

Artículos seleccionados

Violencia de género y sistema de salud. Un análisis de la intervención hospitalaria. Limitaciones en la detección, reconocimiento efectivo y el abordaje desde el segundo nivel de atención

Ivana Amoroso*, Guadalupe Fernández**

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 29 de septiembre de 2014
Correspondencia a: Ivana Amoroso
Correo electrónico: ivanaamoroso@hotmail.com

*. Residente de segundo año de la Residencia de Trabajo Social, HZGA M. V. de Martínez, Tigre. Lic. en Trabajo Social.

** . Jefa de Residentes de la Residencia de Trabajo Social, HZGA M. V. de Martínez, Tigre. Lic. en Trabajo Social.

Resumen:

Este artículo surge a partir de la reflexión en torno a la práctica profesional de algunos trabajadores sociales dentro del Segundo Nivel de Atención de la Salud, en relación a la violencia de género.

Se trata de una investigación exploratoria que se propone describir algunos rasgos centrales del abordaje de esta problemática dentro del Hospital Magdalena V. de Martínez, del partido de Tigre. Para ello se han sistematizado todas las fichas sociales de la población atendida por el Servicio Social, tanto en las Salas de Internación como en los distintos Programas de Salud, entre septiembre de 2012 y septiembre de 2013.

En cuanto a los resultados finales, se pudo realizar un análisis de las características

que asume la población conformada por las mujeres víctimas de violencia. Por otro lado se pudo observar que la mayor cantidad de situaciones de violencia detectadas lo fueron en el marco de espacios hospitalarios en los que se visibiliza a la mujer en su rol materno, siendo esto un indicador de la impotencia de las nuevas políticas de salud con perspectiva de género y de la reproducción de las tradicionales formas de atención de salud de las mujeres, en las que se considera su utilidad social en tanto Mujer-Madre. También se destaca que, cuando se visibilizan situaciones de violencia de género, sucede cuando hay flagrantes consecuencias físicas en las mujeres.

En este sentido, se considera que el Modelo Médico Hegemónico, que atraviesa espacios de formación y de inserción laboral, dificulta la visualización de otras problemáticas de salud íntimamente relacionadas con la violencia de género que exceden lo observable, tales como problemas de Salud Mental, enfermedades coronarias, problemas vinculados a la salud sexual, entre otros.

Palabras clave: Género - salud - modelo medico hegemónico.

Resumo

Este artigo resulta de uma reflexão sobre a prática profissional de alguns trabalhadores sociais dentro do segundo nível de cuidados de saúde em relação à violência de gênero.

Esta é uma pesquisa exploratória que tem como objetivo descrever algumas das principais características da abordagem a este problema dentro do Hospital V. Magdalena Martínez, o Tigre. As variáveis estudadas foram relacionadas com o paciente, a intervenção sobre o assunto e do agressor. Este foi sistematizada todos os registros sociais da população atendida pelo Serviço Social em ambos os quartos de internação e em vários programas de saúde, entre setembro de 2012 e setembro de 2013.

Quanto aos resultados finais, poderíamos fazer uma caracterização da população é constituída por mulheres vítimas de violência, bem como agressores. Por outro lado, observou-se que o maior número de situações de violência sentiu que estavam no contexto dos espaços hospitalares onde as mulheres são desafios em seu papel principal, sendo este um indicador da prevalência de políticas de saúde com o objetivo de tempo para participar das consequências para a saúde que traz violência.

Neste sentido, considera-se que o modelo médico hegemônico, que abrange as áreas de educação e emprego, difícil de ver outros problemas de saúde intimamente relacionados à violência de gênero que exceder o observável, tais como problemas de saúde mental, doenças problemas coronários relacionados à saúde sexual, entre outros.

Palabras chave: gênero, saúde, modelo médico hegemônico.

Introducción

El presente artículo es el resultado de un trabajo de indagación que se llevó adelante desde la Residencia de Trabajo Social del Hospital Magdalena V. de Martínez de Gral. Pacheco, Tigre, en relación al abordaje de la violencia de género.

