

LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES
Discursos silentes sobre la violencia de género
En Atención Primaria en Salud

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES
Discursos silentes sobre la violencia de género
En Atención Primaria en Salud

AUTORA: María Naranjo García

VALENCIA, Diciembre 2018

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES
Discursos silentes sobre la violencia de género
En Atención Primaria en Salud

AUTORA: María Naranjo García
TUTORA: Dra. Marbella Camacaro

Trabajo de grado presentado ante
la Dirección de Postgrado de la
Universidad de Carabobo para
optar por el Título de Doctora en
Ciencias Sociales Mención Salud-
sociedad

VALENCIA, Diciembre 2018

DEDICATORIA

A las mujeres de mi familia, por fortalecer mi vida

A José Miguel, por ser fuente de amor, paciencia, perseverancia en todo lo que hago.

A Marco Antonio y José Miguel (hijo), mis inspiraciones para seguir avanzando y mis mejores estímulos para alcanzar todas las metas propuestas.

A Marco German, Abraham y Luis Daniel, por acompañarme pacientemente durante el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Marbella Camacaro Cuevas, tutora y amiga por acompañarme y guiarme cálidamente en este proceso de construcción.

A Daisy Camacaro, por estimularme a transitar el camino del doctorado.

A Aleska Landaeta Oviedo, por su apoyo y solidaridad.

A Zully Vilches, por su permanente atención y sus orientaciones.

A las médicas y médicos, que laboran en los servicios de atención primaria en salud, del Municipio Girardot del estado Aragua, por compartir sus vivencias, las cuales sirvieron para construir este trabajo.

INDICE

	PAG
RESUMEN	viii
Palabras Introdutorias.....	1
CAPITULO I	
Acercamiento a la realidad.....	
Delimitando la	8
problemática.....	11
Precisión de la	15
problemática.....	
CAPITULO II LA MIRADA TEÓRICA	
Tejiendo teoría con los hilos del feminismo...y haremos un manto para cobijar el	16
mundo.....	
Destejiendo la lógica patriarcal...y haremos un ovillo sin puntas.....	21
Ciencia médica hija prodiga del patriarcado.....	27
Cifras sobre violencia de género, develando su magnitud.....	33
Legislación sobre violencia de género, pagando una deuda histórica.....	36
Violencia de género: desequilibrio de poder entre mujeres y Hombres.....	42
Atención Primaria en Salud y violencia de género	51
La dimensión política de la atención primaria en salud invisibiliza a las mujeres como sujetas de	53
derechos.....	
CAPITULO III	
LA MIRADA TEÓRICA/ METODOLÓGICA	
La mirada teórica Metodológica	58
Sujetos(as) significantes de la investigación.....	60
La saturación de la información.....	61
Lugares de encuentro.....	62
Proceso de recopilación de experiencias.....	63
Estrategia de interpretación.....	64
Momentos metodológicos.....	64

CAPITULO IV	
DECONSTRUYENDO/CONSTRUYENDO LA MATRIZ DE ANÁLISIS.....	67
Violencia de género una categorización des-dibujada en el colectivo social.....	70
No le aguantes...déjalo, ten autoestima...tenle paciencia...mitos esquizoides de la misoginia.....	77
Ellos son así...está estresado...ellos toman y pierden la cabeza ...mitos de la fraternidad masculina.....	83
De víctima a victimaria... un devastador viraje sociosimbólico.....	87
De victimario a víctima... un viraje fraterno del androcentrismo.....	100
Una atención médica que despersonaliza y desempodera a las mujeres como sujetas de derechos.....	105
Una ley con episteme de mujeres...postergada por la indiferencia médica/social y del Estado.....	119
Formación en violencia de género... otra postergación del Estado.	132
Una ONG de mujeres goza de buena salud a pesar de un Estado en terapia intensiva.....	137
PALABRAS CONCLUSIVAS PARA SEGUIR CONSTRUYENDO	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD

**LA CIENCIA MÉDICA Y SUS IMPRONTAS PATRIARCALES
DISCURSOS SILENTES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

AUTORA: María Naranjo García
TUTORA: Dra. Marbella Camacaro Cuevas
AÑO: 2018

SINTESIS DESCRIPTIVA

La violencia de género es una manifestación inhumana, inmersa en un sistema universalmente opresivo y voraz, donde el predominio de lo masculino refleja la jerarquía de género, la mantiene y la activa, invisibilizando, legitimando y naturalizando la violencia contra las mujeres. Dicha violencia ha sido declarada un problema de salud pública; pero la ciencia médica reproduce la lógica dominante del patriarcado, generando prácticas de atención que responden a la racionalidad científica imperante. Esta investigación tuvo como intencionalidad: Rastrear en las mentalidades de los médicos/as que laboran en atención primaria en salud, lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género, construido a través de lo vivido como ser social y de su tránsito en el discurso/praxis de la medicina hegemónica. La investigación estuvo enmarcada en el paradigma cualitativo o interpretativo, orientada por la matriz epistémica feminista, metodología de género. El grupo humano sujeto/a de este estudio, fue el personal médico que labora en atención primaria en salud. Se realizaron entrevistas enfocadas y se aplicó el análisis de discurso. La construcción del análisis fue enriquecido por las voces del personal médico, quienes nos evidenciaron las dificultades que tienen para lidiar con la problemática de la violencia de género, dado el peso cultural que llevan como equipaje en su imaginario social, y el androcentrismo de la ciencia en la que se formaron. Esta impronta genera un discurso y una práctica que sostiene la violencia de género, ocasionando una comprensión sexista de la problemática, que niega el espacio

de la atención primaria en salud, como un lugar privilegiado para ir más allá de la atención al daño físico, y poder accionar en consonancia con la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, para que las mujeres puedan acceder a los derechos que le corresponden.

Palabras clave: Feminismo, patriarcado, género, violencia de género, atención primaria en salud.

PALABRAS INTRODUCTORIAS

Antes de presentar la temática que abordaremos, quisiera exponer algunas ideas que sirvieron de inspiración para querer investigar acerca de lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género, construido a través de lo vivido como ser social y de su tránsito en el discurso/praxis de la medicina hegemónica de los médicos/as que laboran en atención primaria en salud. Estas ideas me han servido de base para la reflexión y revisión de uno de los problemas sociales más devastadores y de violación de los derechos humanos: la violencia de género. Querer trabajar en el tema nace del sentir como mujer y como salubrista donde es necesario incidir en las realidades que nos rodean, sobre todo cuando las mismas expresan situaciones que se constituyen en inequidades sociales que pueden dejar huellas imborrables y afectar definitivamente y sin retorno la salud de las personas.

El doctorado en ciencias sociales mención salud y sociedad, me brindó aportes para emprender este camino y sirvieron de equipaje para poder recorrerlo. La oportunidad de cursar un seminario de género conducido magistralmente por la Dra. Marbella Camacaro, despertó en mí el interés de querer aproximarme a la comprensión del problema de la violencia de género, por ser ésta dirigida específicamente contra las mujeres y estar enraizada en las características patriarcales de la sociedad, donde prevalecen estructuras que nos subordinan por el sólo hecho de ser mujeres, y donde los hombres detentan una posición privilegiada de poder que les facilita y permite controlar y violentarnos.

Una fuente importante de inspiración la ha representado mi condición de salubrista; me reconozco como salubrista porque desde mi formación de pregrado como médica me he interesado en el campo de la salud pública, en

donde he trabajado los últimos 23 años y en el cual me ha tocado desempeñar diferentes responsabilidades en los servicios de salud que incluyen, la atención de las personas, la gestión, la planificación y evaluación de estos servicios.

Ser salubrista me lleva a plantear, que la salud pública en las últimas décadas ha estado siendo cuestionada por no atender problemas sociales que generan un impacto negativo en la salud de población. Este cuestionamiento viene dado por el hecho de seguir atendiendo los problemas de salud, principalmente vinculados a reparar o limitar el daño, dejándose a un lado la atención de otros problemas generados por procesos de índole social, y que actualmente vulneran el derecho a la salud, generan inequidades y violan derechos humanos fundamentales, como es el caso de la violencia de género.

La salud pública, disciplina por cuyo discurso transita con fuerza en los últimos años una concepción del proceso salud–enfermedad, como un hecho socio-histórico, determinado de acuerdo a las relaciones de poder que se establecen en una sociedad, no puede obviar el abordaje de problemas de salud que están transversalizados por las relaciones desiguales de poder como lo es la violencia de género.

Como mujer inmersa en el sistema patriarcal y formada en una de las ciencias más representativas de este sistema como lo es la ciencia médica, el seminario de género me brindó la oportunidad de comprender el rol fundamental que tiene el espacio de la salud pública para afectar algunos de los determinantes socioculturales que sostienen la violencia contra las mujeres.

Mi condición de mujer/salubrista y mi desarrollo en el campo de la salud pública, permitió entender la violencia de género como un grave problema que vulnera el derecho a la salud de la otra mitad de la humanidad, entendiendo por salud, la capacidad que tenemos todas y todos de poder desarrollar con plenitud nuestras capacidades, con autonomía y de acuerdo a lo que cada quien desee cumplir como proyecto de vida.

En mis reflexiones, he podido mirar con claridad que el trabajo que he venido desarrollando en salud es un trabajo gobernado por la lógica biomédica, donde las acciones son fundamentalmente dirigidas a reparar daños y donde realizamos prácticas de atención que son producto de un doble marcaje social: el de la sociedad patriarcal y el de la ciencia médica hegemónica. Esa es la realidad a la que tienen que enfrentarse las mujeres cuando buscan atención en un servicio de salud por haber sido víctimas de violencia, y la respuesta que consiguen es la atención al daño o lesión física, y en muchas ocasiones, ser víctimas nuevamente de violencia.

Ante esto, pienso que hay que comenzar a actuar y trabajar para cambiar la lógica imperante; los centros de salud deberían representar un ámbito importante para cortar la espiral de violencia contra las mujeres, por ser el primer eslabón donde ellas acuden al ser violentadas; lo establecido en la legislación venezolana así nos lo demanda: la mujer debe ser atendida de manera integral y el personal de salud tiene una obligación ética, legal y política de contribuir en la erradicación de este problema ¿Es esto una utopía o una posibilidad? No lo sé, pero trabajar en ello forma parte de mi proyecto de vida y contribuye al trabajo y esfuerzo de otras y otros que, como yo, andan en la búsqueda de nuevos horizontes para tener una mejor sociedad, transitando caminos muchas veces difíciles, tortuosos y con dificultades, pero

entendiendo que cada dificultad superada se convierte en una posibilidad para desarrollar la utopía.

Todo lo anteriormente expuesto ha dejado en mi huella inspiradora para la realización de este trabajo. Acercarme a conocer el problema de la violencia de género y sus diferentes aristas despertó el deseo de querer apoyar investigando sobre esta problemática para contribuir a erradicarla. El recorrido de esta investigación lo hemos delimitado en cuatro capítulos que a continuación enumeramos.

En el **capítulo I**: exponemos la violencia de género como un fenómeno social que afecta a las mujeres por su condición de ser mujer, el cual ha sido históricamente silenciado, y es apenas a finales del siglo pasado cuando comienza a posicionarse en lo público y se declara como problema de salud pública. Acercarnos al fenómeno social de la violencia de género obliga a comenzar por desentrañar el sistema de dominación más antiguo: el patriarcado, para comprender las raíces de esta violencia y su invisibilización, no sólo en la dinámica sociocultural sino en todas las instancias que han sostenido este sistema, y uno de los ámbitos más sordomudos ha sido la academia y su derivada ciencia médica.

Tomando estas ideas como guía, delimitamos nuestra problemática: rastrear en las mentalidades de los médicos/as que laboran en atención primaria en salud, lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género, construido a través de lo vivido como ser social y de su tránsito en el discurso/praxis de la medicina hegemónica.

En el **capítulo II**: Hablamos desde la teoría feminista por su compromiso con la conquista de una conciencia que visibilice el lugar

histórico/político de las mujeres en la sociedad, y por sus aportes en el cuestionamiento de la ciencia moderna, neutral/objetiva/positivista y androcéntrica. Iniciar nuestro trabajo desde esa mirada, nos exigió precisar el patriarcado como el sistema de dominación más antiguo, y raíz principal que origina la violencia de género.

Se hizo obligatorio así mismo, destacar el papel de la ciencia médica como producto socio-histórico derivado del patriarcado que reproduce la lógica imperante a través de un modelo médico/hegemónico, que en esencia es biologicista y patologizador. Se muestran algunas cifras de la problemática en estudio, pero reconociendo la ausencia de datos oficiales que puedan revelar su magnitud. Se mencionan en esta parte, todos los compromisos que Venezuela ha suscrito para proteger los derechos humanos de las mujeres, y específicamente el marco legal que rige en nuestro país, la *“Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”*. Una ley de carácter orgánico, que se considera de avanzada porque acoge todos los compromisos internacionales que Venezuela ha firmado.

La violencia de género es conveniente en el marco de una sociedad que refuerza en todas sus instituciones, la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres para poder perpetuar el poder del patriarcado, por eso en este apartado mostramos sus raíces y las representaciones y construcciones socio simbólicas que le dan sustento.

Para dar las últimas puntadas a este tejido de categorías, presentamos la atención primaria en salud como una estrategia pensada para ser el núcleo central de los sistemas de salud y un espacio para la garantía del derecho a la salud, pero donde la organización de la atención

no parte del reconocimiento de las desigualdades de poder entre mujeres y hombres, vulnerando el derecho a la salud de las mujeres en las diferentes actividades que se realizan en este nivel de atención.

En el **capítulo III**: Partiendo de la teoría feminista puntualizamos que, la metodología de género, es la única que nos posibilitará deconstruir los discursos ideológicos que justifican relaciones asimétricas de poder de los hombres sobre las mujeres y que originan la violencia de género. La inclusión de esta metodología nos ayudó a develar los sesgos androcéntricos y a contextualizar e interpretar críticamente la realidad.

El grupo humano sujeto/a de este estudio lo constituyó el personal médico de la Corporación de Salud del estado Aragua, que labora en atención primaria en salud, ubicados en el Municipio Girardot. La representatividad de la investigación fue garantizada por la calidad de la información y el punto límite de esa representatividad, estuvo indicado por el punto de saturación del conocimiento. El proceso de recopilación de experiencias se produjo a través de la realización de entrevistas enfocada; la construcción de la interpretación se hizo desde la teoría que sustenta la investigación, apoyándonos además con el análisis crítico del discurso por la posibilidad que ofrece el descubrir relaciones entre lo expresado con la palabra y las imágenes del mundo.

En el **capítulo IV**: Las entrevistas realizadas guiaron el camino para evidenciar las huellas que la hegemonía patriarcal ha dejado en la mentalización del personal médico, tanto como ciudadanos/as, así como profesionales de una ciencia nutrida por el androcentrismo.

Mostramos las dificultades que estos profesionales tienen para lidiar con la problemática de la violencia de género, dado el peso cultural que llevan como equipaje en su imaginario social. Visibilizamos en este apartado del trabajo que, el cuerpo médico, desconoce las obligaciones y criterios de actuación para el personal de salud, contemplados en la normativa legal venezolana.

El discurso médico refleja que la ideología patriarcal ha sido muy eficaz para perpetuarse y que su práctica profesional responde a la cultura civilizatoria que sostiene la violencia de género, ocasionando una comprensión sexista y llena de mitos de la problemática, que niega el espacio de la atención primaria en salud como un lugar privilegiado para que las mujeres puedan acceder a los derechos que le corresponden.

CAPITULO I

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

La intencionalidad de esta investigación tiene su norte en la disertación sobre la violencia de género, fenómeno social cuya ocurrencia data desde siglos atrás, y es apenas a finales del siglo XX que se comienza a posicionar en lo público y se declara como un problema de salud pública; ese silencio histórico no ha sido solo en la dinámica sociocultural sino en todas las instancias que han sostenido el sistema social patriarcal, y uno de los ámbitos más sordomudos ha sido la academia y su derivada ciencia médica.

Por ello, estimamos de suma importancia delimitar la población sujeto del estudio en el personal médico de atención primaria en salud, en tanto que en la ruta de la violencia constituyen el primer eslabón donde las víctimas acuden en búsqueda de atención, representando un papel decisivo en la prevención, vigilancia, consecución de la denuncia y erradicación de este tipo de violencia. En tal sentido, es clave rastrear las huellas que la hegemonía patriarcal ha dejado en la mentalización de dicha población, tanto como ciudadanos/as así como profesionales de una ciencia nutrida por el androcentrismo, en relación a un tipo de violencia que por sus raíces históricas arremete específicamente contra las mujeres, por el solo hecho de su condición de serlo.

Acercarnos al fenómeno social de la violencia de género, obliga a comenzar por desentrañar el sistema de dominación más antiguo: el patriarcado. Sin duda, el sistema más opresivo y de subordinación ha sido el sistema de sexo/género; no sólo representa la primera estructura de

dominación, sino quizás la más poderosa y perdurable del mundo, dado a múltiples razones históricas, las cuales serán tratadas a lo largo del desarrollo de la tesis, por lo que, por ahora, solo mencionaremos el más substancial estamento que nutre la existencia de la violencia de género; que a quienes ha impactado ha sido a las mujeres, de tal manera que se les ha enajenado la posibilidad de definirse desde sí misma como sujetas de derecho, y quienes han detentado el poder para decidir la historia, la ciencia, la cultura y lo público, incluyendo la definición de lo que desde su perspectiva masculina es y deben ser las mujeres, han sido los hombres.

Entonces podríamos decir que el patriarcado, como sistema de dominación, ha permeado todas las formas de poder en las distintas épocas históricas de la cultura occidental, fundando un legado civilizatorio, el cual se nutre de las relaciones desiguales y de opresión entre los sexos, produciendo una desventaja sociopolítica para las mujeres, como señala Alda Facio:

“...patriarcado es un término que se utiliza de distintas maneras para definir la ideología y estructuras institucionales que mantienen la opresión de las mujeres, es un sistema que se origina en la familia dominada por el padre, estructura reproducida en todo el orden social y mantenida por el conjunto de instituciones de la sociedad política y civil, orientados hacia la promoción del consenso en torno a un orden social, económico, cultural, religioso y político, que determinan que el grupo, casta o clase compuesto por mujeres, siempre este subordinado al grupo, casta o clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder como las reinas y primeras ministras, o que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder como lo es el poder que ejercen las madres sobre los y las hijas...” (1995:42-43)

Esta investigadora, nos define patriarcado como un término que precisa la ideología y estructuras que mantienen la opresión de las mujeres: Hoy por hoy podemos develarlo gracias a las contribuciones de las críticas feministas, las cuales nos han permitido visualizar el patriarcado como una estructura de dominación de los hombres sobre las mujeres, como una forma de organización social, que a partir de las diferencias biológicas, ha producido y reproducido la opresión y explotación de las mujeres, **justificando la violencia.**

Además de acompañarnos con la postura de la autora antes mencionada, para ubicar desde que conceptualización de patriarcado hablamos, también nos apoyamos teóricamente de Gloria Comesaña:

“Se trata de una red conceptual constituida por discursos, imágenes, palabras, que expresa simbólicamente la sumisión y el dominio, y que se va construyendo mediante los diferentes aspectos culturales que van penetrando de forma casi imperceptible en las conductas y los pensamientos de las personas, llevándolas a aceptar como algo natural todas las formas que toma el dominio de los varones sobre las mujeres, y particularmente la violencia.” (; 2010:139)

Este dominio hegemónico no tiene otra forma de ejercerse, sea cual sea el espacio social, sino a través de la violencia, y una de las violencias sociales más devastadoras, es precisamente la violencia de género, porque su alter ego es la invisibilización de los derechos de la otra mitad de la humanidad: las humanas. Como nos aporta Alicia Puleo, al definir el patriarcado como un sistema de dominación masculina:

“...situación sistemática de dominación masculina en la que los hombres particulares aparecen como agentes activos de la opresión sufrida por las mujeres. El patriarcado no es una esencia, es una organización social o conjunto de prácticas que crean el ámbito material y cultural que le es propio y que favorece su continuidad”. (1995:27).

Podríamos decir que el patriarcado, se enraíza en la estructuración del sistema social, encontrándose que una de las razones que ha momificado e impedido el cambio colectivo frente a esta problemática es que la misma hegemonía ha conseguido la forma de justificarla y naturalizarla, socavando la posibilidad de erradicarla como forma de relación entre los sexos, asegurando su perdurabilidad.

Delimitando la problemática

No entraña sorpresa alguna que, hasta nuestros días, esta violencia se haya mantenido existiendo dramáticamente en más lugares de los deseados; la muerte de mujeres por asesinato en manos de su pareja, lapidadas por desobedecer al poder masculino, morbi/mortalidad asociada a la ablación de clítoris, violencia sexual, muertes por la única causa que el patriarcado reconoce como esencia y razón de ser de la mujer: la maternidad, en fin, nos cansaríamos de los miles de ejemplos que evidencian la situación de victimización de muchas mujeres, puntualizando que, desde nuestra perspectiva entendemos como victimización, una consecuencia de la lógica social dominante y no una condición esencialista/determinista de las mujeres. Lo que sí es sorprendente, es que en otros ámbitos sociales los avances han sido prodigiosos, tales como: los tecnológicos, la conquista del espacio, el desarrollo del genoma, por mencionar algunos; esta contradicción

son nudos teóricos cuyo desanudado atañe al desarrollo de esta investigación.

Coincidiendo con lo que venimos exponiendo, Evangelina Prince acota:

“La violencia contra las mujeres representa uno de los tres pilares fundamentales del sistema de relaciones de poder entre los géneros y, en tal sentido, tiene una funcionalidad históricamente bien definida en la estructura del sistema en su conjunto, cuyos otros dos componentes son la desigualdad y la discriminación. (...) el ejercicio de la violencia por parte de los hombres, sea o no deliberada, tiene el propósito de preservar la desigualdad y con ello, la supremacía masculina”. (2013:1).

Esta preservación de las desigualdades entre los sexos, se dan en la sociedad a través de prácticas invisibles que buscan preservar, mantener y reproducir el statu quo; apoyando estas ideas, Gloria Comesaña expone:

“Las prácticas simbólicas a las que nos referimos como aniquiladoras de las mujeres, actúan de muchas maneras. Una de las más eficaces, implica la consideración constante de las mujeres como un grupo inferior y subordinado al grupo de los varones. Esto se cumple de mil maneras y los medios de comunicación, la literatura, y en general, cualquier obra en la que se hable de mujeres y varones, sirve para transmitir el mensaje. El cine, la televisión, la prensa escrita, óperas, novelas, poesías, obras de historia; en todas ellas, salvo excepciones, las mujeres son representadas como “el segundo sexo”, débiles, menos capaces, irracionales, descontroladas...y un largo etcétera...” (2010:140)

Muchas investigadoras hacen eco de lo antes planteado, entre ellas Janet Saltzman, quien postula que todas las culturas conocidas tienen

rasgos comunes que son afines a mantener y reproducir el orden establecido por el patriarcado, dentro de estos rasgos señala:

“...Una ideología y su expresión en el lenguaje que explícitamente devalúa a las mujeres dándoles a ellas, a sus roles, sus labores, sus productos y su entorno social menos prestigio, y/o poder que el que se le da a lo de los hombres. Significados negativos atribuidos a las mujeres y sus actividades a través de hechos simbólicos o mitos y estructuras que excluyen a las mujeres de la participación, o el contacto con los espacios de los más altos poderes, o donde se cree que están los espacios de mayor poder, tanto en lo económico, y lo político, como en lo cultural.” (1992:33).

La violencia contra las mujeres, ha existido a lo largo de la historia, pero es apenas desde hace pocas décadas que este tipo de violencia se ha tipificado como violencia de género, así mismo es desde hace pocas décadas que dicha violencia ha sido declarada como un problema de salud pública, hecho de superlativa importancia para nuestra investigación. Dicha tipificación como un tipo de violencia específica contra las mujeres ha sido posible, gracias a las luchas feministas, tanto al trabajo militante como a la producción teórica y académica de las investigadoras, lo que ha llevado a posicionar el tema en lo público, comprometiendo a los países a la celebración de convenios internacionales los cuales han obligado a dichos países a legislar en materia de derechos de las mujeres.

En definitiva, la violencia de género es una manifestación inhumana, inmersa en un sistema universalmente opresivo y voraz, donde el predominio de lo masculino refleja la jerarquía de género, la mantiene y la activa, invisibilizando, legitimando y naturalizando la violencia contra las mujeres. Esto nos lleva aún mas a comprometernos a desanudar los nudos

críticos de esta problemática y contribuir a que el personal médico pueda aproximarse a ella y vislumbrar sus aristas, a fin de ir en camino hacia la construcción de una sociedad mas justa y equitativa.

Para caminar hacia este horizonte investigativo, sostenemos que el camino epistémico más idóneo es la teoría feminista como única vía que hace posible visibilizar los rastros del sistema patriarcal y cuestionar el conocimiento derivado de una ciencia que a lo largo de la historia ha excluido a las mujeres. Así pues, nuestra investigación se enmarca dentro de un compromiso ético y político con el problema de la violencia de género como problema de salud pública; vamos a mirar este hecho social haciendo nuestras las palabras de Sandra Harding: “*desde una perspectiva posicional, conscientemente feminista*” (2002:45).

Nuestro trabajo se enmarcará en el feminismo propuesto por Alda Facio al expresar que:

“... el feminismo es mucho más que una doctrina social; es un movimiento social y político, es también una ideología y una teoría, que parte de la toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano subordinado, discriminado y oprimido por el colectivo de hombres en el patriarcado, para luchar por la liberación de nuestro sexo y nuestro género. El feminismo no se circunscribe a luchar por los derechos de las mujeres sino a cuestionar profundamente y desde una perspectiva nueva, todas las estructuras de poder, incluyendo, pero no reducidas a, las de género. De ahí que, cuando se habla de feminismo, se aluda a profundas transformaciones en la sociedad que afectan necesariamente a hombres y mujeres”...(1999:24)

Destacamos de esta definición, la necesaria toma de conciencia por parte de la otra mitad de la humanidad y el compromiso de transformar las

realidades sociales, lo que nos invita al ejercicio de una práctica investigativa comprometida y militante.

Precisión de la problemática...

Rastrear en las mentalidades de los médicos/as que laboran en atención primaria en salud, lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género, construido a través de lo vivido como ser social y de su tránsito en el discurso/praxis de la medicina hegemónica.

CAPITULO II

LA MIRADA TEÓRICA

Tejiendo teoría con los hilos del feminismo...y haremos un manto para cobijar el mundo...

Asumimos que, para develar la impronta que posee el personal médico que labora en atención primaria en salud relativo a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, no podemos hacerlo sino desde una corriente de pensamiento que lucha contra el patriarcado y que para entender el mundo y las relaciones sociales desde la equidad social, nos referimos al feminismo. Esta corriente de pensamiento ha permitido comprender e historizar las relaciones de poder y las diferentes prácticas sociales entre los sexos, así como la toma de conciencia en relación a los procesos de subordinación y discriminación que en la cultura patriarcal legitiman la violencia contra las mujeres perpetuando la dominación masculina.

Asumimos la definición de feminismo de Alda Facio:

“...es un movimiento social y político y también una teoría que parte de la toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano oprimido, explotado, y dominado en el patriarcado bajo sus distintas fases históricas”(1995:48).

Así mismo, compartimos las palabras de Marbella Camacaro para explicar que entendemos por feminismo:

“...una teoría y una epistemología que hacen suya la contestación crítica y cuestionadora a las estructuras de poder patriarcal, porque despiertan la conciencia de que las mujeres somos un colectivo humano, discriminado, subordinado, oprimido por la otra mitad de ese colectivo humano: los hombres. Dicha opresión ha sido una herencia histórica y cultural, no biológica, ni divina” (2010:46).

