia en sus distintas manifestaciones.

  IV. Informar sobre los derechos de las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

V. Informar sobre los recursos existentes y medidas posibles en caso de ser víctimas de VF.

Finalmente, nos parece importante destacar que la VF constituye un problema que afecta a la salud integral de las mujeres que la padecen y que implica la vulneración de un derecho humano esencial. Por ello es importante que todos los profesionales que integran el equipo de salud estén en condiciones de abordarlo, con una actitud exenta de prejuicios que culpabilicen o arrasen el poder de decisión de la mujer. Al hablar con la paciente se podrá ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo. Asimismo, tampoco se trata de referir a tratamiento psicológico a toda mujer que refiera padecer o haber padecido VF. Este recurso implica una decisión subjetiva y un abordaje estratégico particular, de cada caso.

Sabiendo que las víctimas no suelen hablar espontáneamente de su situación, tomamos la siguiente recomendación de la O.M.S.: "*No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa"* (Informe Violencia contra las Mujeres)[19].

La posibilidad de profundizar en la entrevista está dada por la relación terapéutica que se establezca. En este punto se torna crucial la escucha activa del profesional. Ésta consiste en que en un espacio de privacidad el profesional genere la confianza y respeto de la paciente a partir de la observación lo que ésta dice y cómo lo dice; y asumiendo una postura activa: manteniendo el contacto visual, demostrando que se está escuchando, mostrando empatía.

Por otra parte, frente al develamiento de una situación de maltrato es importante hacer sentir a las mujeres que no son culpables de la violencia que sufren; creerles, no poner en duda la interpretación de los hechos, no emitir juicios, intentar quitar miedo a la revelación del abuso; ayudarles a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones; alertarles de los riesgos y aceptar su elección; *no* dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente; *no* dar falsas esperanzas; *no* criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él?, "Si usted quisiera acabar, se iría…"; *no* infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer; *no* prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer; *no* utilizar una actitud paternalista; *no* imponer criterios o decisiones.

Estas recomendaciones se derivan del saber que los efectos subjetivos de la violencia sobre la mujer, así como las particularidades de la relación de pareja, hacen difícil que ésta rompa el vínculo con el agresor. Por eso, cuando pide ayuda debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respeto y no culpabilización por sus decisiones.

Insistimos, es necesario incorporar en nuestras representaciones sociales a la VF como la vulneración de un derecho humano esencial que repercute en la salud integral de las mujeres y que la consulta obstétrica se presenta como un lugar privilegiado para su detección y tratamiento a fin de que nuestras prácticas sean buenas prácticas.

REFLEXIONES FINALES

[19] Citado por Federación Mujeres Progresistas. *Detección de la Violencia de Género: Pautas de actuación*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación del Gobierno de España, AECID, , Fundación Alicia Moreau de Justo.

Uno de los efectos laterales de este trabajo, producto de lo gratificante de la modalidad adoptada, fue que se organizó en el Servicio un espacio de intercambio entre los profesionales y miembros de la Pastoral Luterana de Acompañamiento al Inmigrante Boliviano. Se ubicaron como temas a tratar el multiculturalismo y la conformación de una campaña de transmisión de cuestiones de cuidado de salud de la mujer, siendo los ejes transversales: la violencia de género, la autoestima y la soledad de este colectivo.

El fin de esta campaña será la de posibilitar la transmisión intergeneracional de nuevas prácticas y representaciones de salud a la comunidad boliviana, que redunden en una efectiva mejora en la salud y sus cuidados por parte de las mujeres de ese origen. Por su parte, el equipo de salud tratará de mejorar la comprensión y atención de estas mujeres, respetando su cultura a la vez que realizando intervenciones eficaces.

A lo largo de los encuentros se plantearon los aspectos más relevantes de la cosmovisión andina, en especial en lo referido al cuerpo, a la salud y enfermedad, a la sexualidad y a la relación hombre-mujer, así como el impacto de la emigración. Asimismo se abordó la problemática de la violencia de género y las contradicciones entre las culturas.

Un aspecto importante de este grupo de trabajo fue que cada vez más gente del servicio se sintió convocada a sumarse y a participar de la propuesta.

La primera reflexión se refiere a aspectos cualitativos relacionados con nuestra práctica. Esta iniciativa fue realizada con los representantes de la comunidad boliviana con el propósito de mejorar nuestro nivel de atención y propiciar una llegada efectiva a las mujeres de esta comunidad que redunde en el cuidado de su salud de estas pacientes. Asimismo, se vio reflejada, por ejemplo, en los pedidos de asesoramiento y tratamiento psicológico. Las referencias ya no se realizan de manera burocrática sino que son trabajadas con las pacientes y, a su vez, dialogadas con las psicólogas. El recordatorio permitió que no se pase por alto la realización de la pesquisa del padecimiento de violencia de género.