El mismo consistió en una caracterización de la población conformada por las mujeres víctimas

de violencia de género así como también en un análisis del abordaje que se lleva adelante desde el hospital sobre esta problemática.

Las formas de abordaje de la problemática mencionada (servicios/especialidades que intervienen, la forma en que lo hacen, la manera de definir las situaciones, así como el perfil de las mujeres víctimas y sus agresores) ponen de manifiesto ciertas características de las políticas de salud di-

rigidas a las mujeres dentro del sistema de salud. Si bien algunas de ellas incentivan la incorporación de la perspectiva de género, se las ve impotentes en su implementación concreta, al menos en el segundo nivel de atención de la salud. Esto deriva en la reproducción de la tradicional atención a las mujeres, quienes transitan por servicios en donde se las visibiliza en su rol materno, y de quienes hay una mayor disposición a conocer sus condiciones de vida cuando se reconoce su utilidad social en tanto Mujer-Madre. Ésta es la que posibilita, si se encuentra en buenas condiciones de salud, buena parte de la producción y la reproducción de la sociedad (alimentación, limpieza, relaciones sociales; compañía, administración y vigilancia de tratamientos de salud de otros; tramitaciones, etc.). En este contexto, la detección de situaciones de violencia de género se logrará en pocas ocasiones, de acuerdo a voluntad de cada profesional, y visibilizando aquellas situaciones de violencia de mayor gravedad.

Estas limitaciones se conjugan con el Modelo Médico Hegemónico (MMH), que atraviesa espacios de formación y de inserción laboral, y que dificulta la visualización de otras problemáticas de salud íntimamente relacionadas con la violencia de género que exceden lo observable, tales como problemas de salud mental, enfermedades coronarias, problemas vinculados a la salud sexual, entre otros.

Para llevar adelante este trabajo se utilizó como fuente secundaria la totalidad de las fichas sociales que se usan cotidianamente para la atención de la población dentro del Servicio Social durante el periodo de un año, analizando, como ya mencionamos, distintas variables tanto de la población atendida como de las intervenciones desplegadas desde la institución (servicios que intervinieron, instituciones con las que se articuló, etc.).

En un primer apartado del artículo describiremos la forma de organización del abordaje de las situaciones de violencia de género dentro de la institución dentro del hospital para luego presentar los datos obtenidos del trabajo de indagación realizado y finalmente introducir algunas de las reflexiones que surgen del mismo.

Abordaje de la violencia de género desde el sistema de salud

Es importante explicitar que el marco desde el cual debiera entenderse y abordarse la violencia de género está estipulado por la ley nacional N° 26.485, sancionada en 2009. En este sentido, desde allí se establece que uno de los preceptos rectores es “la asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin”. La integralidad estará dada por la confluencia de acciones multisectoriales e interdisciplinarias. Para ello, la ley define acciones prioritarias de cada Ministerio en pos de lograr la equidad entre los géneros. En cuanto a las competencias del Ministerio de Salud de la Nación, órgano coordinador de las políticas sanitarias de las provincias, esta ley promulga:

- Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer (art. 11.4.a).
- 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. 11.4.c).
- Asegurar la asistencia especializada de los/as hijos/as testigos de violencia (art. 11.4.f).
- Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género (art. 11.4.h).

Específicamente, en el ámbito de la provincia de Buenos Aires existe el Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar

y de Género, dependiente del Ministerio de Salud. Su finalidad es la detección y el abordaje de las distintas situaciones de violencia familiar que llegan al sistema de salud. El mismo contiene seis protocolos de intervención para ser implementados por el equipo de salud, entre los cuales se encuentra el Protocolo de "Detección y Asistencia a Mujeres Víctimas de Maltrato".

En cuanto a la implementación del Programa dentro del hospital analizado, se observan ciertas dificultades para ser efectivamente aplicado. A diferencia de lo que plantea el Programa, que apunta a un abordaje interdisciplinario, el Servicio Social suele funcionar como referente de las situaciones que son detectadas en la institución, siendo derivadas las mismas para ser abordadas por dicho servicio.