Destacamos en este apartado, el compromiso del feminismo con la conquista de una conciencia que visibilice el lugar histórico/político de las mujeres en la sociedad, contraponiendo la epísteme patriarcal. El carácter político de las problemáticas sociales que afectan a las mujeres ha sido centro de interés fundamental de la teoría feminista, porque permite comprender que las raíces de estas problemáticas, obedecen a la consideración del estatus de inferioridad que en todas las sociedades les ha sido concedido a las mujeres.

Para sustentar lo antedicho, traemos las palabras de Gloria Comesaña, quien nos aporta:

“...el feminismo y las feministas concretas y reales hemos sido quienes, sobre todo en nuestro siglo, han abierto el debate y proporcionado los recursos necesarios a todos los niveles de actividad, para que se comprenda que la problemática de la mujer tiene un carácter político que engloba todos los aspectos de la vida, y que debe analizarse en términos de opresión, subordinación, explotación y poder”. (1995:104).

Este compromiso del feminismo también ha sido muy importante en la investigación, por las transformaciones en las prácticas científicas y en la

generación de resultados para que la exclusión y opresión no representen el paradigma normativo en la vida de las mujeres.

En este punto se hace necesario señalar, nuestra suscripción a los planteamientos de algunas investigadoras en relación a los aportes de esta teoría en el cuestionamiento de la ciencia moderna, neutral/objetiva/positivista y androcéntrica.

Comenzaremos con los planteamientos de Deysy Zuluaga, quien expone textualmente:

“La teoría crítica feminista tratará entonces de explicar cómo el metarrelato de la historia deja por fuera a la mitad de la humanidad, rebatirá la idea de universalidad y desde el ser sujeto mujer construirá la visibilidad de lo que ha sido ocultado, silenciado y amordazado. Frente a la idea imperante de que las mujeres en la modernidad debían atender sus roles naturales y por tanto quedar excluidas de la historia, se impondrá la idea de que las mujeres también pueden ser sujeto de conocimiento sin los estereotipos marcados por la mirada masculina”. (2011:47).

Por despertar la conciencia sobre las barreras presentes en las ciencias sociales tradicionales para evidenciar la discriminación de las mujeres, los estudios feministas lograron refutar la neutralidad del saber científico y colocar a las mujeres como sujetas de conocimiento, generando investigación comprometida con una nueva forma de crear conocimientos, que deleve el marcaje del sistema patriarcal en las mujeres y los hombres, y cómo éste sistema ha aprisionado la vida de las mujeres.

Otro aporte importante de la investigación feminista es buscar las raíces de la opresión que sufren las mujeres, y el cuestionamiento de roles y

estereotipos que le han sido asignados a ellas por parte del poder masculino, lo que ayuda a explicar, entender y cuestionar el orden social establecido.

Para comprender este hacer reivindicativo del feminismo nos apoyamos en Alba Carosio:

“A partir de los años 60 del siglo XX, se comenzó a desarrollar una teoría crítica del conocimiento que comenzó a demostrar que la objetividad debe ser revisada a la luz de las relaciones sociales que forman los contextos de investigación. Se fue revelando cómo el conocimiento se hace en un ambiente social que propone una u otra dirección de producción teórica y de modelos de aplicación(...) se iba conformando así una teoría feminista o más bien, el feminismo como teoría explicativa del orden social, y propuesta emancipatoria”(2010:16).

La autora nos muestra como esta teoría genera conocimiento, para la transformación de la vida cotidiana de las mujeres, así como explicar que la discriminación y desigualdades que las afectan, son específicas a su condición de mujer, y obedecen a la configuración del mundo patriarcal, siendo ineludible el vínculo entre el mundo feminista y el mundo académico.

Nos interesa destacar la acción transformadora del feminismo por sus aportes en la creación de nuevos conceptos para estudiar la construcción social y simbólica de las mujeres. Bien importante ha sido la postulación de categorías de trabajo para la realización de investigación, tales como: ámbito privado/ámbito público, doble y triple jornada laboral, trabajo doméstico/trabajo del hogar/trabajo de cuidado; empoderamiento de las mujeres y por supuesto violencia de género, el tema que nos atañe en esta investigación. En este sentido Elida Aponte nos aporta:

“Los conceptos críticos que aporta el feminismo hacen posible la visibilización de fenómenos a los que no es posible percibir desde

otras miradas de atención y, al mismo tiempo, esta visibilización nutre y posibilita nuevos conceptos críticos(...) la teoría feminista es el único marco interpretativo pertinente para determinar la visibilidad y la constitución en hechos relevantes de fenómenos y acontecimientos que afectan a las mujeres(...) la teoría feminista es la que permite poner de manifiesto los sesgos patriarcales, sesgos no legítimos, sesgos que alimentan las orientaciones ciegas a los fenómenos que irritan nuestras sensibilidades, como es el caso de la violencia machista” (2012:31).

El feminismo como nos explica la autora nos aporta la elaboración o redefinición de marcos teóricos para interpretar la realidad y en el caso que nos ocupa, pone de manifiesto la cultura patriarcal como modo de dominación que ha legitimado y generado la plataforma simbólica que sostiene la violencia de género, así pues el discurso y la práctica médica enclaustrado en sus instituciones, entiéndase centros de salud y universidades, sirven como estandartes de la misoginia social.

Los aportes de esta teoría, han llevado a desarrollar un aumento del interés por la investigación sobre las mujeres, por su imponderable valor para mostrar que el conocimiento generado por la ciencia tradicional ha sido producido, como ya mencionamos, desde una visión parcelada del mundo, por no decir centrada en los hombres, para los hombres y desde los hombres. La relación del conocimiento con las prácticas sociales es una preocupación fundamental de la epistemología feminista, así como la producción de saberes ligados al hacer y el convivir.

Como nos ilustra María Mies:

“... la ciencia feminista que no ha perdido de vista su objetivo político, pugna por conformar una nueva visión global de la constelación social en su totalidad, una visión en la que

los fenómenos aparezcan como históricos, contradictorios, vinculados entre si y susceptibles de modificación” (2002:69).

Para no extraviarnos en el camino, recordaremos que defendemos la investigación feminista por pronunciarse en defensa de una acción transformadora concibiendo, la investigación como una acción ética y política donde los fenómenos sociales se muestren como históricos, relacionados y susceptibles de ser modificados, la misma nos permite mostrar el androcentrismo de la ciencia médica, cuestionar los valores epistémicos de la ciencia positivista, reivindicar el derecho como mujeres a investigar y hablar desde el saber/sentir femenino y denunciar la subordinación/discriminación de las mujeres, poniendo en evidencia las diversas formas de ejercer violencia de género contra ellas y destacando la asimetría de poder entre los géneros, sustrato que da vida a dicha violencia

***Destejiendo la lógica patriarcal...y haremos un ovillo sin
puntas...***

Habiendo dejado al desnudo desde donde hablamos se hace imperativo precisar la concepción de patriarcado como el sistema de dominación más antiguo, y raíz principal que origina, entre tantos horrores, la violencia de género. Ya en páginas anteriores cuando expusimos nuestro problema de estudio, desentrañamos este sistema de dominación y lo definimos como una ideología que ha permeado todas las formas de poder en las distintas épocas históricas, fundando un legado civilizatorio que se nutre de las relaciones desiguales entre los sexos, produciendo una

desventaja sociopolítica para las mujeres. Para ampliar la comprensión de esta cultura civilizatoria del patriarcado, nos apoyamos en Susana Gamba:

“El patriarcado es un sistema de relaciones sexopolíticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclase e intragénero instaurada por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva, y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, sean con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia” (2007:258).

Para nosotras, es importante destacar que desde el feminismo, algunas corrientes han concebido al patriarcado como un orden social que se estructura de acuerdo a un sistema de valores, en función de los sexos, por lo que se entiende al patriarcado como sistema “sexo-género” y que el mismo, está referido a una organización, que da preeminencia a lo masculino. Se plantea además que el termino patriarcado debe ser sustituido por el sistema “sexo-género”. En este sentido, leamos lo que Gloria Comesaña nos señala:

“Desde nuestra perspectiva, consideramos que no sólo el término, sino el concepto de patriarcado debe ser mantenido, pues no solo visibiliza mejor el problema del poder que está en la base del sistema sexo-género, sino que expresa una problemática en clave histórico-antropológica” (2004:9).

Es claro que, para esta investigadora, la categoría patriarcado es más explicativa e incluye al género y la diferencia sexual. Desde nuestra perspectiva consideramos importante hacer estas acotaciones, porque el patriarcado como categoría de análisis, nos muestra la histórica dominación masculina y las relaciones asimétricas entre los sexos con la consecuente desventaja sociopolítica para las mujeres y además sobre el mismo, se levantan otras dominaciones, como claramente nos señala Ana de Miguel:

“El patriarcado se define como un sistema de dominación sexual que se concibe, además, como el sistema básico de dominación sobre el que se levanta el resto de las dominaciones , como la de clase y raza” (1995:242).

Queremos precisar algunas aristas de este sistema de dominación, que nos ayudaran a ir aproximándonos a la violencia de género como un producto concreto del patriarcado para mantener la dominación de la otra mitad de la humanidad. Esta dominación ha sido posible, porque el sistema a partir de las diferencias sexuales ha discriminado a las mujeres, originando relaciones de sometimiento y opresión que se expresan en las estructuras sociales y que a través de diversos mecanismos reproduce la lógica de dominación.

Recurramos a Alicia Puleo, para comprender como esta ideología se ha mantenido a través del tiempo:

“...quienes se valgan del término patriarcado como pieza clave de sus análisis de la realidad. Con el denuncian una situación sistemática de dominación masculina en la que los hombres particulares aparecen como agentes activos de la opresión sufrida por las mujeres(...) los hombres tienen intereses específicos que les llevan a ocupar ese papel: la sexualidad y la reproducción aparecen como dos elementos claves de la sujeción femenina (...) todas las sociedades conocidas del presente y del pasado muestran una organización patriarcal(...) el patriarcado es un sistema milenario que va adaptándose a cada nueva estructura económica y política”(1995:23).

El patriarcado se ha erguido como una cultura civilizatoria basada en la idea de liderazgo y autoridad del varón; surgió de una toma de poder histórica por parte de los hombres para constituirse en una estructura de

autoridad sobre las mujeres, ha logrado penetrar todos los espacios socioculturales y ha desarrollado una estructura social que por diversos dispositivos sociales, que reproduce y mantiene el orden establecido. Dentro de estos, podemos señalar el desarrollo de un modelo de masculinidad dominante, prácticas simbólicas de aniquilación social de las mujeres para posicionarlas en el imaginario colectivo como: débiles, irracionales, menos capaces, reducidas al mundo de lo privado, desvalorizando todo lo que tiene que ver con lo femenino.

Mención aparte, en consideración a lo que venimos señalando es, el reforzamiento de esta supremacía masculina por parte de las religiones al generar cultura y prácticas políticas patriarcales.

Leamos lo que señalan Juan José Tamayo y Octavio Salazar:

“Las religiones han creado un patriarcado basado en la masculinidad sagrada, que influye y legitima el patriarcado cultural, social, político y familiar, basado en la masculinidad hegemónica. (...)De esta manera, las religiones son uno de los últimos, más resistentes e influyentes bastiones legitimadores del patriarcado y dentro de ellas las corrientes fundamentalistas son las más beligerantes defensoras del protagonismo de masculinidad hegemónica. Además, el patriarcado está instalado en las cúpulas de las religiones y en las propias legislaciones religiosas” (2016:217).

Traer estas reflexiones sustenta que, las construcciones simbólicas de nuestra cultura se apoyan en las religiones para seguir marginando a las mujeres. De esa misma manera, las religiones se constituyen en agentes reproductores del patriarcado y atan la conciencia colectiva, definiendo lo

que somos, en función de los varones, ejerciendo una gran influencia en la conciencia de la sociedad, al legitimar prácticas patriarcales.

Más adelante, estos mismos autores exponen: “El patriarcado religioso legitima, refuerza y prolonga el patriarcado social y político en todas las esferas de la vida, empezando por el lenguaje, siguiendo por la familia, las relaciones humanas, la legislación, etc. y llegando hasta la vida cotidiana” (2016:218).

La influencia de la religión ha sido determinante, no solo para reforzar el patriarcado en todas las esferas de la vida, sino que también ha influenciado a la ciencia médica: recordemos que el nacimiento de esta ciencia surgió de lo que guardaban los conventos como saber. Para desentrañar esta influencia, nos remitiremos a Marbella Camacaro donde la autora señala que:

“Es importante recordar que el saber médico en occidente estuvo enclaustrado en los conventos durante diez siglos y que la religión construyó históricamente una mirada de desconfianza hacia la mujer, sosteniendo, con profunda convicción, que las mujeres no tenían alma y podían ser fácilmente habitadas por el demonio, razones suficientes para mantenerlas recluidas y protegidas para que alcanzaran la pureza. El discurso sobre el cuerpo de la mujer y sus enfermedades fue pronunciado por los hombres de la iglesia hasta el siglo XI. La religión puso un sello imborrable en la concepción de la inferioridad de la mujer, dejando esa nefasta herencia ideológica al saber médico impartido en las universidades”(2010:63).

El patriarcado, apoyándose en la religión o en la ciencia, ha logrado su objetivo de segregar los derechos de las mujeres. En esta línea de pensamiento es importante resaltar, la influencia del patriarcado en la

ciencia médica. La medicina nace en una sociedad patriarcal, que mantiene un desequilibrio estructural de poder donde la mujer es subordinada. Esta disciplina, es reflejo de la cultura y las creencias que la sustentan y por lo tanto tiene sus mismas características. El valor de los factores relacionados con el género es poco reconocido en la práctica médica habitual.

Gloria Comesaña muy acertadamente nos dice:

“...en la episteme patriarcal, sólo el varón puede hablar con lógica y autoridad (...) De la experiencia de la mujer y de su conocimiento autentico sobre lo que sucede en su cuerpo, la medicina oficial, patriarcal, hace caso omiso, puesto que a las mujeres sólo se les concede la palabra en este terreno, si son médicas, y si repiten a pies juntillas el discurso único autorizado”(2010:19).

Las palabras de esta investigadora nos explican, que los/as médicos/as se autoerigen como fieles representantes de la lógica patriarcal, dotados de una autoridad absoluta debido a su saber científico androcéntrico. Todas estas características y el concebir a las mujeres desde una perspectiva biologicista y como seres fundamentalmente sexuados, se constituye en un nudo crítico para atender a las mujeres víctimas de violencia de género. Por eso, nuestro trabajo busca rastrear en las mentalidades de los/as médicos/as que laboran en atención primaria en salud, lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género.

Luego de estos planteamientos, consideramos que todas las aristas señaladas en torno al patriarcado, nos compromete a visibilizarlo y combatirlo para lograr en palabras de Marbella Camacaro (2010): “que lo

masculino y lo femenino, siendo indefectiblemente diferentes, encuentren un espacio social posible para la equidad entre mujeres y hombres”.

Igualmente, sostenemos que es urgente la necesidad de dar cuenta críticamente de la realidad que viven las mujeres que sufren violencia de género, al acudir a un servicio de salud. La categoría de género en conjunto con otras que ya señalamos, nos ayudará a rastrear y mostrar lo que está ocurriendo; nuestro compromiso militante busca generar conocimiento para que la institución médica reconozca a las mujeres como sujetas de derecho y deje de vulnerar el derecho a la salud que como seres humanas les corresponde.

Ciencia médica, hija pródiga del patriarcado

Todas las pinceladas anteriores nos han permitido ver las diferentes aristas que subyacen en la construcción de la violencia contra las mujeres. En las líneas siguientes, intentaremos centrarnos en la ciencia médica, debido a las razones que atañen la intencionalidad de esta investigación.

Se hace obligatorio destacar el papel de la ciencia como producto socio-histórico derivado del patriarcado, por ello, Eulalia Pérez Sedeño sustenta: “La retórica de la ciencia ha sido una vez más, sumamente eficaz al convencer, al persuadir, de que unas características socioculturales son naturales, biológicas y que éstas deben determinar el papel que las mujeres deben desempeñar en la sociedad.” (2001:432) Esta misma autora nos señala: “Se utiliza la biología como tribunal supremo al que se apela en última instancia. Su retórica de la objetividad y la neutralidad sirve para justificar situaciones sociopolíticas”. (2001:418).

El paradigma de la ciencia moderna (positivista, racional, analítico y “neutral”) se ha hecho hegemónico, incuestionable reforzándose a través del tiempo con sus discursos y sus prácticas para constituirse en aliado infalible del patriarcado. Como nos aporta Rigoberto Lanz, al referirse al modo de conocer de la ciencia: “Las relaciones cognoscitivas están dotadas de sentido y significación por un registro de racionalidad que no es ni universal ni neutro; se trata de la misma lógica que opera en cualquier otra esfera de la totalidad social, es decir, la lógica de la dominación” (1988:70). Este mismo autor agrega: “Se trata de relaciones estructuradas al interior de una totalidad social recorrida en todos los sentidos por la racionalidad de la dominación”.(1988:77).

Como se deduce de las palabras de Lanz, este paradigma se ha edificado generando un modo de producción de conocimientos que refuerza y reproduce la racionalidad establecida, vale decir la dominación ejercida por los hombres sobre las mujeres, así el discurso científico con su poderosa carga de valores y principios heredados de la modernidad se ha encargado de construir a la mujer como un objeto, lo que ha marcado sin dudas a la ciencia médica y sus prácticas de atención.

El modelo médico hegemónico, además de ser en esencia biologicista, es patologizador, porque posee una concepción centrada en la enfermedad o daño, desconociendo que la salud y la enfermedad no son hechos aislados sino que tienen un carácter procesal y una naturaleza multidimensional; lo procesal enfatiza que la salud-enfermedad no es algo estático, sino en movimiento y constante cambio. Y lo multidimensional, se refiere a que es un proceso influido no solo por lo biológico, sino por aspectos sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos,

espirituales, entre otros, que inciden sobre las personas. Pero el modelo biomédico dominante no está equipado para comprender este carácter procesal y multidimensional. Desde esa concepción negadora, surgen unas prácticas de atención individualistas y biologicistas, que niegan lo social como un poderoso determinante del proceso salud/enfermedad y donde la medicina asume la potestad de definir lo que es sano o lo que es enfermo.

Todo este andamiaje genera prácticas de atención que develan la perpetuación de ópticas deterministas, lo cual ocurre debido a que está impregnada de la epistemología positivista y por ende de los principios del paradigma biomédico, caracterizado por dar preeminencia a lo biológico, a lo individual, que descontextualiza al ser, que separa mente cuerpo, que ha tenido una práctica mecanicista y por ende, se ha preocupado por reparar el daño, ha estado centrado en lo patológico y su accionar ha sido absolutamente fragmentado.

Sin ninguna duda, con la epísteme que sustenta este paradigma antes descrito, es imposible que esta ciencia mire como su objeto de estudio circunstancias enfermantes de la sociedad tales como: el racismo, la homofobia, e indudablemente, la violencia de género.

Por ello, la crítica feminista también ha fijado posición con respecto al modelo biomédico. Como lo destaca oportunamente Marbella Camacaro:

“...quien actúa como técnico/a de salud frente a cualquier demanda de asistencia médica, su atención se centra en el evento, y no en la mujer como persona, prestarle esfuerzos profesionales a lo emocional, a lo psíquico es asunto de psicólogos o psiquiatras, dentro de la clasificación del saber médico, la dimensión subjetiva del sufrimiento se ignora frente a la dimensión objetiva del saber” .(2006:62).

El marcaje que deja en el personal médico la ciencia en la que se formaron, solo puede acreditarlos para el ejercicio de una práctica curativista, individualista y biologicista centrada en la lesión. Interpretando a Marbella Camacaro, cuando una mujer víctima de violencia de género acude a un servicio de salud, la preeminencia la tiene “la dimensión objetiva del saber, no la mujer como persona”.

Para reforzar el poderoso significado que tiene el paradigma biomédico en la atención de la mujer víctima de violencia de género que acude a un servicio de salud, nos apoyamos en Silvia Tuber:

“En realidad, hay un único discurso sobre el sufrimiento, que es el de la persona que lo experimenta. La medicina no puede ni quiere saber nada de ese sufrimiento lo transforma en dolor, opresión, fiebre, etc. El sufrimiento existe para el médico solo como síntoma, es decir, en tanto se puede formular con los significantes que constituyen un síndrome que tiene ya un lugar establecido en la nosología”.(1991:25).

Frente a una mujer que demanda atención por haber sido víctima de violencia de género, el médico/a no centra su atención en la mujer como persona que ha sido violentada, su atención esta enfocada, en la dimensión objetiva que su formación le requiere, los signos y síntomas visibles, medibles, objetivables que presente esa mujer.

Todo lo explicado anteriormente, ha derivado una ciencia médica tecnocrática que reproduce la lógica dominante del patriarcado, generando una producción de conocimientos y prácticas que responden a la racionalidad científica imperante y que son la base de acción de la medicina “moderna”, donde el objetivo principal es la curación de las personas, pero desde un enfoque mecanicista/funcionalista.

En relación a la visión de las mujeres por parte de esta ciencia médica, la historia nos revela que la medicina moderna es un constructo realizado por los hombres, asociado estrechamente a la religión y sustentada en los preceptos defendidos por el corpus hipocrático, en el cual se estudió el cuerpo de la mujer desde un referencial ideal que era el masculino. Se estableció así una jerarquización entre hombres y mujeres basado en diferencias anatómicas y de funcionamiento de los cuerpos; la mujer se describía como húmeda, el sangrado menstrual era para liberar impurezas, definiéndose a las mujeres como seres débiles y enfermas, teorizándose que por el hecho de poseer un útero, el lugar de las mujeres debía situarse en la esfera doméstica, sellando de esta manera el carácter ideológico que ha impregnado el discurso médico hasta la actualidad.

Es evidente que esta visión de las mujeres por parte de la ciencia médica ha estado cargada de sesgos de género que han centrado la mirada en las mujeres, fundamentalmente en lo ginecológico y reproductivo. Esta disertación nos lleva a preguntarnos: ¿Cómo una ciencia desbordada de sesgos androcéntricos, que ha construido a la mujer como objeto, como un ser inferior, patológica y destinada al campo de lo doméstico, puede visibilizar la violencia hacia ella? Toda esta construcción de la mujer por parte de la ciencia médica ha enmascarado problemas de salud asociados a su condición de mujer, la más patente: la violencia de género.

Esta lógica médica no puede visibilizar la violencia de género, como un problema de salud pública, dado que su epísteme obvia a las mujeres y sus realidades como sujetas de conocimiento; esta ceguera epistémica imposibilita a esa ciencia y a quienes se forman nutridos de ese paradigma mirar más allá de los síntomas y signos del cuerpo orgánico de las mujeres

víctimas de violencia de género, en virtud de ello, el personal médico constituye la población cardinal para este estudio.

Esta ceguera de la ciencia médica para mirar la violencia de género funciona como un mecanismo más para perpetuarla y reproducirla, y esto a su vez impide hurgar en las estructuras de dominio y control de esta ciencia para develar esta situación y cambiarla. Parafraseando a la investigadora Marbella Camacaro, podríamos decir que estimamos que la medicina tecnocrática funciona en lo social como una ideología hegemónica y que el discurso médico se constituyó sobre la base de naturalizar la supuesta inferioridad y debilidad de la mujer justificándolo a partir de las diferencias anatómicas, extendiéndolo hasta su inteligencia y su psiquis. Esta visión sobre las mujeres, les lleva a pensar que siempre debe ser atendida por su patología, afección, lesión o daños, convirtiéndola en una paciente per se.

Reforzando lo anterior Marbella Camacaro acota:

“La medicina y sus especialidades, en cuanto ciencia asumen las premisas del discurso científico, adquiriendo status de paradigma incuestionable, entronizando un sistema de valores que se arraiga en todos los resquicios sociales con una sorprendente aceptación positiva por parte de la sociedad. Todas las representaciones simbólicas, el engranaje de significados, que constituyen el discurso médico, lo legitima de una manera tan eficaz que ocasiona en los/as sujetos/as sociales una parálisis de contestación, y lo más preocupante, un cuerpo médico que refleja en todas sus expresiones ese sistema de valores, apoyado en estas últimas épocas, en un valor indefectible: la supremacía tecnológica”. (2010:104).

A este punto de la disertación, podemos evidenciar como la ciencia médica oficial nutre sus posturas de las improntas patriarcales, lo cual nos

obliga a redundar en que desde esta investigación estimamos que el camino idóneo para develar esas alianzas históricas es el feminismo.

Cifras sobre violencia de género, develando su magnitud

La falta de datos estadísticos que puedan revelar la verdadera magnitud del problema de la violencia de género es un obstáculo que dificulta una mayor comprensión del problema por parte de la sociedad en general. Los registros oficiales tienen como debilidad un importante subregistro debido a las características de este tipo de violencia. Muchos de los datos disponibles provienen de organizaciones no gubernamentales e investigaciones que se han realizado y no de instituciones del Estado.

Cada año, vemos noticias en periódicos, radio y televisión que reseñan casos de violencia contra miles de mujeres y niñas en el mundo, sólo por el simple hecho de ser mujeres. El Banco Mundial estima que en América Latina y el Caribe, el 69% de las mujeres ha sido objeto de abuso físico por parte de su pareja y que el 47% ha sido víctima de al menos un ataque sexual durante el transcurso de su vida. (UNIFEM: 2004). Ser mujer es la única condición para ser objeto de esta violencia basada en el género, en Palabras de Nuria Varela (2005): “Ser mujer es factor de riesgo”.

El Informe sobre el Desarrollo Humano de Naciones Unidas afirma que de 1.300 millones de personas que viven en pobreza absoluta, el 70% son mujeres, (Citado por De la Peña, Eva; 2007:16). Esta cifra nos habla que la pobreza tiene rostro femenino y patentiza las condiciones de subordinación y exclusión que han sufrido históricamente las mujeres,

quienes se han convertido en blanco permanente de violencia. Esta cifra también nos refleja la calidad de vida, bienestar social y condiciones de vida que poseen las mujeres. A través de diversos medios el patriarcado afianza su poder, basta dar una mirada a las siguientes cifras para corroborarlo:

- ✓ Cada 15 segundos una mujer es maltratada en algún lugar del mundo (Eva de la Peña 2007).
- ✓ La violencia es la causa mayor de muerte y discapacidad de mujeres entre 16 y 44 años tanto como el cáncer y mas que accidentes de tránsito y malaria juntos.(Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2004).
- ✓ La OMS señala que en algunos países, una tercera parte de las niñas han sufrido abuso sexual. (Varela Nuria: 2005).
- ✓ Cada año mueren en el mundo 3.000.000 de mujeres víctimas de la violencia (Comesaña; 2010:159).
- ✓ 600 mil mujeres mueren cada año durante el parto por falta de cuidados. (Comesaña; 2010:159).
- ✓ La media de casos de violencia de género en Venezuela, es de 4 por cada 10 mujeres, esta cifra indica que se encuentra 10% por encima de la media mundial (ONU 2016).

Estudios a nivel mundial han demostrado y destacado el impacto dramático que tiene este tipo de violencia en las sociedades. La organización Mundial de la Salud en el último reporte del año 2016 señala:

“Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja”.(OMS,2016).

