

# Los laberintos de la VIOLENCIA PATRIARCAL

**Coordinadora:**  
Cecilia Canevari

**Autoras y autor:**

Rosa Isac

Cecilia Tamer

Horacio Pereyra

Cristina Camaño

Gabriela Salvatierra Rojo

Florencia Rodríguez Grupe

Priscila Badillo Romero

Luisina Acevedo

Virginia Palazzi

Irma Chazarreta

Eugenia Bravo

Cecilia Canevari



Facultad de  
Humanidades  
Ciencias Sociales  
y de la Salud



Barco Edita

## ÍNDICE

Dejarse interpelar.....	9
Patricia Arenas	
Palabra mínima.....	13
Cecilia Canevari	
Los contextos del feminismo: historia, teorías, derechos.....	17
Cecilia Canevari	
Tiempos modernos. Territorios de violencia en Santiago del Estero .....	51
Rosa Isac y Cecilia Canevari	
La cruel expresión de la violencia patriarcal: dieciséis años de femicidios en Santiago del Estero (2002-2017) .....	73
Cecilia Canevari y Rosa Isac	
Cuando habla el poder judicial. Sentencias por femicidios en Santiago del Estero .....	99
Cecilia Tamer, Cecilia Canevari y Horacio Pereyra	

Cuando nadie escucha. La ruta crítica de Lila Villalba, una historia de múltiples violencias .....	127
Rosa Isac	
Todo amor es político. Hacia una lectura crítica de los vínculos afectivos-sexuales en la juventud.....	149
Cristina Camaño	
Valoración de la Guía de atención a mujeres víctimas de violencias en el primer nivel de atención .....	173
Gabriela Salvatierra Rojo y Florencia Rodríguez Grupe	
Los derechos de las mujeres durante el parto. Autonomías en disputa .....	195
Priscila Badillo Romero y Cecilia Canevari	
Violencia contra las mujeres en la prensa gráfica .....	217
Luisina Acevedo y Virginia Palazzi	
El sexismo en la noticia: dos crímenes de personas trans feminizadas .....	241
Irma Chazarreta	
Cuerpos trans: la experiencia de la disidencia.....	261
Eugenia Bravo	
La Educación Sexual Integral en el aula. Tres talleres para trabajar sobre la violencia patriarcal en la escuela secundaria .....	281
Virginia Palazzi	
Carta a una joven que está dentro del laberinto de la violencia patriarcal .....	305
Cecilia Canevari	
¿Quiénes somos? .....	315



“Para leer este libro es necesario dejarse interpelar. Si no estás dispuesto/a/e, no avances” nos dice Patricia Arenas en el prólogo. ¿Quiénes nos interpelan y qué dicen sus voces? Pertenecen a un amplio colectivo de mujeres de toda edad y condición, acompañadas cada vez por más varones sensibles a esta causa de demanda de derechos que se ha convertido en la más vigorosa revolución cultural de las últimas décadas.

Combinando saberes y prácticas diversas, autoras y autor dan respuesta a esas preguntas desde su lugar: el espacio académico, la vida social en calles y hogares, no menos que su propia experiencia.

Los trabajos reunidos ayudan a avanzar en el aún poco conocido mundo de las relaciones entre sujetos, géneros y culturas, apreciando conflictos, subordinaciones y violencias. Son valiosos, entonces, para diagramar proyectos y políticas orientadas a cambiar estos ‘laberintos patriarcales’, como lo denomina con acierto el título.



## CAPÍTULO 7

### Valoración de la Guía de atención a mujeres víctimas de violencias en el primer nivel de atención

**Gabriela Salvatierra Rojo**  
**Florencia Rodríguez Grupe**

#### **Introducción**

La violencia patriarcal es una problemática compleja que afecta a las mujeres y personas feminizadas sin distinción de etnias, clases sociales, creencias religiosas, edades, nacionalidades y orientaciones sexuales. Rita Segato (2003) plantea que esto encuentra sus raíces en la naturalización de ciertos hábitos arraigados en las estructuras sociales, que circulan como hechos habituales para la misma sociedad que la cobija.