De esta manera, las situaciones de violencia de género llegan al Servicio Social por dos caminos: a partir de las interconsultas del resto del equipo de salud y, en menor medida, a partir de la demanda espontánea de las mujeres víctimas de violencia.

Metodología de investigación

Para llevar adelante el trabajo de indagación se sistematizaron todas las fichas sociales de la población atendida por el servicio social, tanto en las Salas de Internación como en los distintos Programas de Salud, entre septiembre de 2012 y septiembre de 2013.

De todas las pacientes mujeres con las que se ha trabajado, 96 fueron registradas en las fichas como víctimas de violencia de género. Este escaso número tiene que ver con dificultades en el registro (subregistro de situaciones) y diversidad de criterios entre los distintos profesionales a la hora de definir qué registrar y cómo hacerlo. Se considera que, si bien ha habido que existen debilidades en la construcción de datos, de todas maneras es una muestra representativa de la realidad de las mujeres víctimas de violencia y de las formas cómo se aborda desde la institución hospitalaria.

Las variables indagadas fueron en relación a la paciente y al abordaje sobre la problemática.

Acerca de la paciente se indagó: su edad, tipo de violencia detectada, existencia de denuncias previas, situación de riesgo de la mujer, situación socio-económica. Por otro lado, se observaron las siguientes dimensiones de la intervención sobre la problemática: institución/servicio que realiza la interconsulta, motivo de interconsulta, recorrido institucional previo por parte de la mujer.

Resultados principales

En relación a la paciente se detectó que el 90% de las mujeres víctimas de violencia estaban en edad reproductiva (de 14 a 40 años), siendo un cuarto de ellas menores de 18 años. La gran cantidad de mujeres menores de edad puede estar dando cuenta de una franja etárea con mayor grado de vulnerabilidad (barreras del orden de lo real o simbólico que pueden obstaculizar las consultas médicas, la realización de denuncias, entre otros recursos). También este dato permitiría pensar que, a pesar de haber una mayor problematización de la violencia de género a nivel social, aún siguen persistiendo estas situaciones entre los/as jóvenes. Respecto de la denuncia civil y/o penal, un tercio habían recurrido a esta herramienta legal. A su vez, un tercio continuaba conviviendo con el agresor.

La gran mayoría de las mujeres poseía red social. Se considera que esta es la existencia de algún familiar, vecino o institución a la cual pueda recurrir en caso de necesitar ayuda.

Desde el campo de la salud pública se han desarrollado investigaciones sobre los beneficios de la existencia de una red social en relación con la vulnerabilidad de los sujetos. Así es señalado por Juárez Ramírez que algunos resultados de investigaciones con enfermedades crónicas como cáncer, diabetes e hipertensión arterial consideran que la existencia de apoyo social en la población afectada opera como un factor de protección.

Lomnitz sugiere que el funcionamiento de la red social está basado en la disposición para dar y recibir. Aspecto que se transforma cotidianamente en un sistema de reciprocidad mutua, basado en el establecimiento deliberado de una dinámica para el intercambio informal de bienes y servicios". (Ramírez Juárez, 2005, 2).

A partir de considerar los aportes de estas autoras es que se indagó en la existencia de una red social de apoyo por parte de las mujeres víctimas de violencia atendidas por el servicio social. Un poco más de la mitad, el 54 %, refirió que contaba con familia, vecinos o algún tipo de institución a la cual recurrir en caso de necesitar ayuda.

De los datos vertidos en las fichas sociales no se pudo obtener información en relación a las características de esta red: cómo funcionaba la misma, qué valores transmitía, si operaba empoderando a la mujer o, por el contrario, reforzaba su pasividad ante la situación de violencia.

En este sentido, se considera de suma importancia poder considerar este aspecto a la hora de abordar las situaciones de violencia de género ya que es un factor central a tener en cuenta en la resolución de dichas situaciones.