En nuestro país las cifras refieren que cada 10 días muere una mujer por violencia de género en Caracas (Fundación Juan Vives Suriá, 2011). El Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (CICPC) reporta 3000 casos anuales de violencia sexual, cifra que contiene un sub registro importante si se toma en cuenta que investigaciones realizadas sostienen que solo el 10% de los casos se denuncia. Según datos de la Comisión Nacional de justicia de género, del Tribunal Supremo de Justicia, del año 2008 al año 2010, se recibieron ciento ocho mil doscientas denuncias (108. 200) a nivel nacional, destacándose un importante sub registro, debido al hecho que la violencia de género es naturalizada socialmente, a su vez la mujer no se reconoce como víctima y el personal médico continúa de espalda a esta problemática.

Estos datos y cifras demuestran y sintetizan la gravedad de la problemática en estudio. En nuestro país la obtención de datos sobre la violencia de género continúa siendo una limitación grave para conocer su magnitud y la elaboración de programas para evitarla. Esto evidencia la necesidad de actuar, con la finalidad de incidir en las políticas públicas

dirigidas a atacar este problema a través de la investigación y visibilizar la violencia de género como un problema social y de salud pública.

Hemos constatado teóricamente y con fehacientes datos numéricos una realidad vivida y sentida por más mujeres de las que deseamos, la cual es ocultada por un silencio social cómplice que arroja al sector médico, quienes por la lógica hegemónica no identifican la violencia de género como una problemática que les compete a pesar de que ética y legalmente debería ser parte de su hacer social.

Legislación sobre violencia de género ... Pagando una deuda histórica

Como mencionábamos con anterioridad producto de las luchas feministas y de la producción académica, en las últimas décadas del siglo pasado se generó a nivel internacional todo un marco legal para proteger los derechos humanos de la mujer y específicamente en materia de violencia de género los países han firmado compromisos siendo los más relevantes: la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993). Conferencia Internacional sobre población y desarrollo de Naciones Unidas (1994) IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (1994), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres (Convención Belem do Pará, 1994). De todos estos convenios fue en la cuarta conferencia mundial de Beijing, en donde se define a este tipo de violencia como: “*todo acto de*

violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real, un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Venezuela ha firmado dichos convenios por ello ha tenido que legislar en esta materia, conllevando a la creación de instrumentos legales, dentro de ellos podemos señalar: La ley de igualdad de oportunidades para la mujer (1993) la Ley Orgánica de Protección integral del niño, niña y adolescente (1998), La constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003) y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).

Uno de los instrumentos legales más importantes y de obligatorio manejo en este trabajo es la ***Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007)***, la cual reconoce la existencia de distintas formas de violencia contra las mujeres como tácticas de control, con el objetivo de mantener y reproducir el poder patriarcal sobre ellas, para subyugarlas y descalificarlas y ante ese poder se les niega el goce, y disfrute y ejercicio de sus derechos, debiendo erigirse el Estado como garante de los derechos humanos.

Esta ley se caracteriza por los siguientes aspectos:

- ✓ Es de carácter orgánico porque sus disposiciones prevalecen sobre otras leyes; desarrolla principios constitucionales en materia de derechos humanos de las mujeres y recoge los acuerdos de carácter internacional que Venezuela ha ratificado.
- ✓ Concepción más amplia de la violencia de género.

- ✓ Se desarrolla dentro del Tribunal Supremo de Justicia, lo que obliga a la creación de los tribunales de violencia contra la mujer, como órganos especializados en justicia de género.
- ✓ Se amplía el concepto de flagrancia.
- ✓ Consagra un catálogo de medidas de protección y seguridad de inmediata aplicación por parte de los órganos receptores de denuncia

Es importante destacar la exposición de motivos de esta ley porque esclarece que la violencia de género no es una manera natural de relacionarse entre los géneros, sino que tiene sus raíces en procesos socio/históricos, lo que significa que siendo evidenciada puede cambiarse:

“La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y de violación sistemática de derechos humanos, que muestra en forma dramática, los efectos de la discriminación y subordinación de la mujer por razones de género en la sociedad. El ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en materia de violencia basada en género, se ha visto afectado significativamente también por las concepciones jurídicas tradicionales, basadas en paradigmas positivistas y sexistas. Hasta hace unas décadas se creía, desde una perspectiva generalista, que el maltrato a las mujeres era una forma más de violencia, con un añadido de excepcionalidad y con una causa posible en una patología del agresor o de la víctima”.(2007:3).

Otro elemento a destacar en esta exposición de motivos es el carácter de especificidad de este tipo de violencia, donde se expresa textualmente:

“La comprensión del tema, reclama unas claves explicativas que van desde la insistencia en su especificidad, comprensible sólo desde un análisis que incluya la perspectiva de género, hasta la implicación en ella de distintos ámbitos e

instancias sociales, pasando por la denuncia de su frecuencia y su carácter no excepcional. **Todas las mujeres son víctimas potenciales del maltrato y la violencia basada en género pues, en todas las sociedades, ha pervivido la desigualdad entre los sexos**". (2007:2). **(Las negrillas son nuestras)**.

En los primeros párrafos expresamos que la violencia de género ha sido declarada como un problema de salud pública por lo que la población de médicos y medicas de atención primaria vienen a constituir un grupo importante al cual aproximarse en este trabajo que nos entretiene, su importancia es preeminente, porque la **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** contempla para esta población un articulado de obligatorio cumplimiento.

En el Capítulo IV de esta ley, de las políticas públicas de prevención y atención, contempla las atribuciones específicas del Ministerio del Poder Popular Para la Salud (Artículo 27), en el cual reza textualmente:

El ministerio con competencia en materia de salud, ejecutará los planes de capacitación e información, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud que ejerce actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en esta ley. (2007:25).

En el capítulo V, de las mujeres víctimas de violencia, se encuentra el artículo 35 referido al certificado médico, dicho artículo en junio del año 2015 fue modificado eliminándose que dicho certificado debería ser conformado por un experto o experta forense, dejándose la competencia específica de

expedir este certificado a todo personal médico que atienda víctimas de violencia de género.

Artículo 35: La víctima antes o después de formular la denuncia, podrá acudir a una institución pública o privada de salud, para que el médico o la médica efectúen el diagnóstico, y dejen constancia a través de un informe, sobre las características de la lesión el tiempo de curación y la inhabilitación que ella cause. En el procedimiento especial de violencia de género y a los fines de evitar la desaparición de las evidencias físicas, este informe médico tendrá el mismo valor probatorio que el examen forense.

A tal fin el Ministerio público y los jueces y las juezas consideraran a todos los efectos legales, los informes médicos dictados en los términos de este artículo para la adopción de la decisión que corresponda a cada órgano. (2015:28).

Esta competencia específica de realizar el certificado por parte de todo personal médico que atienda mujeres víctimas de violencia de género le obliga desde el punto de vista legal, ético y político a dejar constancia y le hace responsable de la experticia médico-legal. Lo anterior tiene una gran importancia porque significa que el accionar del personal médico, representa una declaración jurada, útil no solamente para la protección de la mujer, sino también para evitar inclusive su muerte, así como la generación de un elemento de prueba que puede servir para imputación del agresor. De la misma forma el no actuar en concordancia con el mandato de esta ley por parte del personal médico, supone una violación de los derechos humanos de las mujeres porque esta abstención sería un contribuyente social para que la mujer continúe sometida al espiral de violencia.

Así mismo, en el Capítulo VI, de los delitos, contempla en su artículo 57 referido a la obligación de aviso:

El personal de salud que atiende a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a cualesquiera de los Organismos indicados en el artículo 71 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido.

Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso de que no se pueda acceder a algunos de estos órganos por dificultades de comunicación.

El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta (50 UT) a cien (100 UT) por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa. (2015:55).

La mención a la ***Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*** es insoslayable para esta tesis pues viene a ser la concreción de las luchas por los derechos humanos de las mujeres y dan fe legal y ética de la importancia de profundizar teóricamente sobre la violencia más atroz que pervive entre las relaciones de género, y los artículos traídos al texto demuestran objetivamente la importancia de la población sujeto de estudio, porque es este personal quien tiene sobre si la responsabilidad no solamente desde el punto de vista legal sino también de romper el espiral de violencia al que la mujer está sometida, brindarle la posibilidad de ser atendida en una casa de abrigo e inclusive evitar su muerte.

Violencia de género: Desequilibrio de poder entre mujeres y hombres

Comenzaremos por presentar la definición de violencia de género establecida por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1993, esta organización, ofreció la primera definición oficial del término “violencia de género” quedando conceptualizada de la siguiente forma:

"Todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en sufrimiento físico, sexual o daño psicológico o sufrimiento a la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada"1993:02

Dada esta definición, podemos aseverar que la violencia de género tiene sus raíces en el ejercicio del poder patriarcal cuyo bastión es la discriminación ejercida sobre las mujeres por el solo hecho de “serlo”. Las representaciones y construcciones socio simbólicas (sistemas de creencias, valores, pensamientos, formas de relación y prácticas sociales, entre otros) arraigadas en la sociedad nutren y se nutren de dicha discriminación/subordinación a través de la historia, las diferencias en los roles sociales atribuibles a hombres y mujeres genera relaciones asimétricas que se constituyen en pilares para generar la violencia de género, signando un problema muy complejo que implica modos de relación entre los géneros que guardan correspondencia con los ideales culturales de lo que se espera de una mujer y de un hombre.

Esta asimetría entre hombres y mujeres se mantiene y reproduce a través de múltiples y variadas instituciones. Cuando hablamos de instituciones lo hacemos en sintonía con el planteamiento de Alda Facio:

“... las instituciones patriarcales, son un conjunto de prácticas, creencias, mitos, organizaciones y estructuras, establecidas en una sociedad, que junto con otras instituciones estrechamente ligadas entre sí, crean y transmiten de generación en generación la desigualdad...dentro de estas instituciones están: la familia patriarcal, las religiones misóginas, la educación adultocéntrica, el lenguaje ginope, el derecho masculinista, la ciencia monosexual, la medicina androcéntrica...” (1999:07)

La discriminación institucionalizada por el patriarcado sobre las mujeres es sostenida y avalada por el trabajo que realizan estas instituciones sociales para perpetuar esta asimetría y discriminación. Un ejemplo de lo que estamos planteando lo constituye la religión, la religión como institución prestigiosa, ha destinado a la mujer al silencio, la invisibilidad y a la discriminación; las normas morales que fueron dictaminadas por la iglesia, partieron de los hombres, los textos sagrados fueron escritos desde un lenguaje sexista, la religión desde sus diversos y muy variados mecanismos e instituciones ha legitimado la exclusión de la mujer, formando parte de los presupuestos ideológicos filosóficos y simbólicos que han contribuido a fortalecer el sexismo.

Otra de las instituciones que se ha encargado de perpetuar y darle legitimidad a estas injusticias es el derecho. La mayoría, sino todas nuestras leyes surgieron bajo la influencia del Derecho Romano con la hegemonía del Pater Familiae y, del código napoleónico. Como dice Evangelina García Prince:

“El derecho romano primitivo recoge de la tradición griega las condiciones de la ciudadanía, al definir que es ciudadano el varón, griego y libre y construye las bases de las incapacidades legales de las mujeres, haciendo explícito y normativo el carácter político de su exclusión de la ciudadanía y de su reclusión doméstica” (1996:36-37)

Por su parte, el código Napoleónico decretó la minoridad perpetua de las mujeres, privilegiando jurídicamente al hombre, Alda Facio lo denomina derecho monosexista y en relación a él nos señala: “El derecho monosexista es una de las instituciones a través de las cuales se ha mantenido y se mantiene en muchos casos a la mujer sometida y en situación de desigualdad jurídica”. (Citada por Evangelina García; 2005:22.).

Si queremos seguir entendiendo como esta asimetría entre hombres y mujeres se ha ido construyendo a través de la historia podemos revisar el pensamiento de Jean-Jacques Rousseau, Filósofo escritor y pedagogo cuyas ideas políticas influyeron en la revolución francesa. Este pensador del siglo XVIII, defendió y legitimó la desigualdad de las mujeres, alegaba que la autonomía y la libertad son valores humanos con los cuales las mujeres no cuentan, manifestando la naturalización de la inferioridad de la mujer. A Rousseau, se le atribuye en parte la culpa por una antropología polarizada de los géneros, a través de la cual se fundamentó teóricamente la jerarquización de las relaciones de género.

Este hombre moderno con una lógica masculina también patrocinó desigualdades y violencia contra la mujer en el seno familiar: “La mujer personifica el mal. Hay que someterlas al yugo desde muy pequeñas” (Rousseau; 1995:411). “... la mujer está hecha para complacer y para ser subyugada, debe hacerse agradable al hombre en lugar de provocarlo...” (Rousseau; 1995:.412). En su literatura concibió siempre a las mujeres sólo en relación a los hombres, destacó el amor maternal y defendió el matrimonio como un contrato de sumisión para ellas. Cristina Molina Petit en relación a esa postura de Rousseau, expresa: “La domesticación de la mujer como

deseo se realiza a través de la conversión de la mujer en esposa y madre.”. (1994: 84).

Sobre este lugar natural que la filosofía a través de la obra de Rousseau asigna a las mujeres Alicia Puleo nos señala:

“El lugar natural de las mujeres había sido fijado ya en la filosofía del siglo XVIII por Jean Rousseau(...) el filósofo de la democracia ve el espacio natural de las mujeres en el ámbito privado. El demócrata más radical de los ilustrados era partidario de una democracia directa con un ciudadano implicado todos los días en el quehacer político; en su tratado pedagógico, el Emilio, afirma que el futuro ciudadano debe ser educado en la libertad y de acuerdo con la naturaleza. Sin embargo, en el capítulo V, dedicado a la educación de Sofía, símbolo del colectivo femenino, sostiene que la educación de las mujeres debe estar dirigida a su deber “de todos los tiempos”; crianza, apoyo, consuelo y agrado de los hombres”.(1995:11).

Es obvio que en una sociedad patriarcal, el discurso se apropie de todos los medios que estén a su alcance para lograr en los/las individuos/as, un comportamiento que responda a los valores que el sistema pretende conservar y transmitir. La filosofía así ha puesto su cuota para contribuir a la subordinación y ausencia de derechos que históricamente han sufrido las mujeres.

Esta histórica asimetría en detrimento de las mujeres lleva a su discriminación y a relaciones de subordinación y dominio en las que la violencia de género constituye una forma de ejercer y mantener el poder de los hombres.

Los aportes del feminismo permitieron identificar y relacionar esta violencia con pautas culturales y sociales que son históricas y que han dado origen a diferentes formas de manifestación de esta violencia.

La investigadora María Banchs (1996) distingue dos tipos de violencia de género: Una violencia subterránea, que no es reconocida como tal y que tiene expresión en las diferencias que existen entre mujeres y hombres en cuanto a las oportunidades y reparto desigual del poder, en las que se incluye toda forma de discriminación sustentada en estereotipos y roles sexistas en la socialización familiar, en la educación formal, en los medios de comunicación, así como en la desigualdad de oportunidades en el campo laboral y el otro tipo, es la violencia explícita, reconocida como tal, pero frecuentemente mitificada a través de su negación, de su ocultamiento, de su justificación de la culpabilización de las víctimas.

Esta violencia constituye un problema de salud pública porque la mitad de la humanidad son víctimas potenciales, tiene graves consecuencias en la salud física y mental de las mujeres, puede inclusive ocasionar su muerte o dejar secuelas de por vida, en su origen existen determinantes socio/culturales que son susceptibles de ser modificados, genera una demanda de atención muy importante en los servicios médicos, tiene un alto costo social, viola los derechos humanos de quienes la padecen y el personal de salud tiene un importante rol en su detección, prevención y erradicación.

Toda la cuestión sobre la categorización de la violencia de género ha llevado a otras disertaciones y a nuevas categorías vinculadas con esta situación de violencia, nos referimos a lo que hoy se define como feminicidio Marcela Lagarde, una de las pioneras en la construcción de esta categoría lo define de la siguiente manera:

“El feminicidio es el genocidio contra las mujeres y sucede cuando las condiciones históricas generan

prácticas sociales conformadas por el ambiente ideológico y social de machismo y misoginia, de violencia normalizada contra las mujeres, que permiten atentados contra la integridad, la salud, las libertades y la vida de las mujeres...todos coinciden en su infinita crueldad y son, de hecho, crímenes de odio contra las mujeres.” (Marcela Lagarde: 2007)

Por el propósito de nuestra investigación queremos resaltar que el personal médico es pieza fundamental en el desarrollo de acciones específicas que contribuyan a la prevención y erradicación de esta violencia así como evitar los daños y consecuencias de la misma, siendo el más grave, el feminicidio. Los/as médicos/as que laboran en atención primaria en salud (APS) tienen un área de trabajo que por la razón de ser de la APS privilegian acciones dirigidas a promover la salud. Estas acciones deben considerar el enfoque de género como un marco conceptual y como una categoría de análisis para los problemas que les toca atender en las comunidades; de allí la importancia de que estén capacitados para atender como ya mencionamos este grave problema de salud pública y de violación de los derechos humanos de las mujeres.

Es clave entender que el mantenimiento y reproducción del poder patriarcal se ha sostenido a través de la historia por un orden social que ve como natural la discriminación y las desigualdades hacia las mujeres, como señala Marta Torres:

“La violencia no es una anomalía; por el contrario, es nada menos que la afirmación de un orden social particular que tolera la subordinación de las mujeres y el uso de la violencia en su contra. No es un fenómeno fuera de la norma, sino que es promovido por un orden social basado en la desigualdad y

en el cual existen claros intereses de mantener y perpetuar esquemas de dominación”.(2001: 244).

Por tanto, la violencia contra las mujeres es conveniente en el marco de una sociedad que refuerza en todas sus instituciones la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres para poder perpetuar el poder del patriarcado.

Un aspecto significativo es que, esta violencia, ha estado presente en todas las épocas, sin embargo su reconocimiento y visualización como problema público es de reciente data. Como señala la investigadora Evangelina Prince (2013), este tema ha adquirido relevancia en los últimos años, tanto a nivel público como a nivel político, lo que quizás sea producto de los diferentes encuentros internacionales que se han llevado a cabo desde la década de los años 70, siendo los más notables la tercera conferencia mundial de la mujer realizada en Nairobi en 1985, y cuarta conferencia mundial de Beijing, marcando un punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género ya que se logró definir a este tipo de violencia como:

“todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real, un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.(1995: 04).

La incidencia de los movimientos de mujeres en múltiples espacios, especialmente ante organismos como la Organización de Naciones Unidas y

la Organización de Estados Americanos fue lo que permitió la visibilización de esta problemática. Uno de los principales logros fue el reconocimiento de la violencia de género como una forma de discriminación y como una violación a los derechos humanos de las mujeres, como nos explica Susana Chiarotti Boero:

“...por primera vez, algo que ocurre en el ámbito privado, puede ser de responsabilidad del Estado. Se demuestra que los derechos humanos deben ser gozados tanto en la arena pública como en la privada y por tanto, pueden ser violados en ambos espacios. El Estado puede ser responsable tanto por la violencia que produzcan sus agentes, como por la que produzcan los particulares, en la medida que no ha sido prevenida, sancionada o erradicada por el Estado. El Estado puede ser responsable por acción u omisión; por perpetrar o tolerar la violencia que se ejerce contra las mujeres”. (2007:02).

Hablar de violencia de género nos obliga a desentrañar las variadas formas que esta violencia adopta tanto en el ámbito público como en el ámbito privado, por ejemplo: acoso sexual, tráfico de mujeres, segregación basada en ideas religiosas, violación y todas las formas de maltrato físico, psicológico, social y sexual que sufren las mujeres, entre otras formas de violencia. Nos apoyamos en lo planteado por Jorge Corsi:

“Es una forma de violencia que tiene lugar en el espacio doméstico, concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar. Entendemos por espacio doméstico al delimitado por las interacciones en contextos privados. De este modo, se asocia con una relación de noviazgo, una relación de pareja, con o sin convivencia, o los vínculos con exparejas... los objetivos de esta violencia son: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación. Las manifestaciones en conducta y actitudes son muy variadas, incluyendo el maltrato físico, el abuso sexual, el abuso económico, el abuso ambiental, el maltrato verbal y psicológico, el chantaje emocional, etc. Las consecuencias

son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida” (2003: 18).

Como señala el autor, esta violencia de género constituye una forma radical del ejercicio del poder masculino a través de la violencia física y a través de otros medios como: el lenguaje, el dominio económico o la limitación de las libertades hacia las mujeres, ocasionando daños a su salud temporales o permanentes que van a afectar la vida de las mujeres. Ante esta realidad (Ferreira, 1992), refiere que enfermedades psicosomáticas, trastornos psiquiátricos, perturbaciones cardíacas, disturbios ginecológicos y respiratorios, entre otros son en muchas ocasiones producto de la violencia de género por parte de miembros de la familia y que estas víctimas de violencia sufrirán en el futuro las secuelas psicofísicas de la experiencia traumática.

Por el propósito de esta investigación, interesa centrar la mirada en la vinculación entre este tipo de violencia y la atención primaria en salud (APS) en virtud de que la ciencia médica, como expresamos al inicio de este trabajo, reproduce la lógica dominante, generando prácticas de atención que responden a la racionalidad científica imperante y que impide a esta ciencia mirar más allá de los síntomas y signos del cuerpo orgánico de las mujeres víctimas de violencia de género.

Atención primaria en salud y violencia de género

Los sistemas de salud, por su lógica dominante, han organizado la prestación de los servicios de atención por niveles, estableciendo cuatro niveles de atención de acuerdo a la complejidad requerida. En esta investigación abordaremos el primer nivel de atención por ser allí donde se ubican los servicios de atención primaria en salud (APS) donde generalmente acuden las mujeres víctimas de violencia de género. Los servicios de APS son la puerta de entrada al sistema sanitario de las mujeres que sufren violencia de género. Estos servicios de salud prestan la atención basados en la estrategia de APS.

La atención primaria en salud (APS) se define como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación” (OPS.Declaración de Alma-Ata)

Esta definición de Alma Ata realiza un aporte conceptual y político importante, desde el punto de vista conceptual está atada a la prestación de asistencia en salud, lo que la vincula directamente con los servicios, desde el punto de vista político hace hincapié en la participación de la comunidad para contribuir en el desarrollo social, incorporando un enfoque social de la salud, que trasciende lo médico.

Se puede expresar que la estrategia de APS, se pensó como una forma de reorganizar recursos para promover la salud en conjunto con otros

sectores distintos al sector médico, y como un espacio para garantizar el derecho a la salud, como lo señala la definición de Alma Ata, con “autoresponsabilidad y autodeterminación”.

Como era de esperarse, una propuesta de este tipo estaba destinada a encontrar obstáculos derivados de la lógica imperante y con el tiempo la APS sufrió cambios que buscaban hacerla menos ambiciosa en su accionar, con la justificación de la necesaria revisión durante los procesos de transformación sociales, económicos y políticos que han atravesado los países desde el nacimiento de APS, tal como lo señala Oscar Echeverry:

“... durante los períodos de crisis económica, la APS fue dada de lado por agencias internacionales por considerarla demasiado ambiciosa y de alto costo frente a los escasos recursos disponibles en los países en desarrollo. Es por ello que se impuso la denominada APS selectiva, mediante la cual se definió un paquete de intervenciones de bajo costo, solo para combatir las principales enfermedades. Aunque esto se planteó como estrategia provisional, en la práctica se convirtió en la intervención hegemónica”(2016:20)

Lo planteado por Echeverry, permite comprender los diferentes énfasis que se le han dado a la APS, fundamentalmente como un conjunto limitado de actividades de servicios de salud dirigidos a la población de menos recursos, y como nivel de atención, subestimando lo que la misma representa como oportunidad para corregir los cuestionamientos que existen a los sistemas de salud por su bajo desempeño, y la posibilidad de aportar en la garantía del derecho humano a la salud.

En el caso específico que nos ocupa, la atención de las mujeres, interesa volver a lo expresado en la definición de APS porque desde el punto

de vista político se coloca a la APS como núcleo central de los sistemas de salud. Es precisamente en este aspecto donde queremos hacer hincapié por la responsabilidad que tienen estos sistemas en la garantía del derecho a la salud.

Si políticamente hablando es la APS el eje central de los sistemas de salud, la organización de la atención que se brinda a las mujeres, debe partir del reconocimiento de las desigualdades de poder entre mujeres y hombres, y debe concretar acciones específicas enfocadas a incorporar la perspectiva de género en las diferentes actividades que se realizan en este nivel de atención.

La dimensión política de la atención primaria en salud invisibiliza a las mujeres como sujetas de derechos

Hablar de la dimensión política de la APS nos lleva a desentrañar los planteamientos que la misma ha puesto en práctica desde su nacimiento para acercarse a la dimensión social de la salud y la garantía de la salud como derecho. En este caso específicamente nos interesa lo que la estrategia de APS ha brindado a las mujeres. Para esto nos acercaremos a revisar los diferentes enfoques de la atención primaria en salud según la Organización mundial de la salud (OMS).

Históricamente hablando, se puede evidenciar que la APS ha transitado por cuatro enfoques desde su nacimiento. El primero se define como enfoque de “APS selectiva”, estaba dirigido a la prestación de un número limitado de servicios de salud fundamentalmente a la población materno/infantil de bajos recursos. Centrada en la atención materno infantil, respondiendo por supuesto a la lógica imperante debido a la preponderancia

que la sociedad le da a la maternidad y al rol que las mujeres juegan en esa función.

El segundo enfoque fue denominado “atención primaria”, coloca el énfasis en entender la APS como un nivel en la escalera de atención de la organización sanitaria y más concretamente, la puerta de entrada al sistema de salud; este enfoque se encuentra directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina familiar para atender a la población en general. El tercer enfoque denominado “APS ampliada” es un enfoque donde empiezan a aparecer aspectos distintos a la atención médica específica, incluye elementos como la participación comunitaria, coordinación con otros sectores distintos a salud, incorporación de medicinas tradicionales y otros profesionales no médicos, el énfasis de este enfoque es la organización de la sociedad para promover la salud.

El cuarto y último enfoque que señala la Organización Mundial de la Salud, es el denominado “enfoque de salud y derechos humanos” el cual concibe a la salud como un derecho humano y resalta la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos de la misma. Este enfoque se diferencia de los anteriores por el mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la declaración de Alma Ata, orientado fundamentalmente al desarrollo de políticas inclusivas, con respaldo legislativo y financiero, más que a aspectos específicos de las enfermedades.

De lo anteriormente expuesto podemos decir que en el caso de las mujeres, los diferentes enfoques de la atención primaria de salud están impregnados de la lógica médica dominante y que no se visualiza en el diseño de la estrategia, un cambio de paradigma. Siendo una estrategia que

tiene implicaciones sociales y políticas, se convierte desde nuestra perspectiva en un espacio privilegiado para atacar las serias desigualdades asociadas a las estructuras de poder del patriarcado, sin embargo es escasa por no decir nula las acciones específicas que la estrategia de APS ha dirigido, para abordar las desigualdades de género. La revisión del desarrollo de la APS desde su surgimiento nos conducen a afirmar que las intervenciones de género predominantes han sido dirigidas principalmente a atender la esfera reproductiva de las mujeres acentuando con esto el paradigma medico dominante.

Con todo este desarrollo de la APS, es conveniente señalar que su campo de acción no ha estado exento de análisis y revisiones, es así que en el año 2003 se lanza una propuesta de renovación, liderada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta propuesta se le denominó: APS renovada, estaba dirigida específicamente a la región de las Américas y proponía 13 elementos esenciales, que debían asegurarse de cumplir los países, dichos elementos tenían que ver con la organización de los servicios, la cobertura, el acceso, la participación, marcos políticos regulatorios, financiamiento, recursos humanos y acciones intersectoriales.