El tema se relaciona con los planteos de Volnovich (2006)[20]. Este autor sostiene que *"el conflicto más intenso que presentan los agentes sociales que caminan el campo del maltrato y del Abuso Sexual Infantil es su soledad"* (pp. 37 y 38). Este sentimiento es producto de la ausencia de *"fuertes vínculos solidarios entre los miembros de un colectivo"* (p. 38). Es en este contexto que Volnovich hace referencia al lugar privilegiado que ocupa la transdisciplinariedad y la transversalidad que ésta genera. En el campo de intervención institucional, entiende la transversalidad como "un operador que sirve, precisamente, para despejar los atravesamientos inconscientes a los cuales está sujeto el discurso del colectivo. El carácter transversal que emana del proceso de transdisciplina se opone a la interdisciplinariedad, ya que esta última supone saberes por disciplina que se declaran e interrelacionan, mientras el movimiento instituyente de la transdisciplinariedad propone permanentes transformaciones subjetivas en aquellos que poseen los saberes" (pp. 38 y 39). De esta manera, sostiene que *"La transdisciplina es la práctica que mejor resuelve la soledad de los agentes sociales". La transversalidad "es la única garantía de que no sólo no estamos solos, sino que cada práctica, por más micromolecular que sea, produce intensidades y efectos insospechados en la comunidad"* (p. 39).

[20] Volnovich, Jorge: "El abuso sexual en la infancia. Campo de análisis e intervención", en: Volnovich, J. *Abuso Sexual en la Infancia.* 2. Campo de análisis e intervención. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Humanitas, 2006.

Este autor plantea la idea de lo "autogestivo" y de su relevancia en el *"entrecruzamiento entre la micropolítica desarrollada por la práctica de los grupos y colectivos, y la macropolítica contenida en los programas y en los funcionarios políticos que los sostienen"* (p. 49). La importancia de la autogestión viene dada por el cuestionamiento que esta conlleva necesariamente del sostén ideológico que subyace al maltrato y a la violencia de género constituido por el patriarcado y el mercado. Dice: *"El carácter instituyente de esta autogestión está, precisamente, en que rompe la dialéctica víctima-victimario e introduce otro tipo de dimensión subjetiva más allá de la crueldad. Su carácter instituyente estriba en poder constituirse en espacios de libertad del colectivo"* (p. 49).

En esta misma línea, el posicionarnos como sujetos de esta "micropolítica" y el acto de nominarnos como grupo "La Pregunta" permitió que iniciáramos este recorrido. Recorrido que supone una posición activa, reflexiva y subjetiva, contraria a permanecer como objeto de otro que dice qué y cómo hacer. Apuesta que por lo instituyente habilita a una verdadera apropiación de lo trabajado, lo cual supone la concepción de un sujeto no solo producto de la realidad en la que vive, sino también productor de ésta y de las prácticas que sostienen su quehacer.

Queremos concluir con un párrafo del prólogo escrito por Mirta Segoviano para el libro *La Hospitalidad*, de Jacques Derrida y Anne Dufourmantelle[21], que creemos refleja el espíritu de nuestro trabajo:

> "La hospitalidad se ofrece, o no se ofrece, al extranjero, a lo extranjero, a lo ajeno, a lo otro. Y lo otro, en la medida misma en que es *lo otro que* nos cuestiona, nos pregunta. Nos cuestiona en nuestros supuestos saberes, en nuestras certezas, en nuestras legalidades, nos pregunta por ellas y así introduce la posibilidad de cierta separación dentro de nosotros mismos, de nosotros para con nosotros. Introduce cierta cantidad de muerte, de ausencia, de inquietud allí donde tal vez nunca nos habíamos preguntado, o donde hemos dejado ya de preguntarnos, allí donde tenemos la respuesta pronta, entera, satisfecha, la respuesta, allí donde afirmamos nuestra seguridad, nuestro amparo. Amparamos, pues, a lo otro, al otro, lo alojamos, hospitalariamente lo hospedamos, y eso otro, ese otro ahora por nosotros amparado nos pregunta, nos confronta con ese ahora nuestro desamparo (pp. 7 y 8).
>
> Derrida despliega sobre todo la cuestión de la pregunta, de la pregunta como esencial de lo extranjero y de lo extranjero como esencial de la pregunta. (…) Podemos dar, o no, nuestra hospitalidad a la pregunta. Pero ¿qué sentido tiene preguntar, cuestionar, cuando el destinatario de la pregunta no se dispone a aceptarla?, ¿cuando el *dueño de la casa,* el que *hace la ley,* el *padre,* no admite ser interrogado? Y, de igual modo, ¿qué sentido tiene ser objeto de pregunta cuando el que interroga no se presta a su vez a ser interrogado, a firmar con su nombre la pregunta que plantea y a exponerse así al riesgo de responder con su propia identidad, responsablemente, por la osadía del cuestionamiento?" (p. 8).

RESUMEN

Se trata de la gestión grupal de un servicio, que generó un espacio de reflexión y aprendizaje para los trabajadores y trabajadoras del equipo de Salud del Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". Esta modalidad resultó en una sensibilización especial hacia el tema de la violencia basada en género, y facilitó su

[21] Derrida, J., Dufourmantelle, A. *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor, 2000.

detección y abordaje integral en las mujeres que la padecen. La metodología implementada surgió de reuniones grupales, con aportes individuales y sistematización de la experiencia en actas ó memorias de cada reunión. Al finalizar los encuentros, aumentó el compromiso de los trabajadores y trabajadoras en el tema específico y surgieron propuestas para continuar con otros temas relevantes, tales como el trabajo asistencial con migrantes de la comunidad andina.