En cuanto a los ingresos económicos de las mujeres, se ve reflejada la vulnerabilidad económica de este grupo poblacional en tanto sólo el 13,5% contaba con trabajo remunerado, un 31% percibía algún beneficio social (AUH, pensiones no contributivas), un 36,5% de mujeres no tenían ingresos, mientras que del 19 % restante no se contaba con datos al respecto.

Es de destacar que en números absolutos, eran solo 13 las mujeres que contaban con un trabajo remunerado, con lo que esto repercute sobre las condiciones de vida de las mismas, no solo por el acceso a un recurso económico propio que implique cierta autonomía sino también por el acceso por parte de las mismas al ámbito público.

De esta manera, se observa el fenómeno de la división sexual del trabajo propio de las sociedades industrializadas modernas. Pautassi señala que *“la forma de estructuración del Estado moderno no fue ajena al desarrollo de mecanismos de dominación patriarcal que existen en la sociedad y que producen formas determinadas de discriminación de las mujeres (...) la división entre lo masculino y lo femenino representa una diferencia entre lo público y lo privado, dejando para el*

primero lo productivo y para el segundo lo reproductivo” (2007, 26).

En este sentido, la mayoría de las mujeres del universo analizado se desempeña en el ámbito doméstico, desarrollando mayormente actividades de cuidado hacía el resto del grupo familiar, así como también tareas domésticas.

Por otro lado, con respecto a la intervención sobre la problemática se detectó que más de la mitad de las interconsultas realizadas al Servicio Social provenían de espacios en donde se visualiza a la mujer en su rol materno (Sala de Maternidad, Obstetricia y Pediatría). Sucede que son espacios institucionales donde la mujer es atendida en su condición de Madre.

Respecto de este punto, es interesante resaltar que la veneración que se hace de la maternidad en la cultura es histórico-política. Pensando esta estrategia en el marco de las demandas propias del capitalismo, ella es necesaria en la crianza de sus hijos/as y en las demás tareas domésticas. Se considera que, teniendo en cuenta esta función históricamente asignada, interesa la salud de la mujer-madre en tanto garantiza funciones esenciales en la producción y reproducción de la sociedad (Fernández, 2014).

Volviendo a los resultados del trabajo, es importante la cantidad de mujeres que no contaban con intervenciones previas por parte de otras instituciones en relación a esta problemática. En relación al trabajo de articulación, se pueden mencionar las instituciones locales específicas de género y de salud (áreas de Género municipales y Centros de Salud) como las principales aliadas para trabajar en red sobre la temática. En menor medida se pudo trabajar con Juzgados de Paz, Fiscalías, CPA (Centros de Prevención de las Adicciones), hogares, áreas de Salud Mental de otras instituciones. En este sentido, se puede pensar al sistema de salud como la puerta de entrada de muchas mujeres víctimas de violencia de género. Es de destacar el lugar estratégico de dicho sistema a fin de poder detectar estas situaciones y poder facilitar intervenciones y articulaciones en pos

de que las mujeres puedan salir de la situación de violencia.

Violencia de Género y Salud

Dado que este Servicio Social se encuentra inserto en un hospital zonal, la población que asiste y demanda atención proviene de un área de influencia extensa (partidos de Malvinas Argentinas, de Escobar, de Pilar, de San Fernando, además de Tigre y la zona de Islas). A esta cuestión se suma que generalmente se trabaja con las distintas situaciones durante el período en que la persona permanece internada en la institución, lo cual hace que el tiempo de abordaje sea breve, a diferencia de lo que ocurre en instituciones con anclaje territorial.

Estas características que presenta la intervención profesional determinan la necesidad de trabajar en red, cuestión que siempre debiera estar presente en el abordaje de la violencia de género. Asimismo, se coloca al Hospital como puerta de entrada y facilitador/articulador con otras áreas, de modo que se pueda garantizar una atención integral a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Otra de las cuestiones que podemos señalar es que a pesar de que normativamente, según el Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, se deberían abordar la problemática de la violencia de manera interdisciplinaria, la intervención generalmente se acota a la derivación de las situaciones por parte del resto del equipo de salud al Servicio Social o, en algunos casos, al servicio de Salud Mental.