La propuesta resaltaba además la organización de los sistemas de salud basados en APS. Sin embargo a pesar de esta revisión nuevamente se dejaban de lado, aspectos claves que ya habían sido señalados en diversos encuentros y conferencias internacionales de la mujer, como por ejemplo, la necesaria inclusión de la equidad de género en todas las acciones de salud que llevaran a cabo los países .

En este sentido Tejada señala:

“... las referencias a las relaciones de género como parte de los determinantes, condicionantes y riesgos de salud son breves en la APS renovada. Sin embargo el marco internacional y las distintas plataformas de derechos específicos de las mujeres dan cuenta de las serias desigualdades sociales asociadas a las estructuras de poder mediadas por género. Por otra parte los enfoques dominantes en salud pública con respecto al género, han hecho énfasis en la salud reproductiva y más recientemente en la salud de las mujeres, sin un abordaje relacional en términos de enfocar en los determinantes de las desigualdades de género” (2013:26).

Coincidimos con este autor en la necesidad que existe de profundizar el abordaje de la equidad de género en el campo de la APS. Sostenemos que esta ausencia de abordaje por parte de la APS no es casual y responde a lógica imperante en la ciencia médica tan impregnada del poder patriarcal.

Como se ha mostrado en el recorrido de los diferentes enfoques que se han dado a la APS, incluyendo su renovación, las desigualdades de género no han sido consideradas en los planteamientos conceptuales de la misma, no se evidencia la concreción de acciones dirigidas a atender estas desigualdades, más allá de enunciar en sus planteamientos conceptuales, valores como la equidad y la universalidad, que aunque se erigen como valores fundamentales del derecho a la salud, siguen estando de espaldas a los planteamientos de las conferencias internacionales sobre los derechos de las mujeres y sólo trabajan la perspectiva de género de forma parcial, a través de los programas de salud sexual y reproductiva.

Por todo lo expresado, ratificamos que la APS evidencia en sus planteamientos que invisibiliza a las mujeres como sujetas de derechos, al enfocarse en la salud sexual y reproductiva como acciones principales dirigidas a la atención de las mujeres. Al enfocarse parceladamente en lo

biológico/reproductivo, nos muestra ser un constructo de la medicina moderna tan impregnada como hemos señalado con anterioridad de la epistemología positivista y de los principios del paradigma biomédico construido por los hombres.

Siendo que el área de acción fundamental de la APS es en las comunidades, donde transcurre la vida cotidiana de las mujeres la misma se constituye en un espacio privilegiado para reconocer desigualdades y atender las inequidades de género en el campo de la salud, que vayan más allá de la esfera reproductiva de las mujeres.

En el caso específico de la violencia de género, el espacio de acción de la APS es vital para generar información sobre las manifestaciones de la violencia contra las mujeres en sus distintos ámbitos y modalidades. Esta información puede a su vez, generar estrategias de cambio en la percepción y actitudes hacia la violencia contra las mujeres a nivel social, cultural e institucional en las propias comunidades donde se desarrolla la APS, por esto el reto sería profundizar las propuestas de acción de esta estrategia en materia de género; este trabajo se inscribe en este esfuerzo, para contribuir en el trazado de caminos que ayuden a visibilizar la violencia de género como problema de salud pública y apoyar en la garantía del derecho a la salud de las mujeres.

CAPITULO III

LA MIRADA TEÓRICA/METODOLÓGICA

La comprensión del tema que estudiamos, exige insistir en la especificidad de la violencia de género, como un tipo de violencia contra las mujeres por el solo hecho de ser mujeres; por tanto para comprender y acercarnos al problema de estudio lo hicimos sustentadas desde la matriz epistémica feminista y la metodología de género.

Para caminar en este sentido, nos apoyamos en los planteamientos teóricos de Eli Bartra (2002), Gloria Comesaña (2004) y Marbella Camacaro (2010) quienes con sus aportes ayudaron a ampliar la mirada para iniciar el camino metódico.

Al respecto Eli Bartra nos señala:

“La teoría feminista permite un análisis minucioso de cuanto conocimiento existe sobre el tema que se trabaje para descubrir los sesgos sexistas. Significa ir desarticulando las diversas disciplinas por su marcado androcentrismo, e intentar la construcción de nuevas disciplinas no androcéntricas” (Eli Bartra, 2002:150).

Acercarnos a esta realidad desde el quehacer feminista nos sirvió como defiende Eli Bartra: “...*para desarrollar conocimientos nuevos y distintos al tomar en consideración cuestiones hasta ahora marginadas e ignoradas*”... (Bartra, 2002:150). Esta misma autora nos señala que el punto de vista feminista nos conduce a desarrollar el proceso de investigación de manera diferente debido a que formulamos preguntas distintas y sobre eventos que quizás otros y otras investigadoras no se han interrogado. De

igual forma nos apropiamos de otras distinciones de este mismo punto de vista en cuanto al estilo de la investigación; así, lo objetivo no está desvinculado de lo subjetivo y lo personal.

Partiendo de la epísteme feminista, utilizamos la metodología de género la cual contribuye a deconstruir los discursos ideológicos que justifican relaciones asimétricas de poder y dominio de los hombres sobre las mujeres. Asumimos la definición de género de Gloria Comesaña:

“El género es en primer lugar una categoría analítica que nos permite captar el sentido de muchas prácticas y conductas tanto individuales como institucionales. Su valor heurístico es enorme. Como herramienta hermenéutica abre nuevos caminos a la investigación en ciencias sociales...”(2004:6).

Un aporte sustancial para esta investigación es el de Marbella Camacaro, cuando explica las posibilidades y ventajas de esta metodología para generar conocimiento social, al expresar que:

...Existe una problemática de las relaciones de poder entre mujeres y varones, partiendo de que la mujer es subordinada en el espacio social, y de que esa desigualdad entre los géneros, no es consecuencia de hechos naturales, sino históricos y por ello con posibilidades reales de cambio. Este cambio se producirá precisamente, entre otras cosas, mediante la producción de conocimiento desde la teoría feminista y la metodología de género...(2010:111)

Con la intención de precisar algunos aspectos metodológicos que asumimos en esta investigación, resumiremos algunos planteamientos vinculados a esta metodología, lo que permitió ampliar la mirada para iniciar el camino metódico:

- ✓ Las temáticas de los estudios de género permiten demostrar y deconstruir todos los discursos ideológicos que justifican las relaciones asimétricas de poder y dominio de los hombres sobre las mujeres.
- ✓ El género es una construcción social muy bien trazada por la comunidad científica a partir de una dinámica social compleja de impulsos cognitivos, emocionales y sociales, todos ellos entretreídos.
- ✓ En la metodología de género se insiste en que hay una identidad entre el objeto y el sujeto de estudio, porque al estudiar el ser social desde el enfoque de género nos estudiamos a nosotras mismas.
- ✓ Los estudios de género abordan las relaciones sociales entre hombres y mujeres, por lo tanto, éstos sujetos se constituyen en objetos de estudio. Esta condición de identidad le imprime un mayor grado de complejidad a las ciencias sociales.

Sujetos (as) significantes de la investigación

El grupo humano sujeto/as de este estudio estuvo constituido por 11 médicos/as pertenecientes a la Corporación de Salud del estado Aragua, y que laboran en atención primaria en salud, tanto en ambulatorios de la red tradicional como de Barrio Adentro, ubicados en el Municipio Girardot.

Condiciones incluyentes de los/as sujetos/as significantes:

- ✓ Ser personal Médico(a) del Municipio Girardot, estado Aragua.
- ✓ Trabajar en atención primaria, específicamente en el área de atención a usuarios (as) del servicio de salud.
- ✓ Deseo de participar voluntariamente en la investigación.

Nos apoyamos en los aportes de Miguel Martínez para la selección de la población y la significación de los/as sujetos/as como informantes clave, al respecto este autor señala:

“En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. (...) se trata de buscar una población que sea comprehensiva y que tenga a su vez en cuenta los casos negativos o desviantes pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información) (2006:15).

La saturación de la información...

La representatividad de esta investigación estuvo garantizada por la calidad de la información y el punto límite de esa representatividad, estará indicado por el punto de saturación del conocimiento, como señala Daniel Bertaux:

“(el fenómeno de la saturación)...que a través de un cierto número de entrevistas, el investigador o el equipo tienen la

impresión de no saber nada nuevo en lo que concierne al objeto sociológico de la encuesta, es decir la saturación sería el proceso mediante el cual el equipo de investigación llega a la conclusión de que ya sabe lo fundamental, por no decir todo lo que le interesaba para el tipo de investigación que se realiza; el concepto de saturación lógicamente se introduce por las propias apreciaciones que el equipo tiene acerca de su objeto de estudio” (citado por Córdova; 1990:45).

Este punto de saturación se asienta en la práctica de intentar que una muestra sea representativa en el nivel sociológico y en el nivel de las relaciones socio-estructurales. Cuando las nuevas entrevistas van confirmando lo que las otras señalan y sólo se completan variaciones intrascendentes, se considera alcanzada la tendencia en la información recogida y este constituye el punto de saturación

Lugares de encuentro...

Las instituciones de salud donde se llevó a cabo esta investigación fue en los centros de salud del primer nivel de atención, ubicados en el Municipio Girardot del estado Aragua.

Tomando en cuenta que la actual organización del sistema público de salud corresponde a áreas de salud integral comunitarias donde coexisten establecimientos de salud de la denominada red tradicional y otro grupo que se denomina, red de consultorios médicos populares perteneciente a la misión Barrio Adentro, se escogió trabajar con ambos tipos de establecimientos porque todos prestan servicios de atención primaria de salud.

Proceso de recopilación de experiencias

Se realizaron **entrevistas enfocadas**, entendiendo ésta, como dice Ana Rusque: “...en la que él investigador conoce la situación con sus elementos, procesos y estructura, enfocando su interés en los aspectos requeridos por los objetivos...”(1977:13) partiendo de que esta es una técnica útil para rastrear en las mentalidades de los médicos/as que laboran en atención primaria en salud, lo subjetivo subyacente sobre la violencia de género- Es un tipo de entrevista en profundidad que se centra en un foco de interés y van dirigidas a personas concretas.

En este sentido Ruiz José e Ispizúa María señalan como orientación fundamental para realizar la entrevista lo siguiente:

“Si el entrevistado se aleja demasiado del tema apuntado, el entrevistador puede regresarlo al “foco” de atención. Para ello, es de mucha utilidad el análisis previo que el entrevistador efectúa sobre la situación a la que se enfrenta y mediante el cual podrá descubrir, entre otras cosas, los bloqueos del entrevistado, la profundidad en la que se sitúa sus respuestas y el distinguir la lógica y el simbolismo que dominan los tipos de reacciones del entrevistado en relación al tema”. (1998:126).

Por su parte Martínez (1997), acota que la entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial, agrupado en una serie de planteamientos generales, presentadas en forma de temas previamente identificados, los cuales constituyen una guía para la entrevista.

Estrategia de interpretación

La construcción de la interpretación se hizo desde la teoría que sustenta la investigación y estuvo apoyada además por los momentos metodológicos sugeridos por Ruiz e Ispizua (1989)

Momentos metodológicos:

- ✓ Ubicación de conceptos- eventos nucleares críticos en las entrevistas
- ✓ Elaboración de categorías pertenecientes a estos núcleos.
- ✓ Codificación de todas las entrevistas en base a estas categorías.
- ✓ Revisión de entrevistas para detección de conceptos (eventos) que pasan a constituir categorías sustantivas
- ✓ Establecimiento de relaciones existentes entre las categorías.
- ✓ Elaboración de un diagrama conceptual a partir de las relaciones existentes entre categorías.
- ✓ Uso del diagrama conceptual para explicar, entender e integrar en él el resto de elementos presentes en las entrevistas que puedan estar discrepantes o sin sentido.
- ✓ Construcción de modelo final para ser sometido a revisión por parte del entrevistado y de la tutora.
- ✓ Incorporación si las hay de los elementos surgidos en la revisión.
- ✓ Teorización y definición de la situación y visión particular.

Para la interpretación nos apoyamos además en el análisis del discurso por la posibilidad que ofrece para descubrir relaciones y correlaciones entre lo expresado con la palabra y las imágenes del mundo.

Para explicar la utilidad de esta estrategia en nuestra investigación, exponemos lo planteado por Adriana Bolívar en relación al análisis del discurso: “comprender procesos, analizar contenidos y explicar problemas cognitivos sociales y culturales más que lingüísticos” .(2007:27)

El enfoque específico que nos interesa es el del “análisis crítico del discurso” en virtud de los aportes para realizar este trabajo. Al respecto Adriana Bolívar señala:

“El análisis crítico del discurso es uno de los desarrollos del análisis del discurso que ha tomado mucha fuerza en los últimos años porque los analistas reconocen abiertamente su compromiso social y político”. (2007:27).

Como lo afirma Thompson:

“Se puede considerar que todo análisis científico social que cuestiona la pura descripción de los eventos como objetos, y que se concentra más en la forma en que se construyen los significados en la interacción social, es crítico, en el sentido de que toma en cuenta la dinámica social y la lucha por el poder, sea este poder, económico, político, coercitivo, o simbólico”. (Citado por Bolívar. 2007:28).

Hicimos uso de las nociones del análisis del discurso descritas por Bolívar (2007).

- ✓ La noción de contexto: específicamente el referido al contexto social, cultural, político e histórico.

- ✓ La noción de ideología: sistemas de valores y creencias compartidos por los sujetos significantes de esta investigación.
- ✓ La noción de construcción del sujeto: representaciones sociales que tiene el personal de salud, de las mujeres víctimas de violencia de género.
- ✓ La noción de conocimiento: específicamente, la manera como los factores sociales, culturales, e ideológicos, afectan el conocimiento del mundo, y como este conocimiento opera en la construcción de realidades en la vida cotidiana y en las instituciones.

CAPITULO IV

DECONSTRUYENDO/CONSTRUYENDO LA MATRIZ DE ANÁLISIS

Las entrevistas realizadas guiaron el camino para que emergieran los eventos significantes que reflejan las huellas que la hegemonía patriarcal ha dejado en la mentalización del personal médico que labora en atención primaria, tanto como ciudadanos/as, así como profesionales de una ciencia nutrida por el androcentrismo como sustentamos teóricamente a lo largo de esta investigación.

Los discursos revelan las dificultades que estos profesionales tienen, para lidiar con la problemática de la violencia de género, dado el peso cultural que llevan como equipaje en su imaginario social. Aspecto de importancia medular siendo que la violencia de género es considerada un grave problema de salud pública por la afectación que produce a la integridad física y la salud mental de las mujeres, aparte de que las mujeres afectadas acuden con frecuencia a los servicios de atención primaria, para tratar problemas de salud derivados de esta violencia y al presentar la práctica médica debilidades en su accionar, estas se constituyen en barreras para la atención adecuada e inclusive para la prosecución de la denuncia que permita la aplicación de medidas de protección a las mujeres, tal como se señala en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Todo lo anterior se configura en un entramado de circunstancias que hacen del contacto de la mujer víctima de violencia de género con un servicio de salud de atención primaria, una oportunidad perdida para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y evitar la impunidad.

Hemos señalado a lo largo del trabajo que la ideología patriarcal le ha conferido a los hombres el convencimiento de su superioridad y supremacía sobre las mujeres, y que esto lleva a usar la violencia contra ellas como un mecanismo de control y sometimiento que eterniza la dominación masculina, esto a su vez es reproducido y transmitido en la sociedad a través de sus diversas instituciones; en virtud que dichas instituciones funcionan según la lógica de quienes la constituyen, convirtiéndose junto con su personal en instancias donde el sexismo y la misógina gozan de excelente salud.

En consonancia con lo antes acotado, es meritorio mencionar que los estudios feministas han mostrado que la violencia de género es instrumental, para que el patriarcado pueda mantener el poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, requiere de un mecanismo de sometimiento y ese mecanismo es la violencia contra las mujeres el cual funciona como instrumento de control social y dominación. Los aportes del feminismo y de la metodología de género han sido determinantes para comprender esta problemática como lo señala Irma Saucedo González:

“Los estudios realizados sobre violencia desde el feminismo y con perspectiva de género consideran la violencia como un fenómeno social enmarcado por la constitución de las identidades y las desigualdades de género, así como por la devaluación de lo femenino, resaltando el hecho de que la violencia hacia las mujeres está complejamente imbricada en las formas de organización y relaciones sociales que sirven de escenario a situaciones y hechos violentos específicos sufridos por las mujeres sólo por el hecho de serlo”. (2002:267).

Como nos muestra esta investigadora, hablar de violencia de género, lleva a cuestionar el orden social imperante y a revisar el carácter socio

histórico del problema, y las implicaciones que para las mujeres ha tenido la separación de lo público y lo privado, superando las explicaciones de orden biologicista, individual y psicológico para dar cuenta del problema.

Las elucidaciones antedichas soportan el porqué, la ciencia médica responde a la ideología dominante y desde su nacimiento ha mirado a las mujeres como objetos, centrando su interés en la esfera ginecológica y reproduciendo la subvaloración de la mujer como nos ilustra Marbella Camacaro:

“Desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quienes son las mujeres y como deben ser tratados sus cuerpos... sus vidas”. (2010:61).

Así pues reiteramos que la ciencia médica desde su esencia androcéntrica no visibiliza a las mujeres como sujetas de derechos, sus prácticas son instrumentos de socialización que reproducen la lógica patriarcal.

En este estado de cosas y partiendo que trabajaremos con una visión de esa ciencia médica como lo constituye la atención primaria, tenemos la obligación de definir qué significa o como definen a la misma, veamos como la conceptualiza la Organización Mundial de la Salud. Según dicho organismo es: “...la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad y el núcleo del sistema de salud de un país” (OMS 2016).

El concebir la APS, como núcleo del sistema de salud le da un papel protagónico en la garantía del derecho a la salud, así mismo, es la puerta de entrada al sistema sanitario y es el servicio asistencial más próximo que tiene la población; los/as médicos/as que allí laboran deberían con su praxis ser una oportunidad para que las mujeres víctimas de violencia de género puedan ser atendidas adecuadamente. Desde nuestra óptica esta atención adecuada está referida a brindar una actitud de apoyo, comprensión y cuidado que favorezca y permita expresar a las mujeres, lo vivido como víctimas de violencia de género, evitando culparlas o responsabilizarlas y articulando todos los elementos necesarios que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la normativa legal vigente inherente al personal de salud.

***Violencia de género una categorización des-dibujada en el
colectivo social***

A pesar de la fortaleza que tendría que tener el espacio de la atención primaria en salud, el personal médico no es ajeno a la dinámica social imperante y es embebido por la ideología patriarcal, el androcentrismo de la ciencia médica y la medicina tecnocrática, que invisibiliza todo lo que no sea biológico, negando lo social como un poderoso determinante del proceso salud/ enfermedad, generando un marcaje que sólo los acredita para el ejercicio de una práctica fundamentalmente biologicista y que reproduce la lógica dominante.

Esta impronta genera un discurso y una práctica que responde a la ciencia en la que se formaron y a la cultura civilizatoria que sostiene la violencia de género, ocasionando una comprensión sexista de la problemática que niega la violencia de género como un problema de salud

pública, y el espacio de la atención primaria en salud como un lugar privilegiado para ir más allá de la atención al daño físico, y poder accionar en consonancia con la normativa vigente para que las mujeres puedan acceder a los derechos que le corresponden.

Esta imprecación sexista en la lógica del hacer médico fue saturado en los testimonios de nuestra población de estudio, lo ilustraremos con fragmentos discursivos:

“...violencia de género? yo pienso que es el maltrato hacia la mujer o el hombre porque ya violencia de género no solamente es la mujer sino también hacia el hombre”(2)

“...entiendo que violencia de género es la que sufren aquellas personas sea hombre o mujer, que en cierto momento han sido agredidas por sus parejas, en el hogar por situaciones de la vida que a veces uno no comprende”(4).

“...es el maltrato físico, verbal, gestual, que se le pueda dar a una mujer o a un hombre, porque como es de género tenemos que englobar a los dos” (5).

“...es la que se da entre mujeres, intrafamiliarmente, contra los hombres, es la violencia ciudadana que ahorita se vive mucho por la situación país” (6).

“...es la violencia que se realiza contra los seres humanos puede ser verbal, física psicológica, la recibe tanto la mujer como el hombre y los niños a quienes les aplican violencia de todo tipo (...) es igual de frecuente en mujeres y hombres” (7).

“Para mi es una violencia que tiene que ver con diversos aspectos no solamente es la violencia física, sino también la violencia intelectual que puede afectar la integridad en la esfera psicosocial tanto de la mujer como del hombre” (8).

“...la violencia de género son todas esas situaciones que nos llevan tanto al hombre como a la mujer a ser agresivos en cuanto a el habla, el trato, la manera gestual (...)se ve mucho tanto el hombre como la mujer ” (9).

“...es aquel tipo de abuso psicológico y físico que se le da a la mujer o el hombre a cualquier edad, un abuso sistemático que se mantiene en el tiempo y que lleva a fuerte afectación psicológica y también física” (10).

“es todo aquello que agrede física, mental, expresiva, o de cualquier modo a la mujer o al hombre” (11).

Si enfocamos la mirada con atención en los argumentos antes expuestos, se constata que el grupo de entrevistadas\os no entiende la violencia de género como una violencia que sufren específicamente las mujeres; predominando la apreciación estereotipada por la cultura, que esta violencia afecta por igual a mujeres y hombres. Lo anterior nos da indicios para afirmar, que lo cultural predomina en la mentalización de este personal de salud.

En 1993 la Organización de Naciones Unidas (ONU) ofreció la primera definición oficial del término “violencia de género” quedando conceptualizada de la siguiente forma:

"Todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en sufrimiento físico, sexual o daño psicológico o sufrimiento a la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada"1993:05.

Por su parte la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define esta violencia de la siguiente manera:

"La violencia contra las mujeres a que se refiere la presente ley, comprende todo acto sexista o conducta inadecuada que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial; la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado" (2014:27).

Como podemos leer la violencia de género está categorizada como una violencia que se dirige concretamente a las mujeres, y en profesionales en quienes descansa la obligación legal de prevenirla como lo señala la legislación venezolana, es inexcusable una visión mitificada del problema, luego de 25 años de la definición de la ONU.

La violencia de género no es identificada como una problematización de carácter socio-cultural, donde se articulan relaciones de poder y roles de género, para discriminar y violentar a las mujeres. Es notorio la ausencia en el discurso de simbologías, que evidencien las raíces y consecuencias de esta violencia como lo son: el ser una problemática estructural con poderosos mecanismos sociales de legitimación, que se intercepta con otras formas de violencia que también sufren las mujeres, como la violencia de clase, racial o étnica, para producir daños físico, sexual, psicológico o

emocional a las mujeres. El personal médico no identifica que dicha violencia es contra las mujeres porque obedece al lugar que socialmente ellas ocupan.

Con gran pertinencia en este sentido Marta Torres Falcón nos refiere:

“En todas las clases socioeconómicas, en todos los grupos étnicos, entre las personas con discapacidad, entre los ancianos, en el campo o en la ciudad, la situación de hombres y mujeres es distinta. Las diferencias de género atraviesan todas las variantes sociales y redefinen todas las formas de desigualdad social. Aun las mujeres blancas, ricas, cristianas, heterosexuales y del primer mundo están subordinadas a los hombres con esas mismas características; sus oportunidades de desarrollo individual, de educación y de empleo, por ejemplo, no son las mismas. Incluso el indígena que vive en una población perdida donde impere la miseria, el abandono y el hambre ocupa una posición jerárquica superior con respecto a las mujeres de esa misma comunidad”(2001:63).

La autora nos ayuda con sus palabras a comenzar a develar con el apoyo de la perspectiva crítica del género que, estamos ante un problema social complejo que se ha construido a través de procesos históricos de socialización, donde lo femenino/masculino es valorado de forma diferente y al no enfocar la mirada en esta complejidad se niega o minimiza una realidad, como lo es el hecho que a las mujeres se les ha impedido vivir una vida libre de violencia.

Los/as medicas/os, al expresar lo que entienden por violencia de género, no identifican que es una violencia progresiva que acontece en todos los grupos sociales, en ámbitos públicos, privados, con la finalidad de controlar, someter, dominar a las mujeres y que puede llevar a su muerte.

No queremos seguir avanzando sin detenernos a desmenuzar la visión que predomina en este personal, de la violencia de género como un problema que afecta por igual a mujeres y hombres, lo que nos lleva a expresar que, con esta visión legitiman el orden establecido, al entender el problema como algo natural que sufren todas las personas, invisibilizando como las diferencias que se han instituido en la sociedad, se convierten en desigualdades, donde las mujeres están sometidas a relaciones discriminatorias que terminan concretándose en variadas modalidades de violencia contra ellas en todos los ámbitos sociales.

Para ilustrarnos en este sentido leamos lo que Morelba Jiménez García, Jessie Blanco, Susana Medina y Rosalba Gómez nos dicen al respecto:

“Sobre la relación muchas veces confusa entre la violencia contra la mujer y la violencia de género, cabe señalar que parte de la confusión tiene que ver con la definición del concepto de género en cuanto categoría relacional, en la cual se incluye la relación entre hombres y mujeres, expresada en los roles cambiantes de ambos sexos en la sociedad, al no visibilizarse de manera contundente y categórica que la violencia contra las mujeres es producto de la discriminación, subordinación y relaciones desiguales estructurales al sistema cultural patriarcal. Por lo tanto, no es lo mismo la violencia que se ejerce contra las mujeres que la que se pueda ejercer contra los hombres en dicha cultura, porque su lugar dentro de las relaciones de poder no son sólo diferentes y cambiantes sino jerárquicas: a favor de ellos y contra ellas” (2013:28).

Como nos explican estas investigadoras, la violencia de género contra las mujeres es una violencia específica contra ella por su condición de ser mujer, es una forma de instrumentalización del poder patriarcal. Sin obviar el hecho de que hay hombres que sufren violencia, la relación desigual entre

hombres y mujeres se ha sostenido en el tiempo y de forma cada vez más dramática para impactar a las mujeres, no a los hombres, El imaginario social de que es una violencia que afecta a todos por igual en la sociedad lo que hace es contribuir a negar la existencia del fenómeno y cuestionar su carácter de problema social y de salud pública.

Por las características y el propósito de esta investigación queremos dejar sustentado que la violencia de género fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1996 como un problema de salud pública; este reconocimiento fue gracias a la incidencia política de múltiples organizaciones de mujeres que han hecho sentir su voz desde finales del siglo pasado, para obligar a los gobiernos y organismos internacionales de salud a darle atención a la misma. Adicionalmente se han generado evidencias, sobre las graves consecuencias sociales y de salud que esta violencia ocasiona en las mujeres, y el entorno familiar donde ellas conviven.

Dentro de estas consecuencias podemos mencionar los efectos en su salud física, mental, lesiones, discapacidad, generación de trastornos crónicos, y hasta la muerte, lo que conlleva una violación de los derechos humanos de las mujeres. Además como venimos señalando al ser un problema de origen sociocultural, es susceptible de ser modificado y los centros de salud pueden desempeñar una función esencial, al detectar y atender la violencia de género, aspecto al que nos referiremos más adelante en esta disertación.

***No le aguantes...déjalo, ten autoestima...tenle paciencia...mitos
esquizoides de la misoginia***

Continuemos ahora escudriñando el discurso médico para rastrear su imaginario en relación a las causas que forjan la violencia de género contra las mujeres, y leamos como sus palabras contribuyen a reforzar los modelos sociales de género.