Conclusión: “La Pregunta” permitió que iniciáramos este recorrido que supone una posición activa, reflexiva y subjetiva, contraria a permanecer como objeto de otro que dice qué y cómo hacer. Se habilitó una verdadera apropiación de lo trabajado lo cual supuso la concepción de un sujeto no solo producto de la realidad en la que vive, sino también productor de ésta y de las prácticas que sostienen su quehacer.

Palabras clave: Violencia, abuso, género, detección, abordaje, diagnóstico, riesgo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Asociación Argentina de la Prevención de la Violencia Familiar. *Manual de Capacitación y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar*. Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social, 1998.

Corea, C;, de la Aldea, E. y Lewkowicz, I. “La comunidad, entre lo privado y lo público”. En *Campo Grupal*, Año 1, N° 2, septiembre - octubre 1998, Buenos Aires.

Derrida J., Dufourmantelle A. *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor, 2000.

Federación de Mujeres Progresistas. *Detección de la Violencia de Género: Pautas de actuación*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación del Gobierno de España; AECID; Fundación Alicia Moreau de Justo. <http://www.vivirsinviolencia.gov.ar/recursos/textos/investigaciones/protocolos/pautas_actuacion.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. *Guía para la Implementación del Programa Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores*. Buenos Aires: DINAPAM-SENNAF, 2009.

Moise C. *Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria*. Buenos Aires: Paidós, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Parte II: Guías clínicas para problemas seleccionados. 1. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono). Guía de diagnóstico y tratamiento (i). Washington: OMS/OPS, 2002. También en: Organización Mundial de la Salud. *Respuesta global al maltrato de las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de Atención Primaria para el abordaje de un programa mundial*. Anexo 3. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-proyectoes-01.pdf>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

UNICEF. “La Violencia Doméstica contra mujeres y niñas”. En *Innocenti Digest* N° 6, junio de 2000. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia, Italia.

Volnovich J. *Abuso Sexual en la Infancia*. 2. Campo de análisis e intervención. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Humanitas, 2006.

LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS DE SALUD MUNICIPAL DE LA PLATA

Colette Ann O'Haire. Dirección: Calle 6, N.131, 1900 La Plata, Argentina. Tel: 0054 221 489 6003

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema de salud pública grave y complejo cuya detección, atención y prevención -así como la transformación de los patrones socioculturales que la han originado y la perpetúan-, constituye una de las prioridades en los planes y programas de protección y fortalecimiento de los derechos humanos y una condición indispensable para avanzar hacia la equidad de género.

Si bien Argentina posee leyes y protocolos[22] que intentan asegurar una *"atención adecuada a la víctima"*[23], en la práctica diaria de los barrios de nuestra ciudad de La Plata es muy difícil para una víctima de violencia de género conseguir esa "atención adecuada".

En este trabajo indagaremos el problema de la atención adecuada a la víctima como un problema de salud de los centros comunitarios de la ciudad de la Plata: ¿se *atienden adecuadamente* a las víctimas de violencia de género en *los centros de salud comunitarios de La Plata?*

Los sujetos de la investigación son los integrantes de los equipos médicos de ocho centros de salud municipal de una zona de La Plata. La investigación surgió a través de la demanda para capacitación de los operadores de salud municipal en La Mesa Local por la Erradicación de Violencia (1) y en una serie de talleres de reflexión sobre la violencia y atención a las victimas dictados por las ONGs Nexo y Desde el Pie (2).

Para presentar con claridad el tema en la primera parte analizaré el marco socio jurídico y las responsabilidades estatales establecidas en los diferentes instrumentos legales, políticas públicas y protocolos de atención. En la segunda parte presentaré los resultados de cuestionarios anónimos y entrevistas individuales con las integrantes de tres de los ocho equipos de salud. En ese punto considero oportuno aclarar que, por razones de tiempo (septiembre 2009 - febrero 2010), no ha sido posible llevar a cabo una investigación cualitativa que permita conocer el sujeto en profundidad. Por ello este trabajo es una investigación preliminar que revela ciertas cuestiones básicas que serán profundizadas en investigaciones futuras. Constituye un primer diagnóstico de la actual atención a las víctimas de violencia de género en los centros de salud municipal. Me parece importante mencionar que esta investigación surgió de la articulación entre los operadores de salud municipal con la sociedad civil y otros organismos públicos comprometidos en erradicar la violencia contra las mujeres.

Marco conceptual

[22] Véase más adelante Parte A.

[23] Entiendo por "*atención adecuada a la víctima"* la identificación precoz, evaluación de riesgo, tratamiento individual y grupal, articulación y seguimiento con otras instituciones de seguridad y justicia.

Como marco conceptual considero de gran utilidad el concepto de *los discursos* de Foucault. Los discursos de las personas en instituciones y en una relación de poder con el sujeto son normativos; por lo tanto definen al otro, su acceso o su exclusión. *"Los códigos fundamentales de una cultura – los que rigen su* lenguaje*, sus esquemas perceptivos, sus cambios, sus* técnicas*, sus* valores*, la jerarquía de sus prácticas– fijan de antemano para cada hombre los órdenes empíricos con los cuales tendrá algo que ver"* (Foucault, 1968, p.2). Con este concepto me refiero a las relaciones de poder entre los jefes de los equipos y los integrantes de los equipos; y la situación en la cual las iniciativas de incluir la violencia de género como tema sumamente importante de la salud pública son ignoradas o despreciadas. Asimismo, me refiero a las instituciones de formación profesional médica que rechazan o ignoran la problemática de la violencia de género como una cuestión de salud pública.