Las derivaciones suelen provenir al Servicio Social, en mayor medida, por parte de las especialidades de obstetricia, pediatría y psicología. En mucha menor medida aparecen psiquiatras, médicos generalistas y clínicos. Son escasas las derivaciones por parte de otras especificidades como traumatología, cirugía, enfermería. En líneas generales, se observa que la realización de interconsultas depende de la voluntad y/o capacidad de detección de los miembros del equipo de salud.

Se evidencia una falta de formación general sobre la problemática en las diferentes especialidades, así como también un gran desconocimiento de las leyes y programas relativos a la temática.

Respecto de la necesidad de capacitación de los trabajadores/as de la salud, un informe de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires menciona las debilidades del Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, en su componente de capacitación en la temática: *"En primer lugar, la gran cantidad de hospitales provinciales y salas sanitarias distribuidas en toda la provincia en relación a la capacidad técnica y presupuestaria del propio Programa. Además, las capacitaciones son de carácter voluntario, lo cual no asegura la concurrencia del personal en general, y por lo tanto, la adecuada formación de operadores que luego trabajarán en contacto directo con la problemática de violencia"* (Observatorio de Violencia de Género, 2011, 60). En dicho informe también se sugiere que la efectiva concurrencia del personal completo de los servicios de salud depende fundamentalmente de la directiva que establezcan los directores de los hospitales.

Entonces, ante la escasa formación en violencia de género, sucede que el equipo de salud no suele detectar estas situaciones y, cuando logra hacerlo, generalmente se limita a su exclusiva derivación en lugar de abordarlas de manera interdisciplinaria, tal como se ha mencionado. Es decir, no se piensa en la violencia de género como determinante social de los problemas de salud y hay dificultades para comprender que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad- atención de ambos grupos genéricos y que se necesita reconocer esto para brindar atención específica en salud.

Asimismo, cuando el equipo de salud detecta alguna situación de violencia, generalmente se trata de violencia física, invisibilizándose o naturalizándose otros tipos, como la psicológica, económica y patrimonial. Esto también pone de manifiesto la necesidad de formación de los equipos de salud.

Otra de las falencias que se puede observar en el abordaje de esta problemática por parte del

equipo de salud es el escaso registro de los indicadores de riesgo. Los mismos no suelen ser incorporados en la en la Historia Clínica, en informes y otros documentos. A partir de esto nos preguntamos, ¿Esta cuestión está vinculada con que el equipo de salud no concibe a la violencia de género como una problemática sobre la que se debe intervenir desde el sistema de salud?

De alguna manera podemos vincular esta cuestión con la definición del Modelo Médico Hegemónico introducido por Eduardo Menéndez. El mismo es definido por este autor como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes, e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”* (Menéndez, 1984, 3).

Este autor sostiene que dicho modelo ubica al biologicismo como la única explicación de los problemas de la salud/enfermedad. En el caso de la violencia de género, al no comprenderse la violencia de género como determinante social de la salud, no se lo concibe como un problema de salud pública sobre el cual hay que intervenir, más allá de las lesiones físicas, e incluyendo otras formas de afectar el proceso de salud-enfermedad-atención de las mujeres.

Este autor señala que *“Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico (...) Lo biológico no tiene historia; es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales”* (Menéndez, 1984, 2).

Si bien el equipo de salud está conformado por distintas especialidades, y los distintos instrumentos (leyes, protocolos) relativos a la temática contienen una mirada más integral sobre el proceso salud-enfermedad, la mirada médica biologicista continúa siendo la hegemónica dentro de las instituciones a la hora de definir, entender y abordar los problemas de salud.

Diversos autores, como García Moreno, señalan que la violencia de género trae aparejados un sin número de consecuencias sobre las salud física y psíquica tanto de la víctima como de su entorno cercano (García Moreno, 2000. 11).