No dejemos de lado que al comenzar a recorrer este camino expresamos que este personal tiene un marcaje social que les impide mirar esta violencia como una problemática, que se sustenta, tanto en las relaciones desiguales de poder social y simbólico entre hombres y mujeres, como en las desigualdades productos de las características socio/culturales en las que se desarrollan las relaciones entre ambos sexos; así como en los estereotipos, expectativas e identidades, sobre lo que se supone son los hombres y las mujeres; por lo que no es extraño que sus discursos, reflejan una construcción de la mujer que propicia y mantiene la violencia hacia ella.

Ilustremos esto con los testimonios del personal médico:

...”puede ser por una baja estima de la mujer o el hombre que se sienta violentado”...(2)

“Por una baja autoestima porque uno tiene que aprender y debe de poner sus límites (...) para mí que es una baja confianza en ellas mismas” (2)

...” ella sabía cómo era él, que él, la maltrataba y sin embargo ella soportaba eso, me imagino yo que por baja auto estima”(2)

“yo pienso que la mujer es más débil que el hombre y por eso se da esta violencia de género, ella es más subjetiva, el ser el sexo débil hace que ocurra (...) muchas mujeres se han adaptado a ese ritmo, a vivir así sometidas a lo que el hombre dice y las agreden y vuelven”(4).

...”la violencia se da porque somos más débiles ante el hombre, más vulnerables, tenemos menos resistencia” (5).

“...las amas de casa tienen características que las hacen vulnerables por su tranquilidad y que son mujeres más débiles que las profesionales (...) las que más lo sufren son las amas de casa por falta de educación, Una mujer estudiada no (...) su condición social, mujeres que son pobres o vienen de hogares de pobreza, sin cultura y como le dije antes sin estudios”. (6)

“El maltrato que reciben las mujeres puede deberse a la infidelidad de ellas, también que no atiendan su hogar, que no atiendan a sus hijos, que no sea responsable (...)por celos puede ocurrir la violencia pero pienso que las causa principales de la violencia contra la mujer es la infidelidad y que no atiendan a su hogar y sus hijos”. (7)

“...son mujeres tímidas, miedosas, débiles, he visto que cuando hablas de ese tema tiemblan, no miran a los ojos, son tristes, nerviosas”.(7)

“...mujeres sin educación que no estudiaron que tienen poca auto estima y que económicamente no pueden mantenerse y necesitan del hombre para mantenerse, ese tipo de mujeres son las que sufren violencia y de paso las que reinciden porque no dejan a esas parejas”. (8).

“...la mujer permite esta violencia porque es muy sumisa, hay mujeres que no tienen autoestima y permiten que el hombre las maltrate. (...) mientras ella no tenga una autoestima en la que ella se valore a si misma, ella no puede terminar esa conducta de agresión que tiene en contra porque todo parte de allí”(9).

“...la característica más dominante que tienen esas mujeres es la sumisión y el miedo”(10).

“Son mujeres con la tristeza en la cara, sumisas, incapaces de ver a las personas de frente, de levantar la mirada, se caracterizan por tener mucho rencor” (11).

Como podemos ver, según estos testimonios las mujeres se construyen como: sumisas, tímidas, débiles, frágiles, con miedo y poca autoestima, lo que obedece a la construcción social de género, que se tiene de ellas.

Al respecto, veamos lo que señalan las investigadoras María Delgado, María Sánchez y Paula Fernández:

“...las características que configuran el retrato de la mujer víctima de violencia de género, la describen como una persona débil, dependiente, insegura, cobarde, sumisa y con miedo(...) En violencia de género se evidencia una representación rígida de los roles de género definidos como preceptos referentes a las condiciones idóneas para alcanzar el estatus de lo que socialmente define a los hombres y a las mujeres (...) calificar a la mujer como una persona débil, dependiente e insegura es mostrar una imagen negativa de debilidad, haciendo una atribución de la situación a dichas

características sin comprender el entramado de la relación violenta” . (2012:775)

La construcción de la identidad de género está fuertemente influenciada por aspectos socioculturales que reproducen sistemas de valores, donde se atribuye una superioridad innata a los hombres, y a las mujeres se le asignan atributos de debilidad. Estos estereotipos se transmiten como pautas de comportamiento deseables que reproducen la ideología dominante.

En relación a lo antedicho la investigadora Ofelia Álvarez nos señala:

“... toda persona al momento de relacionarse pone en juego una serie de fuerzas personales (experiencias, confianza en sí mismo, recursos económicos, entre otros) que van a ser utilizados para defender y hacer realidad sus intereses. El problema es que no todas las personas han podido desarrollar o reconocer esas fuerzas, lo que les imposibilita muchas veces hasta la defensa de sus intereses, mientras que a otras se les han enseñado y estimulado a actuar solo para su beneficio sin pensar en las necesidades de los demás”(2006:53).

La autora revela que la sumisión de las mujeres es una sumisión aprendida, porque el sistema necesita esa sumisión para mantener el poder. Sin embargo el personal médico al expresarse, no tiene en cuenta que la conducta sumisa responde a una socialización basada en el género. Por la manera en que son socializadas las mujeres aprenden a dar valor a actitudes de incondicionalidad hacia las necesidades de los otros, por lo que la sumisión y debilidad de ellas, forma parte de su proceso de socialización.

El predominio de una simbología que justifique como causas de la violencia de género, la debilidad, sumisión, baja auto estima y falta de confianza de las mujeres, muestra su sistema de significados, sus creencias y como su formación en la ciencia médica les imprime una ceguera que les impide ver las razones sociales de esta condición de debilidad/sumisión/miedo/inseguridad, que es la asimetría en las relaciones entre mujeres y hombres y la subordinación de las mujeres.

Esta percepción de creer a las mujeres “débiles por naturaleza” tiene connotaciones socio-políticas que no debemos perder de vista para comprender el impacto del modelo patriarcal en la mentalización del personal médico.

Leamos las palabras de la investigadora Ilona Aczel en torno a este señalamiento de la debilidad de las mujeres:

“La debilidad física y mental en relación con el hombre es el rasgo por el que las mujeres son y fueron señaladas como inferiores históricamente en la mayoría de las culturas. A pesar de haber sido entendido siempre como natural, este rasgo es, como todas las otras características del cuerpo y de la personalidad humana, construido y fomentado social y culturalmente.(...)Este proceso lleva años de sedimentación, solidificación y naturalización y, aunque ha variado históricamente, ha legitimado a través de la historia la dominación de las mujeres por parte de los hombres”(2012:01).

Tanto en el pasado como en el presente la sociedad ha sido eficiente en la construcción de esta debilidad a través de sus agentes socializadores, y ha establecido los denominados roles de género, tocándole a la mujer el rol de débil y sumisa.

El personal médico al naturalizar la debilidad de las mujeres también lo hace desde un argumento biologicista/positivista/reduccionista que como hemos mostrado desde otra mirada epistémica, no tiene fundamento, legitimando con sus percepciones, el discurso de dominio de los hombres sobre ellas.

Esta apreciación socio- simbólica de las mujeres víctimas de violencia de género como débiles y sumisas, es un mito que se sustenta por el androcentrismo dominante, el cual hace incomprendible que las mujeres se mantengan en una relación sabiendo que la están violentando y que si ellas permanecen en esa situación es porque son débiles que les perdonan todo al agresor, revictimizándolas, en vez de apoyándolas y entender su situación particular de víctimas.

Consustanciando el análisis anterior sobre el estigma de la debilidad/sumisión femenina, traeremos argumentos de Graciela Ferreira:

“Esto puede decirse solo desde la posición protegida del que opina sin tener una imagen aproximada del virtual cautiverio en el que se hallan estas mujeres y la verdadera fortaleza que despliegan para sobrevivir en dichas circunstancias, tratando de cuidar y criar a sus hijos a pesar de la adversidad. Sacan energía no sabe de dónde para soportar sus malestares físicos y psíquicos y cumplir con todo lo que se espera de ellas. Cuando se les da una real oportunidad de tomar conciencia de lo que las tiene atrapadas y consiguen volcar esa energía en el sentido de su rescate y puesta a salvo, manejando mejor sus miedos y su desvalorización, es conmovedor comprobar la inteligencia y la fuerza que despliegan para luchar por su tranquilidad y la de sus hijos, y uno tiene ocasión de ver que seres excepcionales se estaban desperdiciando y qué hermosos espíritus agonizaban en la degradación y el sometimiento”(1989:162).

Es importante para la intencionalidad de esta investigación, resaltar lo que la autora plantea al expresar que las mujeres para salir de esa condición se les debe dar “una real oportunidad”. Nuestro abordaje de investigación se sustenta en que el espacio de la atención primaria debería ofrecer esta oportunidad a las mujeres, pero la falta de comprensión de esta problemática y la incapacidad para mirar su complejidad, convierten al servicio de atención primaria en salud en un espacio desfavorable para la atención de las mujeres que sufren violencia de género, porque se les priva de los derechos que le corresponden, y que están establecidos en la legislación venezolana.

Ellos son así...esta estresado...ellos toman y pierden la cabeza...mitos de la fraternidad masculina

En el análisis anterior develamos fehacientemente como se piensa a las mujeres en su condición de víctimas, ahora pondremos la mirada sobre la percepción de los hombres y las causas que originan su conducta violenta, para que miremos como quedan estructurados los estereotipos divisorios, asignando a los hombres razones menos desvalorizadoras que las asignadas a las mujeres, acentuando con esto la supremacía masculina, fortaleciendo los mitos en torno a la violencia y eximiendo de responsabilidad al agresor.

Sobre estas explicaciones de la conducta violenta Jorge Corsi nos señala:

“...el desconocimiento de los profesionales respecto a la especificidad del problema de la violencia de género hizo que intentaran explicarla de una manera inadecuada (...) El mayor peligro de asociar la conducta de un hombre golpeador a categorías psicopatológicas, alcoholismo, o algún defecto de la

personalidad, consiste en que cualquier encuadre de este tipo le quita responsabilidad sobre su conducta”. (2002:31)

Lo anterior queda develado en los testimonios del personal médico en relación a las causas en los hombres de la violencia contra las mujeres:

“Las causas más importantes es por los celos y la aplican los celopatas, el alcoholismo y la drogadicción. La cuestión es como el hombre interioriza las situaciones, el celoso ve fantasma. La mujer nunca provoca eso, si el hombre lleva el chip metido en la cabeza, él va a ver fantasma”. (4).

...”el carácter, a veces influye el alcohol, la mayoría de las veces en consulta cuando nos llegan casos es por alcohol, por celos, por falta de comunicación, falta de valores, es un problema frecuente (...) pero no se dice por pena” (5).

“...la situación económica actual, el stress que esto genera, que no tenga trabajo, la falta de amor hacia esa mujer con la que vive, problemas sentimentales, si tienes otra relación de pareja (...)él quiere es estar con la otra pareja, con su amante y no puede, eso incide mucho (...) también el consumo de alcohol, drogas, los celos, el ser mujeriego porque eso le satisface su ego machista, se engrandece y se fortalece”. (6).

“...consumo de alcohol, drogas, por stress, por la situación económica que está pasando, eso altera al hombre porque él es quien debe encargarse de todo lo que se necesita en el hogar y el stress lo vuelve violento”.(7)

“Para mí la principal razón es la económica esta situación que estamos pasando (...)y eso puede ser una razón para agredir a la mujer

porque es como que el hombre por la situación que vive no tiene paciencia (...) las causas de los hombres violentos son el alcohol, pérdida de la comunicación con su pareja , que ya no quiera a la mujer, consumo de drogas, la promiscuidad". (8).

"...el hombre es agresivo de naturaleza, hay hombres que desde pequeños han sido agresivos y ya de adultos aún más entonces por eso aplican la violencia con la mujer (...) otra causa es la drogadicción, el alcohol y la situación económica"(9).

"Las causas son por el consumo de sustancias como alcohol y drogas"(10).

"las drogas, el alcoholismo, celos infidelidad, son las causas principales de que el hombre se haga violento"(11)

Al leer estos discursos resalta el hecho que no aparece en ellos aspectos de causalidad estructural, sino de causalidad individual, invisibilizando las raíces de una problemática que se asienta en una cultura de dominación masculina. Esto a nuestro modo de ver, se erige como un obstáculo que limita el avance en la erradicación de la violencia, por lo que se necesita trabajar para derribar estas construcciones culturales sobre las causas que llevan a los hombres a ejercer violencia contra las mujeres.

En relación a situar las causas de la violencia de género en factores inherentes a aspectos individuales de los hombres, Olga Ariso y Rafael Mérida al hablar de las barreras que dificultan la eliminación de esta violencia nos exponen:

"Existe una necesidad de efectuar una revisión crítica de los mitos sobre la violencia masculina y el perfil del maltratador

que sitúan las causas de la violencia en factores de riesgo añadido como el alcoholismo y las drogas o en factores socioeconómicos de stress y no en las verdaderas causas del problema, mientras alimentan mitos sobre una supuesta naturaleza innata masculina que impulsa a los hombres al descontrol, por ira, celos, las frustraciones, las patologías mentales, los conflictos de pareja, como falsos elementos desencadenantes de unas formas de relación social, al tiempo que construyen y sostienen una supuesta naturaleza masculina que legitima la violencia” (2010:32).

Lo planteado anteriormente indica que se debe cuestionar esta visión de las causas del problema, porque impide comprender los reales determinantes de la violencia de género, y estas creencias se convierten en elementos legitimadores que ayudan a tolerar la misma. Interesa acotar además que existe por parte del personal médico, aceptación y justificación de la conducta violenta, al identificar como causas aspectos individuales relacionados con patologías, consumos de alcohol, drogas, forma de ser de mujeres y hombres, negando con esto la posibilidad de dirigir la mirada hacia los aspectos sociopolíticos y la estructuración de la sociedad como raíces de esta violencia.

Al respecto las investigadoras Marimon Montserrat, Genoveva Sastre y José Hernández exponen:

“Dado que la violencia de género se trata de un fenómeno social hay que tener en cuenta aquellos aspectos del pensamiento colectivo que le sirven de sustrato, como son, entre otros, las relaciones de poder, los modelos sociales de género y sus implicaciones en lo cotidiano, y la forma como dichos aspectos se interiorizan y se transforman en vivencias, sentimientos y comportamientos” (2003:237).

Lo que estas investigadoras plantean es que la violencia de género se nutre de procesos de socialización, donde entran en juego aspectos que no son naturales, sino sociales, como por ejemplo: asociar las relaciones entre un hombre y una mujer con, sumisión, dependencia, celos, o sufrimiento, lo que obedece a construcciones sociales mediadas por modelos tradicionales de género que responden como hemos venido señalando a la ideología patriarcal.

Retomando el hilo de la disertación sobre el discurso médico, el cual presupone que por condiciones “intrínsecas o naturales” a la condición de ser mujeres, tales como: sumisión, debilidad, baja autoestima, éstas son proclives a la violencia de género, lo que conlleva a culpabilizarlas, ocasionando en ellas una doble victimización; situación que lejos de darle resolución al problema, le suma graves consecuencias en la vida concreta de las víctimas y como fenómeno social porque se le culpa a la mujeres de la violencia que recibe.

De víctima a victimaria ... un devastador viraje sociosimbólico

En apartes anteriores hicimos mención a una cuestión cardinal en la atención de este tipo de violencia, la revictimización de las mujeres por parte del personal de salud, por ser de vital importancia se hace meritorio aclarar que entendemos por revictimización, los daños o perjuicios adicionales a los daños derivados por la violencia de género, que se le ocasionan a las mujeres, cuando son estigmatizadas por el personal de salud que las atiende, como responsables de provocar dicha violencia; generando en ellas una violencia adicional, que es la violencia institucional porque se les niega la atención y la protección que deben recibir.

Esta violencia institucional está tipificada en la *Ley orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia*, a la cual nos referiremos más adelante en este trabajo. Conviene insistir que no brindar la atención y la protección requerida y revictimizar a las mujeres, es un acto producto de la impronta social que posee el personal médico; esta revictimización como ya mencionamos, aumenta la carga de violencia que reciben las mujeres, al obstaculizar o no brindar el tratamiento que deben recibir, ocasionando discriminación y limitaciones en el acceso a la salud, la justicia y la protección.

En sintonía con lo antes expuesto traemos las palabras de José Bezanilla, María Amparo Miranda y Jorge González para explicar la victimización:

“La victimización es entendida como un proceso psicosocial, en el que los sujetos victimizados se enfrentan a transformaciones existenciales derivadas de la fractura del proyecto de vida y el deterioro de las relaciones de confianza; sosteniéndose esta condición a partir de las dinámicas de construcción de las relaciones de poder entre los sujetos y el Estado”(2016:22).

Según lo expresado por estos investigadores, la condición de víctima se refuerza y eterniza debido a los mecanismos de respuesta institucional que tiene el Estado para responderles a las mujeres, cuando acuden en busca de atención.

El concepto de revictimización o victimización secundaria como también se le conoce, es un concepto jurídico pero desde el punto de vista de la garantía de los derechos humanos tiene expresión en todos los ámbitos

institucionales y para nosotras es un evento clave en esta investigación porque su existencia limita el apoyo, protección y reparación de los daños ocasionados por la violencia en contra de las mujeres.

Es importante destacar que la revictimización obedece a modelos de género, prejuicios, valores, creencias, estereotipos, entre otros, sumado a la formación académica, que recibe el personal médico y que los lleva a descalificar, responsabilizar y ubicar el origen del problema en las mujeres, y excusando al agresor, obviando la construcción social que reproduce tales conductas entre los géneros.

Le daremos fuerza empírica a las reflexiones que venimos entretrejiendo con los testimonios, los cuales evidencian de forma dramática la revictimización de las mujeres:

“Si claro me ha tocado atenderlas, siempre son mujeres las que llegan y siempre o es que son violentadas por sus parejas y vienen en el momento de la rabia para que uno les dé un informe, pero después como uno trabaja aquí en la misma comunidad, las vuelves a ver con la misma pareja y yo digo entonces..... tanta bulla, tanto informe y vuelves a caer”.(2)

“...ella me hizo caso sólo los primeros días, se fue donde su familia y después a los 15 días se volvió a venir a vivir con su esposo, entonces yo dije: No, a veces es mejor no meterse y mantenerse distante porque uno trata de ayudar y la mujer reincide en lo mismo y uno allí, no hay como canalizar, yo me meto y después la que queda mal soy yo” (4).

“...esas mujeres tienen algo que las hace tener miedo de salir y prefieren quedarse en la situación de violencia, por los hijos o para que las mantengan porque como ellas no trabajan,(...) son mujeres calladas,

introvertidas, tímidas, tu les ves su cara de sufridas con semblante de que son débiles, son de espíritu apagado, son amargadas” (6)

“...hay mujeres ciegas también que se enamoran y aguantan lo que sea, por temor a que van hacer si se quedan solas, son como que miedosas para salir de esa relación” (7).

“...la mujer aguanta la violencia porque nosotras toleramos más las situaciones, somos más llevaderas, tenemos capacidad de aguantar, es como que soportamos mejor el stress”. (8).

“...la mujer se siente inferior al hombre y entonces le permite que la humille(...) en el primer momento en que ocurre la agresión muchas de ellas están decididas a denunciar, pero ya después que van pasando los días ya no quieren denunciar y sigue el circulo vicioso porque están acostumbradas”(9).

“...ellas por miedo y sumisión se abstienen de dejar al hombre y siguen aguantando el maltrato, le dicen a uno: “no doctor lo que pasa es que esto ocurre a veces” es decir justifican a la persona que las maltrata y son incapaces de dejarlo(...) la mujer siente amor por el hombre y si se van por los aspectos legales obviamente le van a dificultar la vida al hombre, yo lo he visto en mi trabajo con los militares que son parejas que aplican bastante violencia”(10).

“Las mujeres son miedosas y por eso se quedan en una relación donde las golpean, les da miedo dar el paso de dejar al hombre que las mantiene”(11)

De estos discursos se desprende que el personal médico no entiende porque la mujer no logra salir de su situación de violencia, cuestionando el hecho de que regrese con su agresor. No logran entender que las condiciones en las que se encuentra la mujer que sufre violencia de género, no se revierten de forma instantánea porque existen determinantes socio-culturales, y condiciones emocionales y físicos que se lo impiden.

En relación a lo antedicho Inmaculada Romero nos ilustra:

“...en nuestra sociedad, la forma de ser y sentirse mujer viene determinada por un estereotipo de “feminidad” tradicional que entre otros rasgos que la definen, incluye la atribución de una importancia fundamental de todo lo relacionado con lo emocional, con las relaciones interpersonales, con el afecto, los cuidados, el apego, y no solo con la creación de estos vínculos sino con la responsabilidad en su mantenimiento” (2004:22).

La falta de formación del personal médico en esta problemática les nubla la mirada para comprender lo complejo de la situación. Las mujeres violentadas están inmersas en un ciclo de la violencia, el cual desde hace muchos años está tipificado en la teoría de la violencia contra las mujeres, por ello, ellas cuando viven situaciones de extrema agresión intentan una ruptura pero vuelven a reincidir, ese comportamiento responde a una caracterización de la violencia de género, la cual la hace específica dentro de los otros tipos de violencia social.

En conexión con lo que estamos exponiendo leamos lo que Morelba Jiménez et al señala sobre este ciclo de la violencia:

“...el ciclo de la violencia tiene tres fases: la primera denominada acumulación de la tensión, la segunda

denominada incidente agudo de agresión o hecho violento, y la última denominada arrepentimiento y comportamiento cariñoso o luna de miel. Estas etapas o fases se repiten una y otra vez, disminuyendo el tiempo entre una y otra y aumentando los niveles de agresión. Los ciclos de agresión pueden presentarse en una pareja en forma regular, o estar separados por diferentes períodos; igualmente, pueden aparecer tempranamente en la relación, o tomar tiempo para aparecer, incluso después de varios años de convivencia. Con cierta frecuencia el fin del ciclo de la violencia es la muerte de la mujer” (2013:32).

El ciclo de la violencia ata a la mujer porque ella no es agredida todo el tiempo, existen fases que son de diferente duración y manifestación, por tanto es muy complejo para una mujer violentada buscar y aceptar ayuda.

Para una víctima de violencia de género el tomar la decisión de romper el ciclo y buscar atención no es sencillo, porque toca fibras internas de su subjetividad marcadas por la cultura patriarcal donde ellas se reconocen ocupando un lugar de subordinación. Cuando acude a un centro de salud sus condiciones emocionales y físicas pueden hacerle parecer renuente, esquivada para asimilar lo que se le brinda como ayuda. Es fundamental comprender esto, para que se pueda avanzar en brindar la atención que ellas necesitan, pero los profesionales que la atienden están impedidos para comprender esta realidad debido al adoctrinamiento socializador y al aprendizaje médico/tecnocrático que sesga en estos profesionales la comprensión de la problemática.

Con gran precisión Marbella Camacaro nos señala:

“En la filosofía del aprendizaje médico, anida una indolencia frente al sufrimiento y la queja, porque la

biologización, la tecnocratización de la ciencia, han consolidado como verdad que lo subjetivo, lo afectivo, lo imaginativo, lo emocional, no requiere atención por parte de quienes asumen la investidura del saber, en nuestro caso los/as médicos/as”.(2012:104).

Retomemos ahora lo que veníamos hilvanando en relación a la revictimización, al hacerlo, no queremos dejar de insistir en que la misma limita el derecho de las mujeres a ser atendidas adecuadamente, hurguemos los discursos del personal médico

“...no sé, ahí debe haber como un miedo de la mujer, miedo a salir adelante sola con sus hijos (...) pero cada quien debe poner de su parte para salir de eso(...) la cuestión está en que si tú lo permites la primera vez vas a reincidir todo el tiempo es cuestión de valorarse y buscar ayuda, vamos a ponerle punto final a esto (...)es cuestión de que ella quiera salir de esa situación de sometida,”(4)

“...le dije: porque regresas si ese hombre te maltrata eres una mujer bonita, puedes estudiar superarte y salir adelante y sabe que me dijo: “yo no tengo trabajo, ni una profesión, como voy a mantener a mis hijos, prefiero seguir con el” le dije que triste que no pienses... cada quien con su manera de ser (...) ella tiene que buscar la solución, la decisión es de ella si quiere salir de eso, sale”.(4).

“Yo he llegado a pensar que a las mujeres les gusta estar en esa situación, porque ellas dicen que se sienten mal, pero que luego eso se les pasa”.(5)

“...cuando se sienta maltratada, la mujer puede poner un alto, lo que se tienen es que atrever a dar el paso; buscar instituciones (...) Yo les he dicho que acudan a buscar ayuda, pero ellas no van, quizás porque no ven que eso las puede ayudar a salir o por costumbre de seguir en la situación de violencia”.(5)

“...criamos al hombre machista y a veces nosotras las mujeres somos las mismas culpables(...) las mujeres tenemos que autoevaluar todo y ser cuidadosas no es lo que decimos sino como lo decimos, para no generar situaciones de violencia, aprender a comunicarnos... la mujer lleva la batuta, ella debe hablar con respeto” (5).

“... las mujeres sufren violencia porque tienen una dependencia enfermiza del hombre, una dependencia mental, hay mujeres que se acostumbran a eso es como si estuvieran enfermas psicológicamente, es una relación de dependencia con ese tipo de hombres, es una relación patológica porque de paso se sienten protegidas y halagadas por esos hombres cuando se reconcilian y luego vuelven a la violencia”.(8)

“...la mujer si no sale de la violencia que sufre es por falta de carácter y determinación, solo tienen que tener voluntad eso te lo enseña la vida, las mujeres tenemos que tener voluntad, de nada sirve lamentarse, tienen que ocuparse y resolver ellas ese problema, esas mujeres tienen que quererse, salir adelante y ocuparse de su problema, querer ser una mujer productiva, no tener una relación de dependencia con el hombre, porque también son seres humanos valiosos y pueden salir adelante”. (8).

“...la mujer sabe que el hombre la maltrata, pero no lo deja ni hace nada para salir de esas situación porque sabe que necesita al hombre para

vivir, yo pienso que si la mujer no tiene ese valor en si misma de acabar con esa situación, ni que venga quien venga a decirle algo, ella dejará al hombre”(9).

“...permitirte a ti que un hombre te maltrate y tú lo vas a perdonar porque es el padre de tus hijos, porque no quieres verlo preso, porque pienses que es un buen hombre aunque te maltrate, justificarlo diciendo: “ él no es malo”, “es que se enojó”, yo nunca como médico he entendido esa actitud de las mujeres”

“...la mujer se acostumbra al abuso psicológico, violento sexual esto es algo totalmente psíquico”(10)

“Las mujeres son miedosas y por eso se quedan en una relación donde las golpean les da miedo dar el paso de dejar al hombre que las mantiene”(11).

Los testimonios del personal médico, expresan su imaginario simbólico, las mujeres víctimas de violencia de género, son vistas como seres saturadas de antivalores que convocan al rechazo por ser responsables o provocadoras de la violencia contra ellas. Mujeres llenas de miedo e inmersas en relaciones de dependencia de los hombres; se soslaya así que la construcción del género como atribución psicológica, cultural y personal les impide accionar como un ser autónomo y libre.

Al respecto Manuel Martínez Herrera, acota:

“... históricamente la feminidad está atravesada por una dimensión óptica de ser para otros, que es donde adquiere sentido vital y reconocimiento de si, por su contribución a la realización de los demás. Esta condición remite a la mujer a una permanente incompletud y la ubica al servicio de una ética

de cuidados, encargada de dar, preservar, proteger y reproducir la vida. Los demás siempre tendrán prioridad sobre ellas vehiculizando su ser femenino en la postergación de sí misma, construyendo su identidad en función de esta relación de servidumbre, sometimiento y dominio históricamente dados. La prohibición de ser para sí, se constituye a partir del surgimiento del patriarcado en un tabú cultural, cuya transgresión es socialmente peligrosa y se vive con vergüenza y culpa, lo cual ejerce una función de control y coerción introyectados bajo la modalidad de mala conciencia” (2007:89).