Otro concepto teórico pertinente es el concepto de *habitus* de Pierre Bordieu: un agente desarrolla pensamientos, actitudes y acciones típicos; legitima y reproduce frecuentemente las relaciones de dominación como "naturales". Con esto me refiero a las relaciones de dominación entre los géneros, que son enraizadas cultural e históricamente y afectan la manera de ver o ignorar (como natural) la violencia que padecen las víctimas cuando se presentan en el consultorio.

> "El efecto del dominio simbólico no se ejerce en la lógica pura de las conciencias conocedoras sino en la obscuridad de los esquemas prácticos del habitus en que se halla inscrita la relación de dominio, con frecuencia inaccesible a la toma de conciencia reflexiva y a los controles de la voluntad". (P. Bordieu, p. 24)

Parte A. Instrumentos legales y políticas públicas de protección y atención a la víctima

Como bien señala la Convención Inter americana, para que las mujeres puedan gozar de su derecho humano de una vida libre de violencia, se necesitan cambios profundos al nivel cultural que "desnaturalicen" los patrones de violencia socio histórico patriarcal, y deconstruyan la asimetría de poder entre los géneros. La mujer necesita tomar consciencia de sus derechos para poder gozar ellos. La violencia de género es una problemática compleja. Por las razones de espacio me focalizaré particularmente en el ámbito de atención a las víctimas de la violencia.

Desde la sanción de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en 1996, se han establecido herramientas para implementar políticas públicas adecuadas hacia la protección y atención a las víctimas:

> "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado." (Art. 7).
>
> "Suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea el caso, y cuidado y custodia de los menores afectados" (Art. 8).

La reglamentación de la Ley 24.417, de protección contra violencia familiar, establecida en 1996, prevé *"las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar asistencia médica psicológica gratuita"* (Art. 6). En general, se centra en la protección de la

víctima en el sentido jurídico, y en el formación de equipos interdisciplinarios por el Ministerio de Justicia para trabajar junto con los juzgados de Primer Instancia o civiles.

La Ley 12.569, sobre violencia familiar, de La Provincia de Buenos Aires, emitida en 1999, llega a precisar de una manera más contundente las responsabilidades estatales en el ámbito de salud hacia las víctimas de violencia familiar; pero no llega a responder a las necesidades de atención específica de la mujer:

> "el poder ejecutivo arbitrará los medios y los recursos necesarios para el cumplimiento de los siguientes objetivos: Articulación de las políticas de prevención, atención y tratamiento de las víctimas de violencia familiar; crear en todos los centros de salud de la provincia equipos multidisciplinarios de atención de niños, adolescentes y sus familias, compuestos por un médico infantil, un psicólogo y un asistente social con formación especializada en este tipo de problemática. Invitar a los municipios a generar equipos semejantes en los efectos de salud de su dependencia. Incentivar grupos de autoayuda familiar, con asistencia de profesionales expertos en el tema." (Art.20).

Respecto a los centros de salud municipal, observamos que la ley solo "invita" a los municipios a proveer atención.

En los años siguientes, los movimientos feministas, ONGs y expertos en la temática advirtieron que, a pesar de los instrumentos legales vigentes, las víctimas de violencia de género todavía no reciben atención y protección adecuada. Muchas de esas víctimas padecieron también la violencia institucional resultante de la falta de atención o de una atención inadecuada a la mujer: la revictimización (5).

En abril de 2008 el Ministerio de Salud presentó el Programa Provincial para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas: Un programa que *"se crea como órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito del Ministerio de Salud acciones de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población desde una perspectiva de género"* (6).

El programa prevé cinco líneas de intervención: capacitación de profesionales de salud, prevención de violencia familiar y sexual, atención a las víctimas, investigación y registro, y articulación institucional. Contempla no sólo la capacitación de psicólogos y trabajadores sociales en los centros de salud, sino de todos los profesionales: enfermería, emergencias, salud mental ginecología y obstetricia, clínica médica, pediatría y servicio social.

> "La prevención de violencia familiar y sexual se plantea en el programa como necesidad de desarrollar "actividades de prevención en el hospital y fundamentalmente en los centros de primer nivel, en el seno de la comunidad" (7).

El programa comprende un "Protocolo de Detección y Asistencia a Mujeres Víctimas de Maltrato" para la atención a las víctimas a través de la formación de equipos interdisciplinarios en los hospitales.

> "Estos equipos integrados por médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, trabajador/a social brindarán atención tanto en la emergencia como en el seguimiento a largo plazo" (8).

El Programa cuenta también con una línea de intervención de Investigación y Registro, en la que se diseñará y pondrá en práctica un Sistema de Registro, a través del cual se

reporte el número de personas que acudan a diario a los servicios mencionados. Se propiciará el fortalecimiento de la articulación interinstitucional, previsto en la Ley 12569. Debido a la gran cantidad de actores gubernamentales y sociales involucrados, es fundamental reforzar los lazos de actuación.