Todas estas problemáticas de salud demandan atención al Sistema de Salud de manera regular pero posiblemente no son detectadas como indicadores de violencia de género por parte del equipo de salud. Como se mencionara anteriormente, es a partir de la hegemonía de este paradigma puramente biologicista del proceso de salud enfermedad, que la violencia no es concebida como una problemática sobre la que hay que formarse e intervenir, en tanto es parte de los determinantes sociales de la salud.

Políticas de salud hacia las mujeres

Respecto de las políticas en salud interesa dar cuenta en primer lugar que el subsistema público de salud es el que incorpora la mayor parte de los Programas con componentes de género, en comparación con el subsistema privado y el de Obras Sociales. Esta situación hace que las políticas de salud con perspectiva de género estén reducidas a dicho subsistema, el cual no es homogéneo sino que en su interior también expresa disputas por visibilizar o invisibilizar estas cuestiones.

Por otro lado, se observa que las políticas en salud hacia las mujeres hacen un mayor énfasis en temáticas tradicionales, tales como la salud sexual y reproductiva o la violencia de género. En nuestro análisis pudimos observar que la gran mayoría de las mujeres víctimas de violencia fueron detectadas en la Sala de Maternidad y consultorios externos de Obstetricia: un total de 58 mujeres sobre 96. Si se agregan las provenientes de Pediatría, la suma aumenta a 68 (el 70% de las mujeres víctimas de violencia detectadas).

De esta manera, el rango etario más representativo de la población analizada es el que se encuentra en la edad reproductiva, alcanzando el 90% de la misma. Se considera que la mayor visibilización de la problemática en estas áreas no se relaciona con una mayor sensibilización en el

equipo de salud, sino con que son las áreas en las que se concentran la mayor cantidad de mujeres que transitan por el sistema de salud.

A su vez, al ser convocadas en su rol de madres, desde el equipo de salud, si bien suele priorizarse la salud del niño o la niña, se puede llegar a tener cierta apertura sobre las condiciones de vida en que se encuentra la mujer. Esta mayor disposición a conocer sus condiciones de vida se relaciona con lo mencionado anteriormente respecto de la utilidad social de Mujer-Madre, en tanto posibilita, si se encuentra en buenas condiciones de salud, buena parte de la producción y la reproducción de la sociedad (alimentación, limpieza, relaciones sociales; compañía, administración y vigilancia de tratamientos de salud de otros; tramitaciones, etc.).

Se considera que no muchos/as trabajadores/as del ámbito de la salud reflexionan y problematizan los estereotipos de género, situación que podría incidir de manera negativa en la salud de las mujeres. A consecuencia de esto, por ejemplo se observa una intervención diferencial cuando las víctimas de violencia son niños/as. En este caso, la solicitud de intervención es más rápida, hay mayores posibilidades de que el realicen denuncias desde el equipo de salud, no se responsabiliza a la víctima, no habiendo un cuestionamiento sobre la pertinencia de intervenir sobre esa situación desde el ámbito de salud.

Estas características de la intervención en salud frente a la violencia de género dan cuenta de la no percepción de la misma como una compleja problemática sobre la que se debe intervenir desde el sistema de salud.

De acuerdo a las construcciones sociales en torno a los géneros dentro del patriarcado, se percibirán vulnerabilidades diferenciales según se trate de hombres o de mujeres, así como también transitarán de diversas maneras el proceso de salud-enfermedad-atención. Tajer sostiene que *"si queremos abordar la salud de mujeres y varones desde una perspectiva de equidad, nos percataremos que los problemas femeninos están basados en su mayoría en cuestiones relativas al empoderamiento y carencia de recursos. Por su*

parte las problemáticas de los varones son del orden de los costos de poder sostener o no la hegemonía, por lo tanto son cuestiones más ligadas a los excesos y a la exposición a riesgos. Otra problemática es la posible causación de daño por parte de los varones en la salud de las mujeres y niños/as si no se deconstruye la constitución de modos de subjetivación para el ejercicio del poder con base en relaciones asimétricas entre los géneros y generaciones" (Tajer, 2013, 5).