El autor nos muestra cómo se construye un modelo de feminidad que determina que ellas reincidan en una relación donde reciben violencia de género. Su actitud pasiva es en realidad una imposición cultural y las características que acompañan este modelo, se convierten en un imaginario social femenino que determina, lo que para la ideología dominante, es el estereotipo socio-cultural de las mujeres.

Otra arista bien importante que obvia el personal médico es que el hombre maltratador ha aprendido a través del ejercicio de “ser en sociedad” un modelo de masculinidad expresado en pautas, conductas y códigos que responden a patrones socioculturales donde la violencia es la mejor forma de conseguir el control, dominar a la mujer y mantener el poder.

Este modelo de masculinidad se sustenta en mandatos sociales que a través de diversos mecanismos, ejercen una hegemonía, originando relaciones asimétricas entre los géneros de manera cotidiana y sustentando las inequidades de género.

Para comprender este modelo nos apoyaremos en las apreciaciones de Nicolas Schongut quien acota:

“La masculinidad hegemónica es el sustento del poder que se ejerce desde la superioridad masculina(...) una ascendencia lograda por la capitalización social de ciertos atributos vinculados a determinado colectivo, que permite, avala y legitima el uso de la fuerza sobre grupos e individuos que se encuentran sometidos por quienes sostienen el modelo social hegemónico”(2012: 47).

Esta masculinidad se concreta en un orden social jerárquico donde los hombres dominan sobre las mujeres, siempre en una dimensión relacional donde ellos detentan una superioridad social que se alimenta de la subordinación de las mujeres y asumiendo la redundancia es producto del ejercicio de “ser en sociedad”.

Reforzando este planteamiento, luciremos en el texto las palabras de la investigadora Graciela Ferreira:

“Es preciso aclarar que la violencia recibida por la esposa, quien al quedarse en esa relación pasa a ser una mujer golpeada, no surge del vínculo sino que es traída por el hombre. (...) esa violencia forma parte de una estructura de su personalidad, relacionada con el tipo de educación recibida, las circunstancias familiares, creencias y los mensajes sociales que asimiló, en cuanto a lo que es la masculinidad. Esas tendencias violentas aparecerán en el noviazgo, o en el matrimonio, se dirigirán exclusivamente a su compañera, cualquiera que sea, tenderán a hacerse cada vez más graves. No tiene asidero culpar por lo tanto a la mujer por la conducta del marido; ella no es la causa de los castigos que recibe” (1989:30).

Culpar a las mujeres de la violencia de la cual son víctimas evidencia que el personal médico padece de una ceguera para mirar las razones que las llevan a soportar esa violencia, y a tener serias dificultades para aceptar ayuda.

La autora antes mencionada hace un uso extraordinario de la disciplina de la victimología logrando explicar lo que le acontece a las mujeres y porque le cuesta tanto tomar la decisión de romper este círculo:

“Frente al delito cometido por un familiar, la víctima tiene dificultades para pedir ayuda, entra en un conflicto de lealtades paralizante. No puede adoptar un criterio realista frente al agresor; la sorpresa y la angustia pueden retardar la respuesta o precipitar una reacción no adecuada. No termina de creer lo que le ocurre y no alcanza a implementar defensas o precauciones. Tampoco podrá tomar fácilmente la decisión de denunciar, pues se lo impedirá la culpa de ocasionar la desintegración familiar o de perjudicar al agresor de manera irreparable”(1989:34) .

Las mujeres no están en condiciones emocionales que le estimulen a tomar acciones/decisiones que eviten la repetición de la violencia contra ella, sufre una especie de parálisis que le impide poner límites y que se potencia además, por el desconocimiento de sus derechos personales y legales; podríamos decir que no se reconoce como víctima.

Lo sorprendente es ver como se le carga de culpa a las mujeres y no se advierte o repara en el hecho, que la mujer se encuentra atrapada en un ciclo del que le cuesta mucho salir por múltiples causas, entre las que podemos señalar: miedo a la venganza, sentimientos de culpa y de creerse corresponsable de la situación, vergüenza y temor de exponerse a un proceso legal, entre otros. Cuando acude al servicio de atención primaria en salud, requiere sustento, protección y no prejuicios, requiere que se le estimule para reconocerse como sujeta de derechos y recibir una atención profesional integral, evitando juzgarlas y reforzar con esto, la culpabilidad de las mujeres. El personal de salud debería asumir una actitud comprensiva, y

a la vez estimulante que permita expresar a las víctimas lo vivido, e informar en ese contacto los recursos establecidos en la ley de los cuales pueden beneficiarse las mujeres.

Queremos profundizar un poco más en revelar las aristas de lo que significa la revictimización de las mujeres por parte del personal médico. La violencia de género es un producto concreto de la ideología patriarcal, donde las mujeres están sometidas a relaciones de dominación por parte de los hombres, a pesar de esto el discurso del personal médico es categórico, cuando en sus discursivas dejan explícita y/o implícitamente, apreciaciones valorativas de culpabilidad sobre las mujeres que vuelven con sus agresores, por ejemplo: *“...son mujeres que se comportan como adictas a esa violencia por que la sufren y siguen allí”* *“... a las mujeres les gusta que el hombre les dé, porque vuelven con él”*. *“Las mujeres regresan, se olvidan que las golpearon porque tienen poca fuerza de voluntad”*. *“Las mujeres vuelven por masoquismo volver con ese hombre después que la hemos orientado no es normal”,* *“esas mujeres no se quieren a si misma si se quisieran no volvieran con el hombre y salieran de esa situación”*

Los discursos develan la lógica de dominación de la que este personal forma parte, ejerciendo a su vez, violencia simbólica nuevamente contra las mujeres, al considerarlas culpables de su situación.

En este punto del análisis nos parece apropiado retomar de nuevo glosas de Graciela Ferreira:

“El ataque, el acto violento se origina y parte de quien lo comete, aunque socialmente se tienda a culpar y responsabilizar a la víctima, mediante argumentos parciales y prejuiciosos que funcionan como justificativos (...) Una vez instalada la violencia la mujer trata de evitarla de todas las

formas posibles, recurriendo a todas aquellas conductas que puedan satisfacer al hombre y no darle ocasión de ataque. Este control de los actos, situaciones u objetos puede darle ciertos resultados al principio. Con el tiempo ya no sirve y la violencia se desencadena de todos modos pues no depende de ella sino que los motivos se sitúan en las particularidades de la conducta del hombre violento. Estas ya están estructuradas en su historia, con anterioridad al encuentro de la mujer”(1989:41).

Al culpabilizar a la mujer los/as médicos/as acreditan la insuficiente formación en esta problemática y la incompreensión del fenómeno de la violencia de género, el resultado de esto es la desprotección de la mujer que acude al servicio de atención primaria.

El personal médico que labora en APS, debería tener la formación necesaria por la relevancia de sus actuaciones para romper el ciclo de la violencia. La esencia filosófica de la APS incorpora un enfoque social de la salud, que trasciende lo médico, al estar los servicios de salud ubicados en la propia comunidad, les permite conocer a las mujeres que sufren violencia de género y su entorno familiar, por lo que pueden desempeñar un papel clave en la prevención, detección precoz, tratamiento y orientación de las víctimas de violencia de género.

De victimario a víctima... un viraje fraterno del androcentrismo

Lo que está ocurriendo es que se vulnera el derecho a la salud de las mujeres porque no existe reconocimiento de las desigualdades entre mujeres y hombres y no se ha incorporado la perspectiva de género en las diferentes actividades que se realizan en este nivel de atención.

Lo anterior, incide en el accionar del personal médico, interpretando que si la mujer es la que provoca la violencia, de cierta forma esta se justifica, porque las mujeres que la sufren, van a volver con su agresor. Este sesgo se robustece al creer que existen razones que justifican la conducta violenta del hombre y sirve de pivote para fortalecer en el imaginario del personal médico, que son las mujeres las protagonistas, y responsables principales de la violencia en contra de ellas.

Recreemos el sentido de lo tratado con las palabras y sus sombras justificadoras de la conducta violenta de los hombres:

"...esa situación que tenían con su papá yo trataba de que no se expresaran así de su papá, les decía: el actúa así por el stress, tu papá está pasando por una situación difícil". (2)

..."hay mujeres que provocan esta violencia con su tono de voz y retan al hombre(..) provocamos a los hombres para que nos agredan y después no victimizamos." (5)

..."el estrés de la vida actual, hacen que él este violento, y las mujeres a veces ven esta situación que el hombre va viene trabaja y llega cansado y le exigimos, le decimos: mira hace falta esto, empezamos a presionar para que no falte nada, llevamos al hombre al límite, él se ve sin salida y allí él se pone violento". (5)

"... el hombre es quien lo tiene que resolver todo, eso incide y genera la conducta violenta (...)no es fácil para un hombre tener que mantener una familia con esta situación del país". (6)

“...porque el hombre es fuerte, él es el hombre de la casa el que lleva todo, cuando nosotros invadimos su terreno y también salimos a trabajar, le estamos pisando su terreno y él se ve afectado porque él sabe que está perdiendo la autoridad, está perdiendo poder” (6).

“...una de las razones principales de la violencia es que la mujer irrespete al hombre, yo he tenido pacientes aquí que los hombres están más pendientes de cuidar a los hijos que las mujeres y eso es una falta de respeto porque no cumple con su deber de madre(...) la mujer es la madre y ella da los cuidados principales a los hijos, al no hacerlo eso genera molestia en el hombre y puede ser una de las razones de la violencia, mujeres que no están atentas al hogar también generan que el hombre sea violento”. (7)

“...entonces el hombre va y se descarga con la mujer porque para él no es fácil tener que mantener y hacerse cargo de todo(...) un hombre puede ser violento porque le gusta tener varias mujeres y agrede a las que ya no quiere, un hombre que sea muy celoso, o que sus amigos también apliquen violencia puede ponerse violento”. (8)

“...se ve mucho la agresividad y el maltrato del hombre hacia la mujer por el hecho de como está la situación económica y eso estresa al hombre (...) también hay mujeres que a veces su conducta, su actitud, lleva a que el hombre sea agresivo” (9).

“Los hombres que son violentos con su mujer es porque son criados por sus madres con principios que le dan un poder tanto físico como mental sobre las mujeres”(10)

“suena feo decirlo, pero actualmente la violencia la provoca la mujer, estamos viviendo en una vida donde la mujer se va mucho al libertinaje,

fiestas, salidas, amigos (...) para el hombre las mujeres son para estar en la casa, él no está acostumbrado a la mujer trabajadora, la mujer luchadora, la mujer que echa palante y eso provoca la violencia hacia esa mujer” (10).

Esta justificación de la conducta violenta de los hombres, al creer que la violencia se gesta porque la mujer la provoca, y además él tiene motivos que lo hacen ser violento y que explican su conducta, como: el estrés, situación económica, provocaciones de la mujer referidas a que ella trabaje en la calle o no atienda el hogar o los hijos, entre otras, se encuentran ancladas en la existencia de los mitos en torno a la violencia de género concibiéndose la misma como un comportamiento natural producto de las relaciones “naturales” entre mujeres y hombres.

En relación con los mitos Ney Bensadon señala:

“Como consecuencia directa de la existencia de los mitos los mismos son utilizados por el poder en turno personal y dictatorial o religioso y social, para no reconocerle a las mujeres los mismos derechos de que disfrutaban los hombres, lo cierto es que los mitos se encuentran anclados en los espíritus de las personas, por ello para comprender a un pueblo es necesario conocer su historia, para tratar de comprender el estado actual de los derechos de las mujeres en el mundo(...)En el curso del tiempo, el pasado y confuso conglomerado de mitos ha influido sobre la libertad de las mujeres, siendo la desigualdad de derechos entre las mujeres y los hombres la regla, y la igualdad real de derechos la excepción” (2001: 26).

Los mitos son invenciones humanas, falsas creencias que a fuerza de repetirse se imponen en las construcciones sociales que hacemos de mujeres y hombres, aceptándolos como verdades que nadie cuestiona, erigiéndose como una de las murallas en las que se resguarda la violencia de género.

Para no dejar dudas y ampliar la comprensión del poder reforzador que tienen los mitos dentro de la problemática de la violencia de género traemos las palabras de Reina Baiz:

“Cabría preguntarse ¿Cómo refuerzan los mitos la violencia en contra de las mujeres? Al enraizarse en las personas, en el imaginario colectivo, quienes a través del proceso de socialización tanto a los hombres como a las mujeres, se le transmiten de generación en generación, los diferentes mitos que existen, y los van internalizando hasta el punto de asumirlos como verdades, influyendo directamente en la concepción que se forma del mundo que lo rodea, así como en la actitud que se tiene para enfrentarse a las situaciones que se le puedan presentar, de tal manera, que siendo la violencia de género una problemática de índole sociocultural se encuentra íntimamente relacionada con los mitos”(2011:40).

Coincidimos con la postura de Reina Baiz, pues es más que evidente que los mitos aparecen con fuerza en el discurso del personal médico, y sesgan su praxis al enfrentarse a la violencia de género.

Con la intención de enfatizar lo antes sustentado extraeremos de los discursos presentados con anterioridad, los mitos en torno a la violencia de género que tiene el personal médico.

Dentro de los mitos referidos a las mujeres se encuentran: La debilidad de la mujer, ser provocada por ellas, las mujeres son masoquistas, sumisas, la violencia se produce en mujeres sin trabajo. En relación a los mitos referidos a los hombres se señalan: ser un problema propio de las clases sociales más pobres, ser producida por el stress, celos, consumo de alcohol o drogas.

Todos estos mitos se han instalado como fuertes creencias a través del proceso de socialización que gobierna el patriarcado, y generan consecuencias para las mujeres víctimas de violencia de género.

Dándole continuidad a lo que venimos exponiendo la investigadora Reina Baiz señala:

“Los mitos se instalan en el imaginario colectivo, sin importar edad, sexo, clase condición social, nivel educativo, económico, orientación sexual, a través del proceso de socialización e influyen negativamente en la concepción que tienen los y las diferentes profesionales encargados o encargadas de abordar a las mujeres víctimas de violencia de género, lo que incide en la revictimización”(2011:52).

Las influencias negativas de las que habla la autora llevan a justificar y legitimar la violencia de género, y a reforzar la desvalorización de las mujeres, identificándolas como las responsables principales de la violencia que recibe. Los mitos forman una poderosa matriz social que va moldeando a las personas desde la infancia y posteriormente se expresan a través del pensamiento, religioso, político y científico entre otros. Todo lo anterior lleva al personal médico a poner en práctica acciones que restringen los derechos de las mujeres al acudir en búsqueda de atención.

Una atención médica que despersonaliza y desempodera a las mujeres como sujetas de derechos

El evento de la atención médica, es de especial relevancia en esta investigación dado que, se centra en la relación interpersonal directa que se establece entre el personal médico y las víctimas de violencia de género. La actuación del personal médico en violencia de género viene a significar para

nosotras el conjunto de hechos, conductas, comportamientos, que realiza este personal cuando atiende a mujeres que sufren dicha violencia.

Esta actuación debe tener una comprensión del problema que pase por una actitud empática, comprensiva, de escucha no prejuiciosa, para poder detectar y valorar esta violencia, identificando sus características, consecuencias, y riesgos para la vida de las mujeres, así como el registro y cumplimiento de lo establecido en la normativa venezolana.

La aproximación a significar en que consiste esta actuación, es importante para esta investigación porque lo que hemos rastreado en nuestro trabajo, es que los/as médicos/as de atención primaria en salud entrevistados/as entienden que el desempeño que les corresponde al atender a las mujeres es, darle consejos para que salga de la violencia, que la ayuda principal que deben recibir, es psicológica o psiquiátrica, percibiéndose una priorización hacia centrar la atención de las lesiones físicas, quedando evidente el peso cultural que tiene la creencia, de que la violencia más importante y que más sufren las mujeres son las agresiones corporales.

Testificaciones de lo antes acotado serán los fragmentos testimoniales:

“Tú lo que puedes es ayudar a que ella salga, por lo menos abrirle los ojos de que está bajo influencia de un abuso (...) con tips la mujer puede salir de una situación de violencia de género”(1)

...”uno trata de darle apoyo, uno trata de que las mujeres entiendan de que no deberían ser tratadas de esa manera que te vean como un apoyo y

brindar ese apoyo más que todo psicológico(...) Uno las manda al psiquiatra de la misión médica cubana” ...(2)

“...cuando llega la mujer primero que nada atenderle las lesiones, luego orientarla para que busque ayuda, sobre todo ayuda psicológica”.(4)

“Los médicos lo que hacemos es actuar en el momento cuando llega a consulta, se aborda y recuperamos la lesión, lo que recomiendo cuando una mujer pasa por esto es que vayan al psicólogo, psiquiatra, busquen terapia familiar, para que las mujeres se ayuden ” (5)

“...nosotros no registramos el estado emocional de la paciente y te digo a veces llegan bien afectadas pero eso no lo atendemos ella puede estar en crisis pero solo nos centramos en el daño físico siguiendo un examen cefalocaudal de lo que conseguimos”. (6).

“Lo primero es hablarles y referirlas a otras instituciones para buscar ayuda (...) le hago examen físico le mando tratamiento y hablarles para que la mujer se abra y cuente todo”. (7).

“...nosotros somos profesionales de la ciencia y lo primero es hacer una buena anamnesis y un buen examen físico para detectar lesiones”. (8).

“...se le atiende la parte medica inclusive hay casos en que hay que referirla, uno les habla y las refiere al psicólogo porque todo parte de allí, el apoyo psicológico es muy importante” (9) .

“...hacer un examen físico y debemos describir todas esas lesiones presentes(...) yo trato de que se sientan en confianza conmigo, las examino, se le coloca su calmante en caso de dolor, trato de que se sientan resguardadas, se refieren a la consulta psicológica ”.(10).

“Al sentarse en la silla uno inmediatamente las identifica, atender las lesiones de violencia física que siempre son en la cara, con el sólo hecho de verle el hematoma, ya sabes como médico lo que pasó (...) lo que siempre hago, es primero la interrogación, le pregunto desde cuando sucede, trato de subirles la estima, trato de aplicarles psicología, trato de ayudarlas en el aspecto emocional porque es donde ellas se encuentran más afectadas” (11).

A través de estos testimonios se demuestra una actitud humana del personal de salud en el sentido que expresan que deben apoyar y escuchar a las mujeres pero no demuestran que tiene conciencia de su papel decisivo y protagónico en hacer entender a esas mujeres que son violentadas en sus derechos humanos, persuadirlas de su necesidad de denuncia porque es una violencia que es penalizada jurídicamente, de empoderarlas en la necesidad de salir de esa situación, la cual no se justifica bajo ninguna excusa.

El consejo y el apoyo como lo percibe el personal médico puede reforzar la permanencia de esa víctima en esa situación en nombre de prejuicios sociales hacia las mujeres tales como: que la mujer debe soportar la violencia por los hijos o para mantener el matrimonio.

Para ampliar la comprensión de la actuación del personal de salud, nos apoyamos en las palabras de: María Neusa, Rosa Godoy y Rebeca, Nunes:

“... los profesionales de la salud llevan para lo cotidiano de las prácticas profesionales la construcción de las identidades de género, revelando una atención muchas veces impregnadas de prejuicios y reiteración de las desigualdades. Esa construcción, determina la subjetividad del profesional influenciando el modo de reconocer y

enfrentar los problemas, pero, antes de todo, ella resulta de un proceso histórico e ideológico impregnado de un referencial androcéntrico que se encuentra en toda la estructura social” (2011:3).

En esta misma línea de ideas, en los discursos de estos profesionales también se devela la psiquiatrización de un problema que como hemos dicho repetidas veces es de raíces de la cultura social/patriarcal, cuando dicen: *“brindar ese apoyo, más que todo psicológico”; “uno las manda al psiquiatra de la misión médica cubana”, “orientarla para que busque ayuda, sobre todo ayuda psicológica”, “lo que recomiendo cuando una mujer pasa por esto es que vayan al psicólogo o psiquiatra”*. Esta tendencia a la psiquiatrización de un fenómeno social viene dada por la episteme de la ciencia biomédica que les nutrió su formación. El afán por patologizar responde además a la racionalidad científica del modelo médico, que los lleva a dar respuesta a problemas que se le presentan en el ejercicio de su profesión, en función de su visión de la realidad, legitimando nuevamente, con este accionar el orden social establecido.

En este sentido Marbella Camacaro nos aporta:

“Son evidentes las implicaciones que la racionalidad científica del modelo médico tiene en la conformación de la mentalidad del cuerpo médico, en tanto legitiman argumentos que se soportan solo en una visión reducida de la realidad”(2010:170).

Como señala la investigadora, la profesión médica está marcada por un modelo de producción de conocimientos, la ciencia médica que convalida los conceptos dominantes en torno a las mujeres, y esto impacta lo que hacen o dejan de hacer los (as) médicos(as) cuando las mujeres acuden a los servicios de atención primaria en busca de atención.

Para señalar aún más el dramatismo de patologizar a las mujeres pedimos aquiescencia para volvemos a apoyar en Graciela Ferreira para revelar que el deterioro emocional que puede presentar una mujer víctima de violencia de género, y que por supuesto ameritaría atención de su salud mental es realmente una consecuencia de esta violencia.

“Hay una tendencia muy marcada a patologizar todo lo que no se entiende o se sale de lo conocido. Además (la mujer) si llega a parecer enferma por su aspecto, su manera de expresarse o sus actitudes hay que tener en cuenta que no se deben confundir las consecuencias y el deterioro de una mujer golpeada, debido a su situación, con su personalidad previa al comienzo del desastre marital.

Una mujer golpeada atiende su casa con afán para no recibir críticas o castigos. Pone esfuerzo en todo lo que hace. Es cumplidora en su trabajo aunque por dentro se sienta morir. Anda con los chicos a rastras atendiendo sus necesidades aunque ella este débil o deprimida. Alguien loco o enfermo no podría sobrevivir en las circunstancias que ella atraviesa, en las que debe prestar tanta atención y poner tantos recursos en acción para disminuir al máximo el riesgo de los episodios violentos”(1989:162).

La autora desnuda así las dificultades que existen para comprender la complejidad del fenómeno de la violencia, y el reto que se tiene para brindar la ayuda adecuada a las mujeres cuando acuden a un servicio de atención primaria, a donde llega en muchas ocasiones física y emocionalmente exhaustas porque no ha conseguido la atención que su situación requiere por derecho.

Dentro de este evento referido a la actuación del personal médico, en relación a la atención de las víctimas destacaremos otras aristas del mismo

problema, nos referiremos al desconocimiento relativo a la obligación legal de denunciar los casos atendidos durante su consulta en los centros de salud de atención primaria.

A través de las entrevistas quedó saturada la información vinculada a que en dicho personal priva la impronta cultural que “meterse o no meterse” es una decisión personal, dicha impronta hace nido en el colectivo social, porque se entiende que la violencia de género es un problema entre marido/mujer, de ámbito privado; sin embargo, hoy por hoy, el personal de salud constituye un tipo de funcionario/a el cual por razones éticas y legales tienen la obligación de registrar y denunciar.

Así mismo a través del intercambio dialógico quedó al descubierto, aspecto que trataremos con mayor profundidad más adelante, que no registran formalmente los casos atendidos, lo cual sumado con su desconocimiento de la obligación de denuncia hace que este tipo violencia descansa en la oscuridad colectiva.

Leamos las palabras que dan veracidad a nuestra disertación anterior:

...”uno cuando se entera dice: bueno me meto o no me meto porque son cosas mayores”(...) uno no sabe cómo va a reaccionar la otra persona. A la mujer uno la atiende y la orienta, pero el hombre puede pensar por culpa del consejo y orientación de esa Dra. mi mujer tomó una decisión y me separe y luego ese hombre venga contra uno” (4).

...al pasar los días el caso queda allí, no hay seguimiento al núcleo familiar se describen las lesiones en que región pero no podemos colocar que eso fue producto de un golpe o agresión de su pareja (5).

“otro problema es que no registramos la violencia, ni el maltrato infantil, entonces como le das salida al problema si ni siquiera se registra, sabiendo que existe, bueno igual sucede con las mujeres; si tu no lo colocas no registras eso como violencia de género, como tienes entonces una estadística, se coloca traumatismo, politraumatismo, ese diagnóstico de violencia de género está en los registros mensuales de epidemiología, los epi 15, pero nosotros no lo reportamos en la morbilidad diaria. Ahora por algo existe, pero no se reporta, creo que el Ministerio de Salud no lo ha sacado a flote ni se ha puesto énfasis en esto, porque no le da importancia. Porque no nos importa, será que no se ve relevante aunque nosotros la vemos día a día, nadie actúa, llámese secretario de salud, coordinadores de programas, nadie actúa, será que a nosotros, no nos escuchan; no sé, no tengo respuestas, en algún momento se tendrá que tomar acciones (...) debe ser que pensamos que las enfermedades importantes son diabetes, hipertensión, las cardiovasculares y lo demás no sirve.” (5)

“...sería más fácil si el personal de salud tuviera sensibilidad y al identificar la violencia la ayudara, pero con mucho cuidado porque te puedes meter en un tremendo problema (...) yo siento que no estamos preparados para atender esos casos y por lo general a esos casos cuando llegan les sacamos el cuerpo” (6)

“...hay colegas que no les gusta atender estos casos para no involucrarse en problemas porque vienen con familiares que son groseros (...) nosotros aquí no llevamos registros, esos casos no se registran, ni esos, ni otros problemas de salud. Nosotros aquí no registramos esos casos y bueno ya usted sabe hay sub registro de paso los consultorios populares tampoco lo registran”. (8)

“En los registros de morbilidad no aparece la violencia de género, aquí registramos son las lesiones físicas y si la mujer quiere un informe nos limitamos a describir el estado físico de la paciente” (9)

“...se registran los traumatismos la lesión física como tal, por ejemplo fractura, traumatismo en tal zona. Esto es lo único que si se puede registrar de resto no se puede colocar más nada. En los registros epidemiológicos que llenamos no aparece la violencia de género y por eso no la registramos, aparecen puros diagnósticos médicos (10)

“...si tu revisas no hay ningún informe donde se registre la violencia de género, al contrario la violencia infantil, los niños maltratados, eso si se registra, de hecho nos dicen: cuando hay un niño maltratado deteno allí mientras vienen los de la LOPNA, pero con la mujer no existe y debería de existir porque esa violencia nos puede llevar a una muerte y ha sucedido. La paciente te llega con un maltrato físico, viene, se le coloca un calmante y así mismo se va, nosotros no hacemos nada. Que pasa de esa puerta para afuera... no sabemos” (11)

Lo que hemos expresado con anterioridad no es para ser desestimado, puesto que estamos confrontando una realidad con dos expresiones que no terminan de materializar en lo concreto los derechos humanos de las mujeres. Por un lado, el Estado se postula como garante de los derechos humanos de las mujeres, y por otro lado obstaculiza y establece prácticas de atención que limitan el acceso y disfrute de estos derechos; es a estas dos expresiones de la realidad a las que nos referimos, cuando afirmamos que la existencia de esta antinomia se levanta como una

poderosa fortaleza que impide que se reconozca por parte de personal médico, las dimensiones, características y raíces de la violencia de género y se pueda concretar un abordaje efectivo de la problemática; pero lo más dramático de todo es el impedimento para que las mujeres tengan la atención que merecen por derecho.