La Ley Integral de Protección a las Mujeres, 26,485, del año 2009 -todavía no reglamentada- establece Lineamientos Básicos para las Políticas Estatales según los cuales el Ministerio de Salud de la Nación, debe, entre otras cosas:

> "Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios" (Art. 4c).

Aquí los lineamientos exigen mucho más que una "invitación" a las áreas de atención primaria.

Si bien las herramientas legales son necesarias para contribuir a construir una base sólida para una política pública adecuada a la atención de las víctimas de violencia de género, en la práctica las mismas son insuficientes.

¿Cuál es la situación actual en los centros de salud municipal? ¿Se atiende a las víctimas? ¿Existe un registro de los casos? ¿Se trabaja con un abordaje interdisciplinario? ¿Se trabaja con seguimiento de los casos en términos de apoyo psico-social y jurídico? Desde la subjetividad, ¿existe una actitud sexista de parte del personal médico que resulta en el no reconocimiento de la violencia de género? Estas son las preguntas que el presente trabajo intenta contestar.

METODOLOGÍA

Esta investigación comprende dos métodos:

1. Cuantitativo: cuestionarios administrados a los integrantes de los talleres sobre violencia de género -en el marco de una serie de jornadas sobre derechos humanos y salud-, coordinados por el organismo de "Fortalecimiento Comunitario" de la Municipalidad de La Plata. En estos participó personal de diferentes centros de salud de la municipalidad de La Plata.

2. Cualitativo: entrevistas individuales, con consentimiento informado y verbal, anónimas, administradas a los equipos de tres centros municipales de salud.

El tiempo disponible para hacer esta investigación (septiembre 2009 a febrero 2010) fue demasiado breve para respetar un procedimiento cualitativo complejo, visto que la investigación cualitativa *"supone la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, y la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos"* (Marshall y Rossman, 1992). Por lo tanto, las limitaciones de los resultados se centran en no emplear un método de observación

participante en las entrevistas del personal de salud con las víctimas, observando cómo las interacciones son realizadas rutinariamente, analizando las diferencias entre cómo las personas “ven” de cómo “hacen” las cosas (Silberman, 2000, p. 89).

Como he anticipado, este trabajo es una investigación preliminar, diagnóstica, aporta datos y propone cuestiones que pueden ser desarrollados en profundidad en una investigación futura.

Parte B. Procedimientos

1. Los cuestionarios fueron administrados en forma anónima antes del comienzo de los talleres y con tiempo suficiente para llenar la planilla. Al final de los talleres, junto con la planilla de evaluación, se incluyó una pregunta de identificación de obstáculos. Las preguntas indagaron: a) si el integrante del equipo identifica y atiende a las víctimas de violencia de género y cuántas aproximadamente por mes; b) si el abordaje es interdisciplinario; c) si hay referencias a otros lugares; d) si hay seguimiento de los casos; e) si conoce las leyes y protocolos sobre la atención a la mujer maltratada; f) cuales, según la participante, son los obstáculos principales para brindar una adecuada atención a las víctimas (esta última pregunta se hizo al final de los talleres).

2. Las entrevistas individuales se administraron en tres centros de salud, en un lugar privado. Fueron grabadas a fin de lograr un registro preciso, detallado y de carácter confidencial. En cada centro se entrevistó a diferentes integrantes del equipo de salud. Esta inconsistencia se debió a que no todos los integrantes estaban presentes al mismo tiempo y también porque las entrevistas eran voluntarias y algunos integrantes rehusaron de participar, como por ejemplo un jefe del equipo. Las entrevistas indagaron: a) si el entrevistado/a identifica y atiende a las víctimas de violencia de género en el consultorio; b) en qué consiste el abordaje (tres preguntas); c) cuáles, según el entrevistado/a, son los obstáculos principales para brindar una mejor atención a las víctimas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuestionarios

Ocho profesionales de la salud de ocho centros municipales de salud completaron los cuestionarios: cinco médico/as, una trabajadora social, una psicóloga y una odontóloga.

Seis respondieron que atienden a víctimas de violencia, dos respondieron que no atienden. Tres respondieron que atienden aproximadamente tres casos por mes, uno atiende a aproximadamente 30 por mes y cuatro no respondieron a esta pregunta. Dos trabajan en equipo interdisciplinario, dos no trabajan en equipo interdisciplinario, una a veces y tres no respondieron.

Una trabaja con un grupo de mutua ayuda, cuatro no trabajan en grupos de mutua ayuda y tresno respondieron.

Cuatro derivan las victimas a otros lugares, uno no hace derivaciones y tres no respondieron. Dos respondieron que hacen seguimiento de los casos, cuatro no hacen seguimiento, uno a veces y tres no respondieron.

Cuatro respondieron que recibieron algún tipo de capacitación en violencia de género, tres respondieron que no, uno no respondió a esta pregunta.

Cuatro respondieron que tienen un deber de denunciar los casos de violencia, dos dijeron que no, dos no respondieron.

Seis respondieron que no conocen el protocolo de atención a las víctimas de la Provincia de Buenos Aires, una conoce, una no se recuerda y una no respondió.

Seis dijeron que conocen la Ley Provincial de Violencia -12,569-, dos no conocen. Los ocho médicos, todos, desconocen la Ley Nacional Integral a la Protección de La Mujer.