Aunque pareciera que algunos colectivos sociales lograron acuerdos respecto a las conceptualizaciones y comprensiones sobre el fenómeno de las violencias contra las mujeres, Raquel Osborne (2008) advierte que en realidad sólo se comenzó a desentrañar el problema. Esto implica un avance significativo porque de a poco se logra la visibilidad, pero lamentablemente no necesariamente se expresa en modificaciones en las representaciones sociales y las prácticas cotidianas. Analizar el fenómeno de la violencia desde una perspectiva holística, implica pensar en un concepto más amplio que aquel que por sentido común utilizamos. Hace ya tres décadas que Eva Giberti y Ana María Fernández (1989), señalaron la necesidad de hablar de formas de violencia que son menos visibles pero no por eso menos eficaces, tales como la desigualdad en la distribución del dinero y del poder, la vulneración psicológica, ciertas prácticas sanitarias, que permiten mostrar cómo las diferentes y a menudo sutiles manifestaciones de opresión, confirman la existencia de violencia contra las mujeres.

Es clave comprender, que las distintas manifestaciones y formas de violencia contra las mujeres son producto de la estructura social de un sistema hétero-patriarcal capitalista, que combina un modo de organización social extendido globalmente en el que la autoridad está en manos de varones. Asimismo se impone el modelo heterosexual como única forma de concretarse la sexualidad humana (González et al, 2013).

Encarna Bodelón (2008:16) deja claro que todas las mujeres están atravesadas por esta violencia, en tanto está inscripta en las estructuras sociales. Esto no explica que se trate de una violencia natural, sino que es una construcción de las relaciones de poder históricamente desiguales entre varones y mujeres.

#### **Las estadísticas en violencia contra las mujeres: un desafío del sector de salud**

Rita Segato, hace referencia a la dificultad existente respecto a la falta de estadísticas oficiales sobre violencia contra las mujeres, debido a la naturalización de ciertos hábitos arraigados a la vida comunitaria que representan una normalidad para la sociedad.

Contamos con estadísticas mundiales y nacionales de la violencia de género, pero también sabemos de la imposibilidad de confiar en los números cuando el escenario es el ambiente, cuando sabemos de la existencia de los problemas para denunciar, procesar y punir en esos casos y, sobre todo, de las dificultades que tienen los actores sociales para reconocer y reconocerse y, en especial para nominar este tipo de violencia, articulada de una forma casi imposible de desentrañar en los hábitos más arraigados de la vida comunitaria y familiar de todos los pueblos del mundo (Segato, 2003:2-3).

En Argentina, ante la ausencia de estadísticas oficiales, la Asociación Civil La Casa del Encuentro (2018), por medio del “Observatorio de Femicidios Adriana Marisel Zambrano”, realizaron un informe de los femicidios ocurridos durante diez años en Argentina entre 2008 y 2017. Los mismos registraron en este período 2679 asesinatos de mujeres y 268 femicidios vinculados de varones y niños. Además 3378 hijos e hijas quedaron huérfanos/as de madre, 2161 menores de edad. Y en el año 2017, se relevaron 251 víctimas

directas de femicidios en todo el país, según los datos brindados por el Informe del Registro de Femicidios de la justicia argentina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

En Santiago del Estero, Cecilia Canevari y Rosa Isac dieron a conocer las cifras ocurridas en la provincia entre enero del 2002 hasta diciembre del año 2017 (capítulo 3), brindando el dato de que la provincia tiene la tasa de femicidios más alta del país. Afirman, que el promedio de mujeres asesinadas en este período es de 11,25 cada año con un máximo de 18 en el 2011 y un mínimo de 7 en el año 2015. Este dato evidencia la considerable relevancia de este fenómeno y la necesidad de analizar el marco de políticas públicas implementadas en la provincia a fin de prevenir nuevos casos, dimensionando la violencia contra las mujeres, como un problema de Salud Pública. Particularmente, haremos referencia a la Guía de Atención a Mujeres Víctimas de Violencias, como primera política pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero, en el ámbito de las UPAS.