En este punto de nuestra disertación se hace necesario afirmar que el personal médico con su actuación, se constituye en agentes socializadores que refuerzan la impunidad y las desigualdades que afectan a las mujeres. Al expresar esto queremos señalar que las omisiones de su práctica de atención representan un poderoso contribuyente social para que las mujeres continúen sometidas al espiral de violencia. Como hemos señalado en las menciones referidas a la ley, existe un artículo que norma la obligación que tiene el personal de salud de notificar los hechos de violencia de género, nos referimos al artículo 57, el cual establece lo siguiente:

“ El personal de salud que atiende a las mujeres víctimas de los hechos de violencia previstos en esta Ley, deberá dar aviso a cualesquiera de los Organismos indicados en el Artículo 71 de la misma, en el término de las veinticuatro horas siguientes por cualquier medio legalmente reconocido,

Este plazo se extenderá a cuarenta y ocho horas, en el caso de que no se pueda acceder a algunos de estos órganos por dificultades de comunicación.

El incumplimiento de esta obligación se sancionará con multa de cincuenta (50 UT) a cien (100 UT) por el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa”(2015:55).

Cuando leemos los discursos del personal médico referidos al desconocimiento de lo que establece la ley, se hace lógico pensar que los

actos de violencia que han sufrido las mujeres atendidas por este personal han quedado en la impunidad, lo que contribuye a perpetuar la aceptación de esta violencia, reforzando como ya expresamos la ideología del patriarcado.

Leamos lo que Marbella Camacaro, María Naranjo y Karina AbouOrm, nos exponen:

“El desconocimiento por parte del personal de salud en su obligación de denuncia no sólo impide la prosecución positiva del problema sino que agrava la impunidad en la violencia de género, lo cual es considerado uno de los obstáculos más difíciles de solucionar relativos a este tipo de violencia”. (2015:29)

En concatenación con este planteamiento nos apoyamos en el informe de Naciones Unidas sobre el estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer del año 2006.

“... la impunidad por la violencia contra la mujer agrava los efectos de dicha violencia como mecanismo de control de los hombres sobre las mujeres. Cuando el Estado no responsabiliza a los autores de actos de violencia y la sociedad tolera expresa o tácitamente a dicha violencia, la impunidad no sólo alienta nuevos abusos, sino que también transmite el mensaje de que la violencia masculina contra la mujer es aceptable o normal. El resultado de esta impunidad no consiste únicamente en la denegación de justicia a las distintas víctimas/sobrevivientes, sino también en el refuerzo de las relaciones de género reinantes y asimismo reproduce las desigualdades que afectan a las demás mujeres y niñas...” (2006:06).

La omisión de aviso, al no denunciar genera consecuencias negativas y nos llama como sociedad a pasar del reconocimiento formal de los

derechos humanos de las mujeres, a la creación de garantías para su real y efectivo ejercicio.

Todas estas prácticas de acción u omisión por parte del personal médico, en los momentos que las víctimas demandan de su atención, constituyen un tipo de violencia institucional. Al decir esto, lo hacemos desde un compromiso ético, moral y político que tiene asidero en la legislación venezolana en materia de derechos de las mujeres al ser atendidas en un centro de salud.

Por violencia institucional en materia de violencia de género entendemos la brecha que se presenta entre lo que debe y esperan recibir las mujeres cuando acude al centro de salud, y lo que se brinda desde lo instituido en estos centros. Cuando esta brecha es amplia y lo instituido suplanta a lo que está estipulado para la atención de las mujeres, esta atención se convierte en causa de más sufrimiento, porque las somete a continuar exponiéndose a la violencia y le impide el derecho a tener respuestas oportunas que puedan protegerla y apoyarle .

Se trata así de un mecanismo complejo, por medio del cual el personal médico que atiende a las mujeres que sufren violencia de género tiene la potestad, no solo de reparar el daño físico, sino de identificarla o no como víctima, para que se activen mecanismos de protección y canalización dentro del centro de salud y a nivel de otras instancias. Si esta identificación no ocurre, o se generan comportamientos que explícita o simbólicamente culpabilizan a las mujeres de la situación de violencia que sufren, el resultado es que se aumenta la carga de violencia que la mujeres están recibiendo, tanto por parte del agresor, como por parte del personal médico que las atiende, porque no se activan los mecanismos de denuncia y protección.

Para ayudarnos a comprender esta suma de violencias contra las mujeres nos apoyamos en José Bezanilla, María Amparo Miranda y Jorge González:

“... Las instituciones de cuidado convocan al deseo y poder de curación y reparación, lo que las coloca ante la posibilidad de un ejercicio de poder sobre la vida y la muerte, la rehabilitación o la exclusión, lo que se conforma como el nudo de conflicto primario entre el deseo de curación y el prohibido de destrucción. Resultando a partir de la manera como se dirima este conflicto, la forma que tomará, la estructura y funcionamiento de la institución (...) el rasgo mas corriente de sufrimiento de origen institucional, es que es producido por un mal funcionamiento de la institución misma, su organización instaura una distancia insuperable, entre la tarea, la formación que exige y los medios disponibles para realizarla”(2016:05).

Por todo lo develado hasta ahora, es claro que el funcionamiento de los centros de salud de atención primaria está estructurado para el ejercicio de una pseudo atención, referida en palabras del personal médico como “el centrarse en la reparación del daño físico” y culpabilizar a la mujer de la violencia que recibe, esto denota una falta de formación para atender esta problemática, y produce sufrimiento de origen institucional, debido a la brecha que mencionábamos con anterioridad entre, lo que se brinda y lo que está estipulado, debe recibir la mujer cuando acude a un centro de salud.

La mejor argumentación para sustentar los párrafos anteriores la encontramos en la ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su artículo 54 :

“Quien en el ejercicio de la función pública, independiente de su rango, retarde, obstaculice, deniegue la

debida atención o impida que la mujer acceda al derecho a la oportuna respuesta en la institución a la cual esta acude, a los fines de gestionar algún trámite relacionado con los derechos que garantiza la presente ley, será sancionado o sancionada con multa de cincuenta 50 (U.T) a ciento cincuenta 150 (U.T) .

El tribunal competente remitirá copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al órgano de adscripción del o la culpable, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”(2014:54).

En este artículo se establece que las prácticas de atención instauradas en los centros de atención primaria tienen la obligación de dar la debida atención al problema, y no impedir que las victimas tengan una respuesta oportuna por parte de las instituciones que les corresponde esta responsabilidad.

Esto lo expresamos, porque lo develado hasta ahora indica que la actuación del personal médico, no se corresponde con los derechos que garantiza la ley a las mujeres, cuando acuden a un centro de salud. La inoperancia en la elaboración del informe médico legal, y la denuncia, afecta la debida protección y seguridad de la vida de las mujeres. Si ellas deciden denunciar no encontraran al acudir a un servicio de atención primaria el apoyo requerido.

Leamos lo que Morelba Jiménez García et al, nos señala al explicarnos la ruta crítica que recorren las mujeres cuando buscan atención institucional y deciden denunciar:

“...la violencia institucional, que sufren las mujeres cuando deciden denunciar se convierte en un factor inhibitorio muy lamentable porque a pesar de que en nuestro país existen instrumentos jurídicos que protegen los derechos de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la falta de

sensibilización genera lo contrario al propósito de la ley, esto es, retardar o en el peor de los casos hacer que las mujeres se alejen cada vez más del proceso de denuncia”(2013:72).

Hasta ahora hemos venido dilucidando todos los aspectos relacionados con la manera de actuar del personal médico frente a la violencia de género, para seguir desbrozando el camino de este análisis pasaremos a hurgar sobre el conocimiento que nuestra población en estudio tiene, en relación a las atribuciones y competencias que están claramente establecidas en los instrumentos jurídicos.

***Una ley con episteme de mujeres...postergada por la indiferencia
médica/social y del Estado***

Al inicio de esta investigación hicimos énfasis en mostrar la especificidad de los artículos que tienen que ver con las competencias atribuidas al personal de salud, para comprender la urgente necesidad del cumplimiento de la normativa establecida. Así mismo destacamos que la aprobación de la normativa vigente, ha sido un logro a favor de las mujeres que sufren violencia por el hecho de ser mujeres, tanto en el ámbito público como privado, una oportunidad para otorgarles a ellas, el derecho a ser libres de todas las formas de violencia y discriminación. Sin embargo a pesar de haber sido aprobada hace 11 años y de contener atribuciones y competencias que le corresponden al personal de salud, éste, desconoce las obligaciones que la ley establece para ellos y ellas, llegando a desconocer la existencia de la misma.

Queremos insistir en la importancia que tiene el contacto de las mujeres víctimas de violencia de género con los servicios de atención

primaria en salud, la insistencia en este aspecto radica en que estamos convencidas que es posible que ese contacto sea el primero, o el último para una mujer violentada en sus derechos, en esa valiosa oportunidad el personal médico debe diseminar todo lo necesario para se puedan aplicar medidas de protección, garantizar el derecho a la salud y evitar la impunidad. Este proceso de atención se constituye además en la acción del Estado para atender una grave problemática de la sociedad, toda vez que la violencia de género está tipificada como un problema de violación de derechos humanos de las mujeres.

Al expresar esto queremos ser contundentes en que, no se trata de cualquier atención médica de rutina referida a reparar el daño o lesión, sino que estamos hablando de responsabilidades específicas, y criterios de actuación, señalados en la normativa legal vigente, y enmarcados en la política pública de atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

La importancia dada a este espacio de la atención primaria en salud, tiene que ver porque visualizamos que el mismo debe constituirse en un referente para la aplicación de la ley, un espacio para el acto positivo de volcar en ese contacto de la mujer con el servicio una atención adecuada, un desafío para el personal médico, que debe demostrar compromiso socio-ético y político con las mujeres violentadas, una puerta de entrada a recibir una respuesta integral del Estado a una necesidad individual de atención, un espacio para no reproducir ni perpetuar la violación de los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género; por todo esto, las actitudes, acciones, opiniones del personal médico son de especial relevancia.

En Venezuela en el año 2007, se aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, es una ley de carácter

orgánico por lo que sus disposiciones prevalecen sobre otras leyes. La misma desarrolla principios en materia de derechos humanos de las mujeres y recoge los lineamientos de los tratados internacionales en la materia, que nuestro país ha ratificado.

Refrescando lo tratado sobre esta ley en el marco teórico, queremos señalar que esta ley tiene artículos específicos dirigidos al personal de salud, en el capítulo III, se encuentra el artículo 14 que define la violencia de género, y el artículo 15 que explica los tipos de violencia. En el capítulo IV, dirigido a las políticas públicas de prevención y atención, artículo 27, se encuentran las competencias que le corresponden al Ministerio del poder popular para la Salud. En el capítulo V, artículo 35 dedicado a la atención de las mujeres víctimas de violencia, se establece lo referido al certificado médico. En el capítulo VI, que trata sobre los delitos, se encuentra el artículo 57, que corresponde a la obligación de aviso que tiene el personal de salud, cuando atiende a mujeres víctimas de violencia de género.

Es importante destacar que el desconocimiento de esta normativa, origina dos hechos, el primero las sanciones dirigidas al personal de salud que se sustentan en no cumplir con su responsabilidad y obligaciones al atender a las mujeres víctimas de violencia de género. El segundo y más importante para nosotras, la violación de los derechos de las mujeres, lo que se convierte como ya señalamos en una barrera para la atención adecuada e inclusive para la prosecución de la denuncia que permita la aplicación de medidas de protección a la mujer.

Ilustremos este desconocimiento con los discursos del personal médico:

“...en realidad no conozco que exista, una ley como tal no” (1).

“...la verdad que no conozco la existencia de una ley para esta violencia”.(2)

“Si existe una ley, pero uno como médico, yo para ser sincero, no conozco la ley con exactitud, pero si tengo conocimiento que existe una ley” (3)

“...si la hay, yo he escuchado algo pero no sé nada así que le pueda decir específico.(...) no si le digo miento no sé nada de eso, no manejo la ley”(4).

“Si hay una ley, cuando estábamos estudiando salud pública nos hablaron de todas las leyes, pero no recuerdo nada específico, recuerdo que había algo de que estábamos obligados a denunciar, y había como unas acciones, pero eso no se cumple creo que es para no vernos involucrados en un problema mayor y lo dejamos hasta ahí”.(5).

“...si hay una ley de la mujer pero me da pena no me pregunte en detalle porque no la conozco ni sé de qué hablan sus artículos” (6).

“...la verdad, sé que existe una ley, he oído algo por ahí de ella, pero no conozco nada de la misma” (7)

“Si sé que hay una ley, pero no conozco en detalles, no tengo bases para hablar de esta ley y no voy a mentir (...) no sabía que esa ley tenía artículos para salud pensaba que era solo para la parte judicial” (8)

“...en verdad desconozco como se llama y de que trata pero si se que existe una ley contra la violencia (...) sé que la ley va en contra del maltrato hacia la mujer pero no sé si aplica a nosotros como personal de salud ” (9)

“Voy a ser honesto, sé que existe una ley pero no la conozco”(10).

“Sé que existe una ley, pero no la conozco, quizás no me he interesado en conocerla o estudiarla. En realidad nosotros, no nos hemos interesado o no hemos captado que la violencia de género es un problema o no hemos captado la gravedad del problema (...) Eso es lo que pasa, existen las leyes, existen las instituciones y nosotros ni siquiera estamos al tanto como médicos de donde vamos a canalizar a la paciente cuando nos llegan”(11)

Queremos detenernos un poco en el significado que tiene el hecho de que el personal médico no conozca la ley, ni las obligaciones que la misma establece para ellos. Podemos afirmar que este desconocimiento desviste una realidad que no debemos obviar porque muestra una vez más, como la sociedad y sus instituciones se organizan para reproducir la ideología dominante, que niega el goce y disfrute de los derechos de las mujeres.

Este orden simbólico es muy eficaz para perpetuarse, no es casual que a 11 años de haber entrado en vigencia la ley, y a 4 años de sufrir una modificación, exista desconocimiento en un personal que es clave para atender, prevenir, y erradicar la violencia contra las mujeres. Cuando se lee la exposición de motivos de la ley nos encontramos con una definición de construcción en Venezuela, de un modelo de sociedad donde es fundamental erradicar los valores, creencias y prácticas que han mantenido la desigualdad entre los sexos y que se busca dar cumplimiento a un mandato constitucional de garantizar por parte del Estado, el goce y ejercicio irrenunciable e interdependiente de los derechos humanos de las mujeres; pero la realidad es que no se ha dado cumplimiento a los planes establecidos en la misma ley para informar, sensibilizar y concientizar al personal que

labora en las instituciones de salud y a los que les corresponde la competencia de atender a las víctimas de violencia de género.

Para comprender la magnitud de lo que representa este desconocimiento, detengámonos en los siguientes fragmentos discursivos del personal médico vinculados con la cuestión del certificado médico que debe ser expedido para las víctimas:

...”es un informe médico para ver cómo se encuentran ellas, como las dejo el tipo después de la paliza, es un informe para enviarlas al médico forense, uno lo hace y lo reporta en el cuaderno de eventualidades ese informe que uno elabora se lo remite al médico forense (...) nosotros pensamos que tiene más validez si el informe va respaldado por el médico forense” (2)

...”la propia paciente le solicita a uno un informe para acudir a los cuerpos de seguridad que muchas veces no procede”...(3)

...”en relación al informe si la fémina quiere va al CICPC y toma acciones legales pero este informe que yo hago es para que vaya al forense, porque creo que el que yo hago no tiene la misma validez” (3).

...” decirles donde deben ir, aunque no tengo información exacta a donde deben ir pero he escuchado eso”.(4)

“si es médico legal no, porque como fue agredida debe pasar por un médico forense para que le vean las lesiones, si me lo pide yo la mandarí a medicina forense”(4).

“al llegar la mujer escuchamos lo que ella nos dice mas no podemos poner todo eso en el reporte porque la ley nos limita, nosotros hacemos el

informe solamente escribiendo lo que vemos, le explico en el momento que nos llega la víctima uno reporta solo lo que ve como médico, imagínate que no podemos poner ni siquiera que fue agredida por su pareja, por ejemplo en el ambulatorio del Norte existe un protocolo que nos explican cuando uno entra a trabajar para saber cómo atender los casos que llegan por consulta de agresiones o violencia y nos dicen bien claro que eso lo pone el forense, no nosotros”(5).

...”los mismos agentes o policías que a veces acompañan a la mujer nos dicen que ella debe ir al forense y él es quien debe tramitar la denuncia (...) nos dicen que eso no es incumbencia de nosotros que eso es algo legal, nosotros solo atendemos la lesión. Debemos colocar en ese informe, que se sugiere acudir o valorar por médico forense”.(5) .

“...si ella lo pide o quiere denunciar si no uno no hace nada porque te puedes meter en problemas (...)es que hacer esta denuncia no nos compete es delicado eso le toca a la mujer que es la afectada o a sus familiares” (6).

“...solo nos toca dar sus órdenes médicas y si es algo médico legal eso le toca es a los médicos forenses no a nosotros, de hecho en los casos que yo he atendido ni siquiera me lo han pedido las mujeres o los familiares”.(7)

“También hacemos un pequeño informe pero solo si vemos lesiones físicas evidentes y si el acompañante lo pide, a veces vienen con policías que llamaron y fueron a la casa para separarlos por el pleito y entonces el policía nos dice que lo hagamos o el familiar para ir con eso al médico forense” (8).

“...la mujer debe ir primero a un médico forense que redacta un informe más completo. Es el deber ser en caso de que vaya a lo legal” (9)

“Si la mujer nos pide un informe lo hacemos nosotros y lo sellamos por la institución médica y con nuestro sello de médico, claro tiene que ser totalmente imparcial, nosotros no debemos allí dar testimonio de que fue golpeada, describimos son los traumatismos físicos. Si ella quiere denunciar ellas tienen que ir al forense aparte para que verifiquen las lesiones que nosotros encontramos” (10).

“...si ella manifiesta que necesita un informe uno se lo realiza, es un informe donde se describen todos los maltratos que trae y ellas con ese informe se dirigen al forense para luego formular la denuncia” (11).

Los testimonios de medicas/os atestiguan fehacientemente el grado de desconocimiento sobre la obligación de certificar las condiciones físicas y emocionales de las víctimas, e inclusive de hacer constar la posible inhabilitación que la agresión cause en ellas. En su mentalización todavía subyace que sólo la certificación de la medicatura forense es la acreditada para validar la condición de las mujeres. La razón por la cual en los actuales momentos la certificación médico forense no tiene la validez legal del pasado, es para hacer más expedita la ruta de la denuncia y lograr mayor eficacia en la resolución del problema.

Lo que está ocurriendo en los servicios de atención primaria es una falta grave del Estado, porque ha incumplido su obligación de capacitar a este personal en relación a la ejecución de la Ley. Las/os médicos/as fallan en prevenir y erradicar la violencia de género, por el desconocimiento que tienen de la normativa. La ley es clara en cuanto al papel que les

corresponde y las responsabilidades que les compete, pero al leer estos discursos es indudable el menoscabo de los derechos de las mujeres.

Vamos a insistir en lo que establece la ley con respecto a la elaboración del informe médico legal, recordemos como ya expresamos al inicio de esta investigación que, la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia sufrió una modificación en el año 2014 y allí se especifica en su artículo 35, la obligación que tiene el médico o la médica de efectuar un diagnóstico, dejar constancia del hecho de violencia o lesión sufrida. Esto no es más que asumir la responsabilidad que en el pasado tenía la experticia médico-legal, porque el artículo establece textualmente que este informe tendrá “el mismo valor probatorio que el examen forense”.

Para no dejar dudas en este sentido traemos nuevamente el artículo 35 de la Ley con la modificación que se le hizo:

“La víctima antes o después de formular la denuncia, podrá acudir a una institución pública o privada de salud, para que el médico o la médica efectúen el diagnóstico, y dejen constancia a través de un informe, sobre las características de la lesión el tiempo de curación y la inhabilitación que ella cause. En el procedimiento especial de violencia de género y a los fines de evitar la desaparición de las evidencias físicas, este informe médico tendrá el mismo valor probatorio que el examen forense.

A tal fin el Ministerio público y los jueces y las juezas consideraran a todos los efectos legales, los informes médicos dictados en los términos de este artículo para la adopción de la decisión que corresponda a cada órgano” (2015:28).

Difícilmente al releer este artículo, pueda quedar alguna incertidumbre sobre la responsabilidad individual e institucional que se tiene al atender

víctimas de violencia de género. Sin pretender sobredimensionar las razones que llevaron al Estado venezolano a modificar este artículo es evidente que los cambios que se incorporaron buscan garantizar el efectivo ejercicio de los derechos de las mujeres, pero el personal médico desconoce esta responsabilidad incurriendo como ya expresamos en violencia institucional, limitando la prosecución de la denuncia y la protección de las mujeres, lo que se configura en una madeja de eventos que impiden a las víctimas acceder a los derechos que están contemplados en la ley .

Para seguimos aproximando a constatar las omisiones en las prácticas de atención, vamos a mostrar como la falta de capacitación sumado al adoctrinamiento socializador, no solamente impide que se asuma la obligación de la elaboración del informe médico legal, sino que también origina una ceguera selectiva que le impide al personal médico el registro adecuado de los casos de violencia de género que atienden.

Ellos y ellas atestiguan:

“...nosotros no registramos la violencia de género(...) en el ambulatorio del Norte existe un protocolo que nos explican cuando uno entra a trabajar para saber cómo atender los casos que llegan por consulta de agresiones o violencia, y nos dicen bien claro que el tipo de violencia lo pone el forense no nosotros(...)no está escrito pero te lo dicen en el entrenamiento que recibimos cuando empezamos a trabajar allí (...) por eso no registramos la violencia, entonces como le das salida al problema si ni siquiera se registra, sabiendo que existe, si tu no lo colocas no registras eso como violencia de género, como tienes entonces una estadística”. (5)

“...con el registro lo que hacemos es que hay un libro de eventualidades cuando atendemos casos de cualquier tipo de violencia se anota allí la hora y en el registro de morbilidad pero no como violencia de género sino como violencia en general de mujeres hombre o niños (...) ese libro es de uso interno del ambulatorio es solo un registro de novedades” (6)

“...como este es un ambulatorio tradicional, se registra como violencia doméstica, pero sale si es contra el hombre, la mujer niño o tercera edad no se especifica si es de género porque eso no aparece en los registros epidemiológicos” (7)

“...nosotros aquí no llevamos registros de casos de violencia de género, esos casos no se registran, ni esos, ni otros problemas de salud, porque dependemos de Barrio Adentro. Esa estadística las llevan son los ambulatorios tradicionales, nosotros aquí no registramos esos casos y bueno ya Ud. sabe hay sub registro de paso los consultorios populares tampoco lo registran” (8).

“En los registros de morbilidad no aparece la violencia de género si la quisieras registrar se tendría que colocar una nota aparte. Lo que si registramos son las lesiones “(9).

“...en el ambulatorio nos indicaban reportarlo como maltrato doméstico pero como un aparte. En los registros de epidemiología no aparece violencia de género. Si él médico decide registrarlo sólo se puede colocar como una anotación específica. Yo digo si se da un proceso legal, la única manera de demostrarlo es con esa anotación porque en el registro no aparece” (10).

Los discursos de forma muy clara ilustran que en los centros de atención primaria no están registrando, como corresponde desde el punto de

vista epidemiológico, los casos de violencia de género, es válido preguntarnos, cómo podemos lograr una mayor visibilización del problema, cómo contribuimos a cambiar la percepción de que no se trata de una problemática del ámbito privado, cómo mostramos a la sociedad que estamos lidiando con un problema de salud pública que alcanza cifras alarmantes y proporciones preocupantes, por qué no existe unificación de los registros epidemiológicos de todos los centros de atención primaria que conforman el sistema público de salud, por qué si es un problema de carácter común donde todas las mujeres somos víctimas potenciales por el sólo hecho de ser mujer, no se registra su ocurrencia. La búsqueda de respuestas a estas interrogantes nos lleva a aseverar que se incumple con la política pública de prevención y atención de la violencia de género.

Todo lo hilvanado hasta ahora nos conduce a ratificar que la formulación y entrada en vigencia de la ley se corresponde con una política pública del Estado Venezolano para garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, y el ejercicio efectivo de sus derechos. Sin embargo, el desconocimiento de la ley, atribuciones y competencias, por parte del personal médico indican graves fallas en la implementación de esta política.

Esta afirmación de que la ley forma parte de la política pública del Estado Venezolano para atender la problemática de la violencia de género, se corresponde con lo expresado por Raúl Velásquez, al explicar el significado de las políticas:

“Política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como

problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener” .(2009:156)

Un aspecto clave para lograr implementar con éxito una política pública, tiene que ver con el trabajo que debe realizarse para garantizar que la entrada de la misma en la agenda pública, y su implementación pueda tener éxito y alcanzar el objetivo que persigue. Para lograr esto en políticas públicas se debe planear el “curso de acción” que la política debe tener, con el fin de anteponerse a posibles obstáculos o de reforzar aspectos claves que puedan conducir a que la política pública realmente contribuya a resolver un problema de la sociedad.

Lo que se desprende de los discursos del personal médico es que existen debilidades que atentan contra el fin que persigue la política, y que no hubo por parte de ninguno de los órganos encargados de las políticas y programas de prevención y atención de la violencia de género, la debida ejecución de planes, programas y proyectos de capacitación que permitieran cumplir con las obligaciones que establece la ley.

En el caso de esta ley, era clave la sensibilización de todos los sectores que tenían que ver con la implementación de la misma, que según se señala en la legislación son: el Instituto Nacional de la Mujer; el Tribunal Supremo de Justicia; Ministerio Público, Ministerio de Educación, Ministerio de Educación Universitaria, Ministerio de Interior y Justicia y Ministerio de Salud.

En el caso del Ministerio con competencia en salud, que es el que nos atañe por el propósito de esta investigación, es penoso constatar que no se encuentra en sintonía con la aplicación de esta ley, como se ha demostrado

hasta el hartazgo en esta investigación. Pero no sólo es el Ministerio de Salud el que no se encuentra en sintonía; leamos lo que establece la ley en su artículo 4 (numeral 7) , en relación a disposiciones para el ejercicio de los derechos establecidos en la ley que son competencia de los gremios :

“Los colegios de abogados y abogadas, de médicos y médicas, de psicólogos y psicólogas de enfermeros y enfermeras de los distintos estados y distritos metropolitanos, deben establecer servicios gratuitos de asesoría especializada integral a las mujeres víctimas de violencia de género” (2007:21).

Lo establecido en este artículo no se cumple, por lo menos en cuanto al colegio de médicos y médicas de Aragua, esta constatación no sorprende, porque sabemos que estas instituciones gremiales funcionan como espacio de socialización, para el disfrute y beneficio del colectivo de profesionales que agrupa. El aporte o la responsabilidad social quedan diluida por la racionalidad del modelo imperante, es lógico pensar que un colegio de profesionales se divorcie de este tipo de servicios dirigidos a las mujeres, están imposibilitados para mirarse trabajando para disminuir la violencia de género.

Formación en violencia de género... otra postergación del Estado

Otro hecho importante se refiere a las atribuciones que establece la Ley para el Ministerio con competencia en educación universitaria, nos interesa mostrarlo, porque allí se especifican acciones que pueden impactar la formación que reciben los/as profesionales de la salud y por supuesto los/as estudiantes de medicina.

Veamos lo que establece el artículo 25

“El Ministerio con competencia en materia de educación superior, desarrollará acciones para transversalizar los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación. Así mismo tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de la violencia basada en género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia”(2007:38).