Para entender mejor el significado de los variables, parecía necesario indagar acerca de los otros actores y comportamiento institucional para poder identificar precisamente cuáles son los obstáculos a la aplicación de un abordaje adecuado. Al finalizar los talleres (reflexiones sobre violencia de género), solicité opinión de los participantes acerca de los principales obstáculos en su centro de salud. Cinco de los ocho respondieron que el principal es el problema de capacitación permanente del personal; otros identificaron como obstáculos principales la falta de apoyo institucional, la carencia de presupuesto y la falta de compromiso de los otros actores e instituciones.

Análisis de los resultados de los cuestionarios. Abordaje

Una variable notable en las respuestas acerca del número de casos de víctimas atendidas es que mientras la mayoría del personal dijo que atiende a las víctimas, solo la mitad podía identificar el número de casos aproximados que atiende por mes. Esto significa tanto que no hay registro de casos atendidos, como que los médico/s no saben cuántos porque no indagaron en las mujeres con una pregunta rutinaria acerca de su salud en general[24].

De la muestra, solo dos profesionales abordan la problemática en equipos interdisciplinarios. De los ocho profesionales, solo una trabaja con un grupo de ayuda mutua. La mitad de los profesionales respondieron que sabían donde derivar a las víctimas, por ejemplo para asesoramiento legal o para efectuar una denuncia.

De los resultados podemos ver que hay un gran desnivel en la atención a las víctimas. Cruzando los datos se observa que las profesionales que atienden a las víctimas son la trabajadora social y la psicóloga, mientras que los médicos clínicos en general no respondieron a las preguntas acerca del abordaje.

Un dato interesante es que solo dos de los profesionales respondieron que trabajan el seguimiento de los casos.

[24] Como fue revelado en los discusiones del taller.

Capacitación

La mitad de los profesionales respondieron que había participado en algún tipo de capacitación en la temática de violencia de género. Si cruzamos este dato con los que trabajan de manera interdisciplinaria (dos) y los que trabajan en grupos de mutua ayuda (uno), vemos que a pesar de haber participado en uno o más cursos de capacitación, solo la mitad de los capacitados podía aplicar el aprendizaje en el Centro de Salud.

Respecto al conocimiento de instrumentos legales y protocolos, la mayoría respondió que conoce la Ley Provincial 12.569, pero solo la mitad reconoció que sabe que tiene el deber de denunciar los casos de violencia. Ninguno de los ocho profesionales conoce la Ley Nacional de Protección Integral a la Mujer, pero esto no sería sorprendente, visto que fue aprobada en abril de 2009 y el cuestionario de administró en octubre de ese año. Solo dos de los profesionales conocen el Protocolo para la Mujer Maltratada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2008).

Hallazgos de las entrevistas individuales. Abordaje

En uno de los Centros de Salud A se entrevistó a una psicóloga, una trabajadora social y una obstetra. La obstetra respondió que encuentra muchos tipos de violencia todos los días, y cuando notaba un caso de violencia de género, siempre lo derivaba a la trabajadora social (la anterior), que tenía mucha experiencia en la temática pero no registraba los casos porque *"hay demasiado papelería ya"*.

La psicóloga y la trabajadora social comentaron que no identifican casos de violencia si las mujeres mismas no los explicitan. Las víctimas normalmente son personas que han sido derivadas por el/la médico/a del equipo o a veces desde la escuela.

Ambas dijeron que *"se presentan muy pocos casos de violencia de género"*, que *"la mayoría son casos de violencia intra familiar donde hay que trabajar con toda la familia"*. Asimismo dijeron que *"hay también hombres víctimas"* (pero no pudieron decir cuántos). La psicóloga y la trabajadora social comentaron que casi nunca siguen los casos porque la mujer no vuelve. A veces los derivan a otros lugares pero no saben cómo es tratada la víctima.

En el Centro de Salud B se entrevistó una trabajadora social, una médica, una enfermera, un enfermero, una psicóloga y una promotora social. La médica respondió que su abordaje consiste en hacer el primer contacto cuando identifica un caso y luego lo deriva a la trabajadora social, la psicóloga y la promotora de salud quienes efectúan visitas a domicilio. *"Pero se presentan pocos casos; la identificación es difícil porque la mujer a menudo no puede explicitar su situación"*. *"Sabemos que hay que trabajar la autoestima de la víctima, pero no me siento segura de cómo hacerlo"*. La enfermera dijo que se presentan muchos casos diarios, que no los registra; los deriva a la psicóloga solamente si la mujer explicita la necesidad. El enfermero en cambio no encuentra casos de violencia de género en su trabajo diario.

La psicóloga expresó que encuentra entre uno y diez casos por mes, no registra los casos, excepto el registro personal de las víctimas que elijen tratamiento. Trabaja interdisciplinariamente con la trabajadora social con los casos crónicos. Esta profesional también a veces facilita encuentros espontáneos en la sala de espera del centro para que las

mujeres víctimas puedan enterarse de las posibilidades de cambiar su situación. La trabajadora social mantiene registros personales de aproximadamente dos casos por mes; el abordaje es generalmente individual, con articulaciones con la médica, la psicóloga, la enfermera y la promotora de salud (ella acompaña la promotora en las visitas domiciliarias). Deriva y acompaña a la víctima a la fiscalía si la mujer elije la denuncia. La promotora de salud contó que encuentra muchos casos de violencia de género todos los días. Cuando se preguntó cómo identifica los casos, respondió: *"Se nota que si el marido está en la casa, la mujer se pone muy nerviosa"*.