### **El marco legal y su aplicación**

Existe un abanico de políticas públicas y marcos legales destinados a erradicar, prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres. Entendiendo a la misma, según los marcos legales existentes, “como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes” (Ley N°26.485). Asimismo, dicho marco legal considera como violencia indirecta a “toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Como quedó planteado en el Capítulo 1, en Argentina se sancionó en marzo del año 2009 la Ley N° 26.485. Por su parte, Santiago del Estero, se adhirió a la mencionada Ley Nacional mediante la Ley Provincial N° 7032 de “Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres” sancionada en el mes de septiembre del 2011, expresando, en su artículo primero, que “los poderes del Estado provincial deberán adoptar las medidas necesarias para la implementación de la conciencia de género, prevenir, sancionar y erradicar la violencia y toda forma de discriminación contra la mujer, priorizando la prevención, y garantizando la protección y asistencia integral de las víctimas, así como la promoción de la sanción y reeducación de los victimarios”.

Cabe destacar, que si bien existen leyes que se plantean los objetivos ya mencionados, esto no resulta suficiente para modificar una realidad social que va mucho más allá de los propósitos en los que se inspiran. Es decir, que es habitual que exista una sobrevaloración de la capacidad de una ley o reforma normativa para modificar una determinada realidad concreta (Lemaitre, 2007).

En esta línea, se aprecia que la norma jurídica suele ser construida y constituida como verdad absoluta o autosuficiente, por la supuesta potencia de articular diferentes realidades de una manera integral a partir del aporte de diversas corrientes de pensamiento dentro de las cuales el feminismo ocupa un lugar central en esta problemática. Pese a ello, es posible advertir que en materia jurídica se ha avanzado, pero en cambio a nivel de las prácticas, no se han logrado modificaciones sustanciales. En efecto, aun con el marco general de leyes internacionales con carácter de tratados internacionales de derechos humanos, con vigencia en nuestro orden normativo, la tarea de contextualizar una realidad determinada permite observar y comprobar que siguen existiendo situaciones de violencia ejercidas contra las mujeres, mostrando que la legislación no es suficiente para transformar esta problemática.

Desde esta concepción, este trabajo pretende realizar el análisis del uso y apropiación por los/as profesionales que integran las UPAS de una herramienta destinada a trabajar desde un nivel más concreto, una determinada realidad (Guía de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en las UPAS), pues si bien, se entiende que las leyes son importantes en el marco abstracto para el diseño de políticas y pisos de acuerdos, no parecen ser suficientes para generar cambios en términos de disminución concreta de la violencia contra las mujeres.

### **La violencia patriarcal: un problema de salud pública**

La violencia patriarcal se produce y reproduce en todos los ámbitos y es fundamental detectarla en cada uno de ellos, incluyendo en el de la salud. Los centros de salud, son espacios a los que frecuentemente asisten mujeres, por controles vinculados a su salud reproductiva (y a la mirada biomédica que existe para este tipo de consultas), así como para el control sanitario de sus hijos/as, madres, padres, familiares, asociados a la responsabilidad generizada sobre el cuidado de otros/as (Teodori, 2016).

A su vez los servicios de salud son algunas de las instituciones que las mujeres recorren en su ruta crítica para salir de las situaciones de violencia (Teodori, 2016). A partir de la Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en Alma-Ata (1978), existe un acuerdo entre todos los países sobre la enorme importancia de que las políticas sanitarias apunten al desarrollo de la atención primaria de la salud. Esta estrategia se define como:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados 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 una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración de Alma-Ata, VI, 1978).

Es decir, que el primer nivel de atención permite atender las necesidades básicas y más frecuentes de la población, siendo esta la puerta de entrada al sistema de salud, en el cual se desarrollan actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y protección de la misma.

Es a partir del año 1993, que la OMS y la OPS efectúan una resolución (CD 37/19) en la que se reconoce a la violencia contra las mujeres e intrafamiliar como un problema importante de salud pública y de derechos humanos. Asimismo, la OMS redactó un informe en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica (2013), en el que plantea que la violencia física o sexual es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial (OMS, 2013).

Es decir, que para erradicarla se debe abordar tanto las causas como los efectos de la misma mediante una participación intersectorial y de la comunidad. La problemática se debe abordar de manera integral, posibilitando acciones de prevención que se materialicen en la realidad creando redes sociales con el fin de que las víctimas de la Violencia de Género reciban la atención y la protección que requieran.