Entonces, aquellas mujeres que se encuentren más atravesadas por estas construcciones hegemónicas ligadas al ser serviciales, pasivas, tolerantes, dóciles, etc., se ubicarán en un lugar de subordinación respecto de sus parejas u otros hombres del grupo familiar, tendrán menores posibilidades de desarrollo personal, mayor dependencia económica y posibilidades de ser víctimas de violencia. Estas circunstancias repercuten en la calidad de vida de estas mujeres e inciden en la aparición de diversos problemas de salud que exceden lo observable que puede resultar el golpe de un agresor. De acuerdo a Tajer, *"podemos destacar aquí un desencuentro fundamental entre las mujeres que experimentan estas formas de violencia y los servicios de salud, que se concentran más en la violencia física y sus consecuencias"* (Tajer, 2013, 14).

En este sentido se considera central poder visualizar desde el sistema de salud no solo la violencia de género en sus distintos tipos (violencia económica y patrimonial, verbal, etc.) sino otras vulnerabilidades a las cuales la mujer se encuentra expuesta a partir de la vigencia de determinados representaciones en torno a los géneros.

Conclusiones

A pesar del avance en relación a la elaboración de leyes y protocolos de violencia de género que rompen de alguna manera con la mirada del proceso salud-enfermedad puramente biologicista, la hegemonía del modelo biomédico sigue presente en las instituciones que llevan delante la atención de la población.

Este esquema de percepción y de apreciación de la realidad puede ser modificado en gran parte a partir de la puesta en práctica de Programas

de Capacitación de los /as trabajadores/as de la salud. Se considera que es necesario que los espacios de formación cuenten con marcos explicativos actuales, acordes a los avances que hay en las investigaciones dentro de las Ciencias de la Salud. Esto permitiría atender a la salud de las mujeres desde un enfoque de género, teniendo en cuenta las vulnerabilidades diferenciales que corren hombres y mujeres por el hecho de ejercer roles estereotipados de género.

Asimismo, se necesita profundizar al interior del equipo de salud la visualización de la violencia de género como una problemática sobre la cual el

Sistema de Salud debe intervenir, pudiendo también hacer visibles no solo la violencia física sino los otros tipos de violencia a la cual las mujeres se ven expuestas, así como también otras problemáticas de salud de la mujer que no están asociadas a su rol reproductivo.

Es menester instalar en las instituciones de salud la importancia del abordaje de dicha problemática de manera interdisciplinaria, deconstruyendo la idea de que el abordaje de la misma solo les compete a profesionales del área social sin poder ser la misma vista como una problemática de salud sobre la que debe intervenir la totalidad del equipo de salud.

Bibliografía

- Cohen Imach S. (2013). *Mujeres maltratadas en la actualidad*, apuntes desde la clínica y diagnóstico. Buenos Aires: Paidós.
- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires (2012). *Violencia de Género y Políticas Públicas*. Informe del Observatorio de Violencia de Género. Recuperado en: <http://www.defensorba.org.ar/publicaciones/ovg2011/download/Informe-Anual-OVG-2011.pdf>
- García Moreno, C. (2000). *La violencia hacia la mujer: género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación ocasional N ° 6. Recuperado en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/811/9789275327166.pdf?sequence=1>
- Fernández, A. M.(2014). *La mujer de la ilusión*. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Juarez Ramirez, C. (2005). *Las redes y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal*. Revista Redes. Barcelona.
- Menéndez, E. (1984). *Modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México.
- Pautassi, L. (2007). *¡Cuánto trabajo mujer! El género y las relaciones laborales*. Claves para todos. Editorial Capital intelectual. Buenos Aires.
- Rodríguez, M. (2001). *Violencia contra las mujeres y políticas públicas: tendiendo un puente entre la teoría y la práctica*. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López. Buenos Aires.
- Tajer, D. (2012) *Género y Salud*. Las Políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer, D.; Gaba, M.; Reid, G. (2013). *Impacto de la Violencia de Genero en la Salud de las Mujeres: una investigación en la Ciudad de Buenos Aires*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.