En el Centro de Salud C se entrevistó a una médica, una psicóloga, una psicóloga social, una trabajadora social y una enfermera. El jefe del equipo rehusó de participar en las entrevistas. La médica contó que la mujer raramente explicita la violencia, pero que ella encuentra muchos casos diariamente, especialmente jóvenes que padecen de violencia psicológica de sus novios, a menudo combinada con embarazos adolescentes no planeados. *"Yo siempre charlo con ellas para tratar de desnaturalizar la violencia"*. Contó que articula sus hallazgos con la trabajadora social y la psicóloga según el caso, y sigue los casos después de la derivación a otras instituciones, pero *"la mujer de cansa, el procedimiento es complejo y ella a menudo tiene tantos otros problemas, por ejemplo la salud y cuidado de los niños, que no puede sostener la denuncia"*. No hay registro de casos. La enfermera encuentra muchos casos de violencia pero los deriva a otros profesionales en las pocas veces que la mujer explicita el deseo. Un comentario muy interesante de la enfermera: *"Las mujeres a menudo llegan tarde porque no quieren ver al médico"* (un varón, el jefe del equipo). La trabajadora social atiende a uno o dos casos por semana, según el caso trabaja interdisciplinariamente y los deriva a otras instituciones como la Comisaría de la Mujer.

Análisis de los contenidos de las entrevistas

Centro de Salud A

En este centro la trabajadora de salud y la psicóloga no operan el protocolo para una identificación precoz de las víctimas. No trabajan con perspectiva de género, derivan a otras instituciones pero no hacen seguimiento *"porque la mujer no vuelve"*. Las entrevistas demuestran una falta de coordinación entre ellas y los otros operadores, como la obstetra y la promotora de salud que identifican muchos casos por semana. Resulta interesante que la trabajadora ni la psicóloga tengan capacitación en la problemática de violencia de género pero que no consideren esto una problema y que más bien estimen que el obstáculo principal es *"la falta de respuesta de la otras instituciones"*.

Centro de Salud B

En este centro algunas integrantes del equipo demuestran compromiso con la problemática de violencia de género, con el trabajo interdisciplinario y los intentos de llegar a más víctimas, por ejemplo, a través de charlas en la sala de espera. Hay derivaciones para asesoramiento legal y seguimiento de los casos por la trabajadora social (incluso con acompañamiento). Sin embargo, las víctimas atendidas llegan aproximadamente a ser solo dos por mes. La médica y enfermera no recibieron capacitación; la primera considera que esta debe realizarse dentro del centro mismo, para trabajar en equipo y para conocer la

realidad local. La mayoría del personal considera que los problemas principales son: como ayudar a más mujeres víctimas, la necesidad de trabajar con grupos de ayuda mutua, la falta de respuesta de algunas instituciones y la formación de profesionales de salud en general que no considera la violencia de género como un problema de salud.

Centro de Salud C

En este centro algunos integrantes del equipo se mostraron comprometidos con el problema de violencia de género, mientras que el jefe del equipo, un médico, rehusó de participar en las entrevistas y demostró su hostilidad con gestos. La médica, la psicóloga y la trabajadora social intentan trabajar de manera interdisciplinaria pero piensan que deberían saber más acerca de cómo atender y cómo articularse con las otras instituciones para que durante el proceso, si la mujer decide separarse del victimario, este trámite sea eficaz. Todas las entrevistadas consideran que necesitan más capacitación y apoyo institucional, visto que el jefe del equipo no considera la violencia de género como una temática importante de salud y además desprecia las iniciativas del resto del equipo. Varias de las entrevistadas consideran que el jefe maltrata verbal y psicológicamente, tanto al equipo como a las pacientes. Consideran la necesidad de recursos económicos para la víctima en el momento de máximo riesgo, cuando es el momento de cortar la relación con el victimario. Como uno de los obstáculos importantes señalan la necesidad de “aceitar” las articulaciones con otras instituciones, especialmente la fiscalía.

CONCLUSIONES

Las cuestiones que surgen de este trabajo se pueden dividir en tres categorías, cada una de las cuales interacciona con las otras:

1. Protocolo: una de las barreras encontradas es que no se está cumpliendo con el procedimiento establecido en las normas de atención, las cuales contemplan: la identificación, la valoración de riesgo, el fortalecimiento, la orientación, la referencia y el registro. Para la identificación y la valoración de riesgo se necesita capacitación, privacidad y tiempo en la consulta, mientras que para el fortalecimiento y la orientación es necesario conocer de lugares de referencia y el seguimiento en la localidad. La falta de apoyo por parte del jefe de una de las instituciones y la falta de coordinación institucional limitan la referencia y el seguimiento de las víctimas de violencia de género. El personal no registra los casos, con la excepción de algunos registros personales, lo que hace parecer que éstos aún no se hacen presentes en los servicios de salud.

2. Abordaje de la atención: el análisis de las entrevistas muestra la carencia no solo en la comprensión del concepto de violencia de género, sino también una confusión acerca de los términos utilizados en las diferentes profesiones. Aparentemente el término “perspectiva de género” produce significados simbólicos diferentes y hasta provoca rechazo de parte de ciertos profesionales, que no consideran el término pertinente a su trabajo en el espacio de la salud pública.