Trabajar la problemática de la violencia contra las mujeres desde un enfoque de salud pública, permite poner énfasis en la prevención e insiste en la oportunidad de la intervención precoz mediante un trabajo multidisciplinario. Pensar en la salud desde un sentido amplio implica generar estrategias desde el primer nivel de salud y desarrollarlas en relación al contexto socio cultural en donde se implementan las mismas, concibiendo que la violencia contra las mujeres implica una violación sistemática de los Derechos Humanos de las Mujeres (García Moreno, 2000). Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS subraya (2013) la importancia de la formación del personal de salud de todos los niveles con el propósito de que puedan reconocer cuando las mujeres están en riesgo de padecer violencia y también en el desarrollo de estrategias para brindar respuestas adecuadas ante tales situaciones.

Por lo tanto, consideramos relevante analizar cómo se implementan las políticas públicas sobre la violencia patriarcal en este nivel de atención. La propuesta de este trabajo es indagar acerca de cómo es la atención a mujeres en situación de violencia en las Unidades de Atención Primaria (en adelante UPAs) en relación a la implementación de la Guía de Atención a Mujeres Víctimas de Violencias de la provincia de Santiago del Estero (2016–2017). La mencionada Guía, contiene información que posibilita la identificación de diferentes tipos de violencias contra las mujeres y plantea la posibilidad de coordinación con distintas instituciones del Estado para poder realizar un adecuado acompañamiento y derivación de las mujeres, facilitando el trabajo de sensibilización y prevención. Se implementa en el sector de la salud, específicamente en las UPAs, debido a que las mismas se encuentran insertas en las comunidades, evidenciando el permanente trabajo de los/as profesionales en terreno y en el interior de cada unidad.

En consecuencia, con este trabajo pretendemos responder a las siguientes preguntas: ¿Qué acciones o prácticas lleva a cabo el equipo de salud perteneciente a las UPAs en casos en que perciban situaciones de violencias? ¿Consideran que la implementación de la Guía benefició su práctica profesional? ¿La reconocen como una herramienta que les permitió identificar situaciones de violencias que previamente eran inadvertidas?

## **El sistema de salud y los equipos interdisciplinarios**

Como ya mencionamos el primer nivel de atención es el más cercano a la comunidad, es el primer contacto que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención, mediante actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Cecilia Canevari (2011), describe un organigrama funcional del sistema de salud en la provincia de Santiago del Estero que permite identificar los diferentes niveles con sus correspondientes complejidades. Esta estructura, ofrece la posibilidad de coordinación intrasectorial con diversas instituciones que buscan garantizar el derecho de acceso a la salud de los/as ciudadanos/as. Este sistema fue diseñado en la década de los 70', estructurado por doce zonas sanitarias, cada una de ellas con un hospital zonal de referencia y varios hospitales distritales (de menor complejidad). Algunas zonas, cuentan con hospitales de tránsito (de complejidad mínima) y/o postas sanitarias que funcionan como instituciones pertenecientes a la Atención Primaria de la Salud (A.P.S) en zonas rurales. Destaca dos avances producidos en el sistema de salud: por un lado, a partir del año 2003 (con la intervención federal) se crearon las UPAs en la ciudad Capital (25) y La Banda (9); y por otro, un avance relacionado a la incorporación de programas nacionales de políticas públicas en términos de A.P.S. destinados a la atención de 277.312 habitantes en la capital y 180.000 aproximadamente en la ciudad de La Banda (CNPYV- INDEC, 2010).

Julio Vignolo, Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa (2011), dicen al respecto que las UPAs representan organizaciones que permiten resolver las necesidades de atención básica y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción, prevención y por procesos de recuperación y rehabilitación. Se caracterizan por contar con establecimientos de baja complejidad, donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas de salud prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, posibilitando una atención eficaz y oportuna. Por consiguiente, responden a una necesidad de descentralizar los hospitales para la atención de aquellas problemáticas que no representen urgencias. Teniendo en cuenta que están en contacto permanente con la comunidad, facilitando el trabajo de articulación con las demás instituciones que se encuentran tanto dentro del área de cobertura, como aquellas limítrofes, logrando de este modo contemplar la salud de una manera holística o integral.

Los equipos de salud comunitaria representan uno de los puntos de contacto de atención en el primer nivel. Por ello, es importante que los mismos detecten la existencia de la problemática de la violencia contra las mujeres y planteen estrategias en pos de realizar un acompañamiento adecuado a las mismas.