Las escuelas de medicina se caracterizan por dar preponderancia a contenidos curriculares que se corresponden con el paradigma biomédico, el que este artículo obligue a incorporar contenidos que contribuyan a cambiar el modelaje social representa una oportunidad para empezar a transitar los caminos del cambio.

Las líneas anteriores versaron sobre la omisión que guardan las universidades en relación a la ausencia curricular en materia de derechos de las mujeres, afectando la concienciación obviamente de todos/as sus egresados/as pero fundamentalmente al personal de salud que viene a ser la población de interés de este trabajo.

La constatación de esta falta de formación, la recrearemos con las siguientes líneas discursivas:

“No, en realidad no nos hablaron de violencia de género, nos asomaban las cosas pero los entrenamientos como tal no, ni siquiera en nuestra formación después de médicos tuvimos esa formación (...) no nos entrenan ni nos dicen como tenemos que actuar ante esa violencia, que acción teníamos que tener”.(1).

... *“en otras palabras no estamos preparados para atender la violencia de género y es un problema frecuente (...) como estudiante recuerdo muy someramente nos dijeron algo pero falta formación, porque esto no se ve como un problema de salud y por tanto no hay programas para atenderlo”* (3)

“No, la formación eso uno lo hace por su cuenta, si le digo que nos han dicho le miento, no hay nada en concreto” (...) muy por encima nos dijeron algo pero no recuerdo (4)

“... eso no se recibe, uno va poco a poco haciendo y atendiendo según lo que uno cree pero con mucho tacto porque la ley no nos permite a nosotros como tal hacer mucho” (5).

“...pues si muy someramente nos hablaron fue de la violencia en general (...) yo por mi cuenta una vez me inscribí en un diplomado de género pero eso hace mucho tiempo”. (6)

“...recuerdo algo muy por encima que nos dieron pero de violencia en general, nada específico sobre violencia dirigida las mujeres o de género, lo vimos como contenidos de la violencia en general” (7).

“...muy poco, algo nos dijeron muy someramente nos hablaron de violencia en general no de género específicamente”.(8)

“No he recibido capacitación ni antes ni después de graduada, yo quisiera recibir alguna inducción de cómo manejar esos casos, a donde se deben canalizar para que no caigan en el olvido, porque hay mujeres maltratadas que no consiguen el apoyo de los entes donde van y entonces caen en la situación donde las asesinan, la secuestran o que viven presas en su propio hogar”(9)

“...en clases de medicina legal alguna vez nombraron la violencia pero sin ahondar en el tema ni darle importancia(...) nos han dado formación, sobre todo para enfermedades endémicas, para los problemas sociales no se recibe y eso es importante, yo creo que es un error que no recibamos esa formación” (10).

“No he recibido entrenamiento ni formación en este tema, ni como estudiante de medicina, ni después de graduada”(11)

Todo lo anterior, impacta negativamente en la vida de las mujeres, porque vulnera sus derechos, favorece la impunidad, desfavorece su empoderamiento, el costo del fracaso en la implementación de esta ley se lo llevan las mujeres.

Para comprender la importancia que tiene la formación del personal de salud en violencia de género, traemos las palabras de, Rosibel Rodríguez, Margarita Márquez y María Kageyama :

“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, constituyen 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.

En el sector salud, la capacitación del personal 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 ello es necesario que el estudio sobre la atención a las víctimas de violencia de género se fomente desde las escuelas de medicina y enfermería y se refuerce en las escuelas de salud pública.(2005:142)

Lo que plantean estas investigadoras, es la importancia que tiene la capacitación del personal para la atención de la violencia de género, debido a que son los centros de salud, el lugar donde las víctimas de esta violencia puedan acudir alguna vez en su vida, por lo que sostenemos que esta formación es un punto significativo, que puede incidir a favor de las mujeres.

En Venezuela, el ente rector de la política pública dirigida a las mujeres es el Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género; es de esperarse que sea este Ministerio quien garantice y promueva el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en conjunto con otras instituciones del Estado. Sin embargo, la ausencia de la acción de este Ministerio y sus programas es notorio en el discurso de personal médico, a pesar de que la ley contempla un programa específico para atender a las víctimas de violencia de género, como lo es las casas de abrigo, en las entrevistas realizadas, esto no forma parte de sus discursos, desconociendo que estas dependencias están destinadas a brindar protección. Para ilustrar esto vamos a revisar el artículo 32 de la ley.

“El ejecutivo nacional, estatal y municipal, con el fin de hacer más efectiva la protección de las mujeres en situación de violencia, con la asistencia, asesoría y capacitación del instituto nacional de la mujer y de los institutos regionales y municipales de la mujer, crearan en cada una de sus dependencias casas de abrigo destinadas al albergue de las mismas, en los casos en que la permanencia en el domicilio o residencia implique amenaza inminente a su integridad” (2015:40)

Este programa de las casas de abrigo, forma parte de las medidas de protección y de seguridad, para evitar nuevos actos de violencia de género; se accede a través del trámite que realiza directamente la mujer agredida o el órgano receptor de la denuncia. El problema radica en que cuando las

mujeres acuden al centro de salud nos encontramos con un personal médico que revictimiza a las mujeres, que psiquiatriza el problema de la violencia y lo considera de ámbito privado, que omite la denuncia y no la registra, lo cual implica no dar la debida orientación para acceder si fuese necesario a este programa de atención. Por eso hemos insistido en varias oportunidades sobre la importancia que tiene ese primer contacto de la mujer con el servicio de atención primaria en salud.

Una ONG de mujeres goza de buena salud a pesar de un Estado en terapia intensiva

Llamamos la atención al encuentro de una información valiosa, que representa una fortaleza para los intereses de esta investigación, por su consolidación en el imaginario del personal de salud, nos referimos al papel que ha desempeñado una organización no gubernamental como la casa de la mujer “Juana Ramírez la avanzada”¹ un elemento positivo lo representa el reconocimiento del compromiso socio-político de otros actores claves, que realizan un espinoso trabajo en medio de tantas dificultades para impulsar y concretar en la vida cotidiana de las mujeres el cumplimiento de la Ley.

Fue grato constatar que en el imaginario del personal médico, esta institución se ha posicionado como el único lugar recomendado por ellas y ellos, para que las mujeres sean atendidas adecuadamente. Lo que

¹ La casa de la mujer Juana Ramírez la Avanzadora es una organización no gubernamental dedicada desde 1985 a impulsar procesos de reflexión, concientización y capacitación en torno a los ordenamientos culturales y normas sociales que imprimen a la diferencia sexual carácter de desigualdad. Brinda asesoría jurídica y psicológica a mujeres en situación de violencia. Se encuentra ubicada en la calle López Avelado norte, N° 11, Calicanto. Maracay. Estado Aragua.

demuestra que si se llevara a cabo un trabajo tenaz por parte del Estado y sus instituciones la percepción de la violencia de género en este personal no sería tan descontextualizada con la realidad histórica de las mujeres.

Ilustremos este reconocimiento, con los siguientes discursos

“...en el estado se encuentra la casa de la mujer, allí las mando pero en el municipio como tal no existe otra institución” (1)

“La mujer debe ir a la casa de la mujer, poner empeño en salir de esa situación”(4)

*“...yo las mando a la casa de la mujer, allí las atienden gratis creo y muy bien, que exista alguna otra institución aquí en Maracay, no conozco”.
(6)*

*“...yo les digo que busquen la casa de la mujer porque allí las ayudan”
(7).*

“...aquí está la casa de la mujer, allí tienen un programa donde le brindan apoyo y refugio a la mujer” (8).

“A las mujeres que he atendido les digo: vayan a la casa de la mujer, allí te apoyan, allí te orientan “ (9)

“...yo las veces que las he orientado las canalizo a la casa de la mujer, debido a que allí les dicen todo, le dan toda la orientación, de hecho allí las reciben les brindan apoyo psicológico”(11).

PALABRAS CONCLUSIVAS PARA SEGUIR CONSTRUYENDO

Es imposible acercarse a mirar la problemática de la violencia de género, sin colocarse los lentes del feminismo y privilegiar los conocimientos que la perspectiva de género nos aporta, sobre los aspectos culturales y sociales que están inmersos en esta violencia. Al ser considerada un grave problema de salud pública, donde la mitad de la humanidad está expuesta a sufrirla, tenemos la obligación ética, legal y política de trabajar para su erradicación.

Lo anterior pone énfasis en el trabajo que realiza el Estado, especialmente en la atención que brinda en los centros de salud, a las mujeres que sufren esta violencia. Uno de los obstáculos es que la disciplina médica, sólo sabe mirar la salud de las mujeres desde la óptica biologicista, así los malestares generados por una violación de derechos humanos como lo es la violencia de género, se transforma rápidamente en una enfermedad y en un diagnóstico individual. Al hacer esto, la ciencia médica, se convierte en un exitoso dispositivo de control social, que legitima la desigualdad, que nutre y sigue nutriendo la lógica imperante del patriarcado.

La conciencia de dominación y todo lo relativo a su madeja de relaciones, atrapa doblemente al colectivo social de médicos/as. Por un lado, a través de su ejercicio de ser en sociedad, y por otro, a través de su formación profesional en una ciencia, que como sustentamos teóricamente a lo largo de nuestra investigación, y evidenciamos en las voces del personal médico “es una hija prodiga del patriarcado”.

Esta ciencia da poco valor a la categoría de género en su práctica médica, y a lo largo de la historia ha ejercido diferentes formas de violencia

sobre las mujeres, medicalizando situaciones normales de su vida, como el embarazo, la menopausia, o patologizando problemas que ellas sufren y que son consecuencia de las desigualdades de género, como la violencia de género.

Por esto defendemos hasta el cansancio, que se hace necesario reconocer la influencia de la ideología patriarcal en la ciencia médica, y como sus prácticas han marcado y siguen marcando la salud de las mujeres y la violación de sus derechos humanos.

Nuestra investigación parte de lo señalado anteriormente, y sería una incongruencia pensar que su culminación formal, nos llevaría a dar conclusiones o recomendaciones, dentro de una dinámica social que está impregnada de la lógica patriarcal. Conviene acotar, que en este contexto, surgen espacios que configuran alternativas para subvertir el orden establecido; estimamos que este trabajo posibilita acercarnos a estudiar la violencia de género desde otra mirada. Rescatamos nuestras palabras al empezar a recorrer este camino: forma parte de nuestro proyecto de vida, el trabajar para que la salud pública asuma el rol que le corresponde, y contribuya a erradicar la violencia de género.

La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia es un logro a favor de las mujeres, una oportunidad para otorgarles a ellas, el derecho a ser libres de todas las formas de violencia y discriminación. Sin embargo el personal médico desconoce las obligaciones que deben cumplir, establecidas en la ley, lo que se convierte en una barrera para la atención adecuada e inclusive para la prosecución de la denuncia, que permita la aplicación de medidas de protección a las mujeres.

Este instrumento legal, en conjunto con toda la normativa internacional en materia de derechos humanos de las mujeres, son medidas afirmativas que se harán concretas si nos empoderamos de ellas, pero no podemos obviar, como ya hemos señalado, que el patriarcado ha sido muy eficaz para perpetuarse, no es casual que a 11 años de haber entrado en vigencia la ley, y a 4 años de sufrir una modificación, exista desconocimiento en un personal que es clave para atender, prevenir, y erradicar la violencia contra las mujeres.

Sostenemos que las víctimas de violencia de género, son mujeres vulnerables no sólo por la violencia que reciben, sino por el poco empoderamiento de sus derechos como sujetas sociales. La toma de conciencia, sobre los derechos que les corresponden, es una posibilidad política para comenzar a desactivar las dinámicas del poder patriarcal.

Para finalizar, expresamos nuestra decisión de seguir interpelando el poder patriarcal, y continuar trabajando por el empoderamiento de las mujeres y la garantía de los derechos humanos que le corresponden.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÁLVAREZ, O (2006). **El enfoque de Género y la Violencia contra las mujeres: Aproximación al análisis de los conceptos.** Revista Venezolana de estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela-Vol 11 N° 26 Venezuela.
2. AMORÓS, Celia (2001) **Feminismo Igualdad y diferencia.** Universidad Nacional Autónoma de México. México.
3. ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS (2006). **Estudio a fondo sobre todas las formas de Violencia Contra la Mujer.** Informe del Secretario General.
4. APONTE, Elida (2012) **Nudos gordianos en la aplicación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** En: Construir conocimiento desde el género.Saldando una deuda histórica de la academia. Comp: Camacaro Marbella , Delgado Aura. Asociación de profesores Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela
5. APONTE, Elida (2010) **Claves epistemológicas de la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia En:** La academia en sintonía de género Una discusión impostergable Coord: Camacaro Marbella, Delgado Aura y González María Cristina. Asociación de profesores Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela
6. ARISO, Olga; Mérida Rafael (2010) **Los Géneros de la Violencia.** Editorial EGALES Barcelona. Madrid. España
7. AVESA: **Boletín en Cifras: Violencia contra las Mujeres** Caracas, Venezuela 2003 - primer semestre 2004.
8. BANCHS, María (1996) **Violencia de Género.** Revista venezolana de análisis de coyuntura. Vol 11. N° 2. Pp 11-23

9. BALLESTEROS, A. **Etnografía y diseño Cualitativo en Investigación Educativa**. Ediciones Morata. Madrid 1988.
10. BARTRA, Eli. (2002) **Reflexiones metodológicas**. En Bartra, Eli (Comp). Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México.
11. BAIZ, Reina. (2011) **Violencia de Género contra las mujeres**. Colección Justicia y Género. Editorial Atenea. Caracas. Venezuela.
12. BENSADON, Ney (2001) **Los Derechos de la Mujer**. Fondo de Cultura Económica México. Segunda reimpresión. México Distrito-Federal.
13. BOLETÍN EN CIFRAS, **violencia contra las mujeres**. Centro de estudios de la mujer, Universidad Central de Venezuela. 2003.
14. BOLÍVAR, Adriana. (2007) **Análisis del discurso ¿porqué y para qué?**. Colección Minerva. Manuales Universitarios. Los libros de EL NACIONAL.
15. CAMACARO, Daisy (2008) **Histerectomía: El rostro oculto de la violencia médica** Tesis Doctoral Universidad de Carabobo, Venezuela. 21-93
16. CAMACARO, Marbella (2010) **La Obstetricia Develada Otra mirada desde el género**. Dirección de medios y publicaciones Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela.
17. CAMACARO, Marbella (2012) **La obstetricia Desnuda Una ruptura epistémica**. Dirección de medios y publicaciones Universidad de Carabobo. Valencia Venezuela.
18. CAMACARO, Marbella, Naranjo, M, AbouOrm, K (2015) **Comprensión Socio-Ética sobre Violencia de Género del Personal Médico de Atención Primaria**. Estado Aragua, Venezuela. Revista Comunidad y Salud. Universidad de Carabobo Vol 13 (2) .

19. CAROSIO, Alba (2010). **El saber desde las mujeres. Los estudios de género y de las mujeres en Venezuela.** En Gonzáles María (Comp) La academia en sintonía de género... Una discusión impostergable. (pp 13-30) Asociación de profesores de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.
20. COMESAÑA, Gloria (1985) **Filosofía, feminismo y cambio social.** EDILUZ. Maracaibo. Venezuela.
21. COMESAÑA, Gloria (2010) **Intento de Aproximación a un análisis filosófico de la violencia contra las mujeres** En: La academia en sintonía de género Una discusión impostergable Coord: Camacaro Marbella , Delgado Aura y González María Cristina Valencia APUC
22. COMESAÑA, Gloria (2004). **La ineludible metodología de género.** Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Vol. 8. Nº1. Venezuela.
23. COMESAÑA, Gloria (2000) **Mujer Psicopatología y derechos humanos,** Espacio abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. Vol 9 Nº I, 1-29.
24. COMESAÑA, Gloria. (1998). **Aproximación a las características metodológicas de los estudios de la Mujer.** Revista de Filosofía Jurídica, social y Política. Vol5. N 2, 1-11.
25. CÓRDOVA, Víctor (1990). **Historias de vida.** Caracas: Fondo editorial Cuatro Vientos.
26. DELGADO, María, Sánchez, María, Fernández, Paula (2012). **Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer.** Universitas Psychologica. Vol 11. (3) pp 769-777
27. DE LA PEÑA, Eva (2007) **Formulas para la igualdad** Nº 5 Violencia de género Proyecto Némesis Iniciativa Comunitaria EQUAL Andalucía.
28. DE MIGUEL, Ana. (1995). **Feminismos.** En: Amorós C. 10 claves sobre la mujer Pamplona: Verbo Divino.

29. ESTEBAN, Mari (2001) **reproducción del Cuerpo Femenino, Discursos y Practicas acerca de la Salud**, Donostia; Graficas Lizarra.
30. ESTEBAN, Mari (2006) **El estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista**. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2 (1): 9-20, Enero-Abril.
31. FACIO, Alda. (1995). **Cuando el género suena cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal**. Mérida: Universidad de los Andes Fondo Editorial "La escarcha azul".
32. FACIO, Alda. (1999). **Feminismo, género y patriarcado**, en Fries, Lorena y Facio, Alda (Comp.): *Género y Derecho*, Ediciones La Morada, Corporación de Desarrollo de la Mujer. Santiago de Chile, Chile. pp. 21 – 60.
33. FERREIRA, Graciela. (1989) **La Mujer Maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica**. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. Argentina.
34. FOUCAULT, M 1992. **Microfísica del Poder**, Tercera edición. España. La Piqueta
35. FUNDACIÓN JUAN VIVES SURÍA (2011). **Derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia**. Serie Derechos Humanos N°2. Ministerio del Poder Popular para la Cultura.
36. GAMBA, Susana (2007) **Diccionario de estudios de género y feminismo**. (comp) Biblos. Buenos Aires.
37. GARCÍA PRINCE, E. (2013). **La violencia de género en Venezuela y sus manifestaciones generales en el Área Metropolitana de Caracas**. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales.
38. GARCÍA, Evangelina (1996) **Derechos políticos y Ciudadanía de las mujeres Una vía género sensitiva y paritaria al poder y al liderazgo**. Caracas GENDHU

39. GÓMEZ, E (2000). **Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y el Caribe**. OPS. División de Salud y Desarrollo Humano.
40. GONZÁLEZ, Marta (2007). **El estudio Social de la Ciencia en clave feminista: Género y Sociología del conocimiento científico**. En M, Barral, C Magallon, C, Miqueo, M, Sánchez Interacciones Ciencia y Género. Discursos y Prácticas Científicas de Mujeres. Icaria Barcelona. España.
41. JIMÉNEZ Morelba, Blanco Jessie, Medina Susana, Gómez Rosalba (2013) **Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por violencia de pareja en Venezuela**. UNFPA. UCV. UCAB. Caracas. Venezuela
42. HARDING, Sandra (2002) **¿existe un método Feminista?** En Bartra, Eli (Comp). Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México.
43. IGLESIAS, Pilar. (2003) **Mujer y Salud: Las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo**. Tesis Doctoral Universidad de Málaga, Gran Bretaña. 1- 46.
44. KISLINGER, Luisa (2005) **Violencia doméstica contra las mujeres** Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI).
45. LAGARDE, Marcela (1990) **¿Qué es el poder?** En Educación popular y liderazgo de las mujeres, en la construcción de la democracia latinoamericana. Serie Aportes para el Debate. N° 1 Red de Educación Popular entre Mujeres de CEAL Quito Ecuador
46. LAMAS, M (1995) **La perspectiva de Género** Revista de Educación y Cultura, N° 8 pp 14-20 Guadalajara México.
47. LANZ, Rigoberto. (1998) **Razón y dominación contribución a la crítica de la ideología**. Caracas. UCV.
48. LAURENZO, P (2008) **¿Existe solución penal para la violencia de género? El ejemplo del derecho Español**. 175-204. En:

Articulaciones Sobre la Violencia contra las mujeres. Compiladoras:
Elida Aponte Sánchez y María Luisa Femenías

49. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** (2007). Caracas Venezuela.
50. LONDOÑO, Mari. (1993). **Mujer y salud en el contexto sociopolítico** (Comp.) En: Diosas Musas y mujeres. (pp.161-170) Caracas Monte Ávila Editores.
51. MARTÍNEZ, Miguel (2006). **La investigación cualitativa, síntesis conceptual**. Revista de Investigación en Psicología, junio 2006, vol 9, no 1, pp123-146.
52. MARTÍNEZ, Manuel (2007) **La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo**. Revista actualidades en psicología. Vol 21. pp79-95.
53. MIES, María (2002) **¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista**. En: Bartra Eli (2002) Debates en torno a una metodología feminista. Programa Universitario de estudios de género. pp 63-102. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.
54. MONTSERRAT Marimon, Sastre Genoveva y Hernández José. 2003. **Sumisión aprendida: Un estudio sobre la violencia de género**. *Anuario de psicología. Vol 34. N° 2 pp 235-251. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. España*
55. MOLINA, Cristina. (1994). **Dialéctica Feminista De La Ilustración**. Madrid Anthropos
56. PULEO, Alicia. (1995) **Patriarcado** En Celia Amorós (Ed) 10 palabras clave sobre mujer. (pp21-53). Editorial verbo divino. Navarra. España.
57. ROUSSEAU, J (1995) **Emilio, o De la educación**. Alianza Editorial Madrid España.
58. RUIZ, A (2006) **El Feminismo** en Sodaro, M (Comp) Las Grandes Ideologías del siglo XX McGRAW-HILL Interamericana de España.

59. RUIZ, José , Ispizúa, M (1998). **La Descodificación de la Vida Cotidiana. Método de Investigación Cualitativa.** Universidad de Deusto. Bilbao (España).
60. RUSQUE, Ana (1997). **Diversidad a la unidad en la investigación cualitativa.** Caracas: FACES/UCV
61. SALTZMAN, Janeth. (1992) **Equidad y Género.** Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer
62. SAU, Victoria (2000) **Diccionario Ideológico feminista.** Icaria. Barcelona España.
63. SAUCEDO Irma (2002), **De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia doméstica,** en Elena Urrutia (comp.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas,* México, PIEM–Colmex, p. 267.
64. SEN, G; George, A; Ostlin, P (2005) **Incorporar la Perspectiva de Género en la Equidad en Salud: Un análisis de la Investigación y las políticas.** OPS.
65. SCHONGUT, N (2012) **La Construcción Social de la Masculinidad: Poder, Hegemonía y Violencia.** Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad 2 (2)27-65. Universidad Autónoma de Barcelona.
66. TAMAYO, Juan (2011) **Discriminación de las mujeres y violencia de género en las religiones** Fundación Carolina. Madrid.
67. TORRES, Marta (2001) **La Violencia en casa.** Editorial Paidós Mexicana. México D.F
68. TUBERT, Silvia (1991). **Mujeres sin sombras: Maternidad y Tecnología.** Siglo XI de España Editores. Madrid.
69. VALLES, M. (1999) **Técnicas de Investigación Cualitativa de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional.** Proyecto Editorial Síntesis Sociológica. Madrid (España).

70. VARELA, Nuria (2005). **Feminismo para principiantes** Barcelona Ediciones B.S.A .Barcelona. España.
71. ZULUAGA, Deysy (2011). **Metodología feminista en la investigación: El reto epistemológico del cuerpo. Revista venezolana de estudios de la mujer.** Vol 16. N° 37. Julio- Diciembre. pp43-54

REFERENCIAS DE INTERNET

ACZEL, Ilona (2012) **La Debilidad de la Mujer.** Mora (B Aires). Volumen 18. Número 1. Extraído el 05 de abril de 2018 de la dirección electrónica: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000100004

BESANILLA, José, Miranda María y Gonzáles Jorge.(2016) **Violaciones graves a derechos humanos: violencia institucional y revictimización.** Cuadernos de CRISIS y Emergencias. Vol. 2 .Num 15. Extraído el 06 de abril del 2018 de la dirección electrónica: http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2016/numero15vol2_2016.pdf.

CHIAROTTI, Susana (2008). **La Importancia de los instrumentos internacionales en la lucha contra la violencia hacia las mujeres.** Extraído el 12 de enero de 2018 de la dirección electrónica: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21720/1/3_ponencia_chiarotti.pdf

GONZÁLEZ, Alfredo (2003) **Los paradigmas de Investigación en las Ciencias Sociales.** Extraído el 12 de noviembre del 2015 de la dirección electrónica http://www.cenit.cult.cu/sites/revista_islas/pdf/138_12_Alfredo.pdf.

MAYOBRE, Purificación. (2006) **¿Tiene género la biotecnología? a propósito de los discursos de la maternidad en las nuevas tecnologías reproductivas.** Extraído el 27 de octubre de 2017 de la dirección electrónica: <http://webs.uvigo.es/pmayobre>.

NEUSA, María, Godoy, R, Nunes, R (2011) **Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia**

Rev. Latino-Am. Enfermagen. 19 (3). Extraído el 03 de marzo de 2018 de la dirección electrónica: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_19.pdf

Organización de Naciones Unidas (1993). **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**. Extraído el 13 de marzo de 2016 de la dirección electrónica: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Tratlnt/Derechos%20Humanos/INST%2018.pdf>

Organización de Naciones Unidas (1995). **Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing**. Extraído el 25 de noviembre de 2015 de la dirección electrónica: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfAS.pdf> .

Organización de Naciones Unidas (2016) Del compromiso a la acción: Políticas para erradicar la violencia de género. Extraída el 14 de diciembre de 2017 de la dirección electrónica: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud (2016). **Violencia contra la mujer**. Extraído el 05 de mayo de 2016 de la dirección electrónica: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.

Organización Panamericana de la salud (1978) **Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre: Atención primaria en Salud**. Extraído el 13 de diciembre de 2017 de la dirección electrónica: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en

PULEO. Alicia. 1995. **Filosofía y Género**. Extraído el 05 de marzo de 2017 de la dirección electrónica: <http://www.raco.cat/index.php/Asparkia/article/viewFile/108124/154748>

RICO, M (1996). **Violencia de género un problema de derechos humanos**. Serie Mujer y Desarrollo N° 16. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. Colección Asuntos de género. Extraído el 10 de noviembre de 2015 de la dirección electrónica: <http://hdl.handle.net/11362/5855> .

RODRÍGUEZ, Francisco (2000) **El Paradigma de la Complejidad: Crítica a la Razón Simplificadora**. Espacio Abierto Volumen 9 Número002. Extraído el 22 de noviembre de 2015 de la dirección electrónica: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12290204>

RODRIGUEZ, Rosibel, Márquez, M y Kageyama, M (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud. Revista salud pública de México. Vol. 47. Num 2. Extraído el 18 de abril de 2016 de la dirección electrónica: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n2/a06v47n2.pdf>

ROMERO, Inmaculada (2004) Desvelar la violencia: Una intervención para la prevención y el cambio. Papeles del psicólogo. Vol 25.Num 88. Mayo-agosto pp 19-25. Consejo general de colegios de psicólogos. Madrid. España. Extraído el 25 de enero de 2018 de la dirección electrónica: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808803.pdf>

TAMAYO, Juan, Salazar, O (2016) **La superación feminista de las masculinidades sagradas**. Revista Internacional de estudios feministas pp 213-239. Extraído el 19 de abril de 2018 de la dirección electrónica: [file:///C:/Users/Maria/Downloads/1396-5454-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Maria/Downloads/1396-5454-1-PB%20(3).pdf).

VELÁSQUEZ, Raúl (2009) **Hacia una nueva definición del concepto “política pública”**. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal pp149-187. Extraído el 25 de enero de 2018 de la dirección electrónica: <http://www.redalyc.org/html/3596/359633165006/> .