El término “víctima” también es problemático para algunos profesionales, particularmente psicólogos. La incapacidad de reconocer una víctima de violencia de género como una persona que padece de violencia pero no causa esta violencia, según varios expertos, puede

provocar efectos devastadores en una primera entrevista o en las primeras etapas del tratamiento (11).

Otro ejemplo es el enfoque sistémico de la violencia intrafamiliar, sin perspectiva de género, convocando a los padres juntos en el consultorio. Esto no solo impide la identificación de violencia de género, sino también genera un doble sufrimiento o "revictimización" de la víctima y puede dejar en una posición aun más peligrosa a mujeres en situaciones de alto riesgo.

Un abordaje adecuado consiste en el conocimiento de la problemática de violencia de género mediante un trabajo interdisciplinario con otras instituciones de salud, educación, seguridad y justicia, y en el consultorio de un escucha instruido.

> *"P*ara cortar con una relación de violencia, para hacer la transición de victima pasiva y sufriente a sujeto activo y crítico de las condiciones de determinaron la violencia" (12), es necesario la presencia del otro". "La palabra, el dialogo significativo con el otro, en los grupos de autoayuda, en las psicoterapias, proveerá a las mujeres agredidas de espacios protegidos y continentes en los que se pueden incluir tanto el dolor, el resentimiento, el odio y la venganza como la autonomía, la autoafirmación y los deseos de recuperaron."

3. En general, aunque algunos del personal de salud presentaron compromiso con la problemática de violencia de género, sin embargo, se identificaron barreras que indican la persistencia de creencias tradicionales, por un lado, subjetivas (creencias y actitudes personales) y, por otro lado, ligadas a los enfoques de la formación profesional tradicional sanitaria, que considera la salud como la ausencia de enfermedad (y por ende, la violencia de género como un asunto privado). La Organización Mundial de Salud ya incorporó la perspectiva de género y define la salud como el estado de bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, la capacitación del personal, que incluye una reflexión profunda sobre sus propias creencias de género, es clave para una adecuada atención en los servicios de salud, ya que es posible identificar y referir desde cualquier servicio a las mujeres que sufren algún tipo de violencia, siempre y cuando el personal conozca el problema. Para que en la práctica se observe un cambio significativo, es importante que en las escuelas de salud se consolide la capacitación sobre el tema con una perspectiva de género.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación consiste en indagar sobre la atención a las víctimas de violencia de género en los centros de salud comunitarios de La Plata, en el marco socio-jurídico de las responsabilidades estatales sentadas en los diferentes instrumentos legales, las políticas públicas y los protocolos de atención.

La metodología del estudio consistió en el análisis cuantitativo de datos recogidos en un taller de reflexión, y en el análisis cualitativo de casos cuya información se obtuvo mediante entrevistas al personal de tres Centros de Salud.

Los resultados, en la mayoría de los casos, muestran la falta de capacitación de los equipos en la problemática de violencia de género, así como el desconocimiento de los procedimientos de identificación, valoración de riesgo, fortalecimiento, referencia y registro de los casos. En algunas entrevistas logramos identificar además creencias sexistas y

discriminatorias contra las víctimas, lo que nos llevaría a concluir la presencia de un proceso de revictimización de la persona afectada.

Las conclusiones del estudio se resumen en que la situación requiere de la formación específica de todos los profesionales de salud en la problemática de violencia de género, que incluya una profunda reflexión sobre las propias creencias al respeto. Consideramos que sólo es posible la identificación preventiva y una adecuada derivación de la victima si el personal está formado en la problemática.

Palabras claves: Violencia, género, atención, salud, salud comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Mesa Local por la Erradicación de a Violencia de Género y Familiar, 2008.

2. Talleres de Derechos Humanos y Salud, coordinados por “Fortalecimiento Comunitario” de la Municipalidad de La Plata, Secretaria de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires, ONG Nexo y ONG Desde el Pie (Junio a octubre 2009)

3. Foucault, M. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas.* México: E.C. Frost editores, 1968, p. 2.

4. Bordieu, P. “La dominación masculina”. En *La masculinidad: aspectos sociales y culturales*. Quito: Abya Yala, 1998, p.24

5. Jornada “A cinco años de la ley de violencia familiar. Logros y asignaturas pendientes”, realizada en el Teatro Argentina, 13 de diciembre 2005, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

6. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. *Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Victimas*. (2008) <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/violencia/programaviolenciafamiliarysexual.html>.

7. Ibíd.

8. “Protocolo de Detección y Asistencia a Mujeres Maltratadas”. En Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. *Programa Provincial de La violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas*. (2008)

9. Marshall, C. y Rossman, G. *Designing Qualitative Research*. California: Sage Publications, 1992. En: Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa, 2006, p. 27.

10. Silverman, M. *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage Publications, 2000. En Vasilachis de Gialdino Irene (coord.). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa, 2006, p.27.

11. Giberti, E. “Psicología, Salud Pública y La Violencia de Género”. Conferencia en el Centro Cultural Pasaje Dardo Rocha, La Plata, 28 de marzo de 2008.

12. Velázquez, S. *Violencias Cotidianas, Violencia de Género*. Buenos Aires: Paidós, 2003, pp. 66-67.