La mayoría de las mujeres se aproxima al sistema de asistencia tempranamente en sus vidas por diversos motivos: consultas por dificultades en su salud, anticoncepción, seguimiento de embarazo y parto, atención de sus hijos/as, etc. Estos acercamientos representan oportunidades para detectar casos de violencia.

El equipo comunitario, independientemente de la disciplina de cada uno de sus integrantes, puede identificar ciertos síntomas y signos en las consultas y asociarlos con una probable situación de maltrato. La escucha activa y el compromiso por la tarea son condiciones básicas necesarias para poder conocer la situación de las mujeres y acompañarlas. Teniendo en cuenta que cada proceso violento que se concrete amenaza la vida, altera la salud, y pone en escena la muerte como realidad o como posibilidad próxima (Agudelo, 1990).

## **El surgimiento de la campaña “Abramos los ojos, ya es hora de ver”**

Los orígenes de esta campaña se fundamentaron en la necesidad de prevenir la violencia patriarcal y de difundir información sobre los diferentes organismos provinciales destinados a atender, asesorar y acompañar a las mujeres en situación de violencia. Como expresan Virginia Palazzi, Patricia Arenas y Cecilia Canevari (2014:3), la campaña apunta a la desnaturalización de la violencia menos advertida (a la física se la reconoce), aquella que en silencio, simbólica y psicológicamente, atenta contra la libertad y los derechos de las mujeres. De esta manera, el propósito fue instalar, a través de una estrategia comunicacional, la crítica reflexiva y la información precisa para actuar al respecto.

Entre los objetivos de la campaña, se resaltó en primer lugar la necesidad de visibilizar los diferentes tipos de violencia contra las mujeres y dejar en claro que violencia no implica solamente *el golpe*. En segundo término apuntó a alertar a la comunidad instándole a desnaturalizar las situaciones cotidianas de violencia. En este sentido, el último propósito fue incorporar en todas las piezas comunicativas los nombres, direcciones y teléfonos de los diferentes organismos que trabajan en esta problemática en la provincia de Santiago del Estero, ofreciendo a las mujeres información clara, puntual y precisa para actuar según las situaciones particulares (Palazzi et al, 2014).

En resumen, el mensaje trabajado por medio de la campaña se expresa de la siguiente manera:

Hay distintos tipos de violencia contra las mujeres que están naturalizados (violencia en el noviazgo, violencia doméstica, violencia contra la diversidad, violencia simbólica y psicológica etc.). Sin embargo, no tiene porqué ser así. Si abrimos los ojos con visión crítica podemos darnos cuenta que la violencia no es normal y a partir de esta reflexión revertir la situación desde nuestros lugares, con acciones simples y cotidianas. Porque la única manera es el respeto a una vida libre de violencia. Y para eso ya se está trabajando de modo interdisciplinario desde el Estado y desde la comunidad en general (Palazzi et al, 2014).

Con el propósito de conocer los orígenes de la guía, realizamos una entrevista a la Mg. Rosa Isac, directora de la Dirección de Género de la provincia durante ese proceso.

En la mencionada entrevista, Isac afirma que la guía de atención es producto de un proceso de articulación progresiva iniciado en el año 2009 con el Ministerio de Salud de la provincia. Comenta que un hecho de violencia sexual atendido en la Dirección de Género, se plantea como un caso testigo dando inicio a la búsqueda y a la elaboración de un diagnóstico sobre cuáles eran las respuestas del sistema de salud en la provincia ante estas situaciones. Ante la inexistencia de medicación de emergencia, y de atención integral a las víctimas, con su equipo, se propuso trabajar en ello. El resultado fue la elaboración de un protocolo de atención a mujeres en situación de violencia en los centros de salud, que luego fue incorporado en la Ley provincial N° 7.032. En los siguientes años, este trabajo se profundizó, con la aprobación por resolución ministerial de dos proyectos vinculados a la formación en todo el territorio de la provincia del Programa Provincial de Sensibilización, Promoción y Prevención de Violencia de Género: "La salud desde un enfoque de Género" (Resolución Interna N°378/12) y Proyecto "Jornadas sobre derechos y salud de las mujeres" (Resolución interna N° 377/12). La puesta en marcha de tales proyectos, generó la necesidad de configurar una herramienta que les sirva de orientación para la atención a mujeres en situación de violencia que llegaban a los centros de salud en toda la provincia. En este contexto nace la Guía de atención a mujeres en situación de violencia para todo el sistema de atención primaria de salud.

En ese sentido, expresa Isac, se inicia la tarea del equipo de la Dirección de Género de elaborar la guía (de manera articulada con APS, la Universidad Nacional de Santiago del Estero y algunas organizaciones sociales). Finalizada su confección, se inicia un proceso de capacitación para el uso y aplicación de la misma entre 2013 y 2014. Posteriormente, pusieron esfuerzos en formar a los/as integrantes del Programa Médicos Comunitarios (tarea que se dio entre 2015 y 2016).

Fue una decisión política considerando que la articulación con el Ministerio de Salud y con APS tenía sus dificultades. No se evidenciaba una decisión de sostener este proceso de formación para la aplicación de la guía. Las personas designadas para las instancias de capacitación no eran siempre las mismas y ello era un obstáculo para la formación de profesionales que luego serían multiplicadores de información hacia el interior de las UPAs que representaban. Otro de los obstáculos estaba orientado al monitoreo de su aplicación ya que existía poca claridad en torno a quienes eran los/as referentes. Lo anterior, diluía los esfuerzos y las demandas que seguían llegando a la Dirección de Género. Eran constantes las llamadas en situaciones críticas de los/as funcionarios/as de las UPAs sin capacidad de intervención y de responsabilidad en la tarea. Enojos, situaciones de desborde e impotencia de los/as mismos/as al desconocer como abordar las situaciones de violencia con las que llegaban las mujeres (Entrevista a Rosa Isac, 2018).

La mencionada Guía contiene información sobre los diferentes tipos de violencias, su ciclo, indicadores de sospecha, motivos de consulta frecuentes, indicadores físicos visibles, indicadores psicológicos o emocionales, recomendaciones sobre la atención a mujeres víctimas de violencias, protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, lugares donde consultar y lugares donde efectuar una denuncia, brindado así un lineamiento de acción ante esta problemática para su implementación (Ver Guía en anexo N° 1).

Esta herramienta apuntó a brindar conocimientos en términos de detección y derivación de la violencia, aunque se fueron identificando ciertas limitaciones tales como que el personal destinado a la formación no fue el mismo en cada encuentro o que el mismo equipo reflejaba ciertos estereotipos de género que respaldan la violencia patriarcal en el contexto de la salud.

## **Aspectos Metodológicos**

Este trabajo fue desarrollado con una metodología cualitativa, ya que nos permitió conocer las particularidades de la atención a mujeres en situación de violencia en las UPAs en torno a la implementación de la Guía de Atención a Mujeres Víctimas de Violencias. Sigue un diseño de investigación flexible, que busca la comprensión de la realidad y la perspectiva de otras personas (Taylor y Bogdan, 1987). Asimismo, lo efectuamos con un enfoque etnográfico, orientado a la construcción de significados generados por los/as propios agentes sociales a partir de una concepción dinámica, donde recogimos e interpretamos en profundidad opiniones, discursos y acciones. Hicimos especial énfasis en los diferentes niveles de descripción e interpretación: qué ocurre, las causas y cómo perciben los/as agentes la problemática de la violencia contra las mujeres.

Lo anterior, nos permitió recoger las voces de los/as participantes referidas al reconocimiento de la problemática de las violencias en el ámbito de la atención primaria de la salud, en cuanto a las acciones prácticas desarrolladas antes y después de la implementación de la Guía y en cuanto a su utilidad como herramienta para detectar casos previamente inadvertidos.

Llevamos a cabo la investigación en terreno a través de la observación participante, las entrevistas no dirigidas y la residencia prolongada con los/as profesionales pertenecientes a las UPAs (Guber, 2001:16). Concedimos vital importancia al discurso individual con el propósito de capturar las particularidades de las percepciones subjetivas de los/as participantes a través de entrevistas semiestructuradas iniciales y luego en profundidad. El método propuesto, fue el más efectivo para alcanzar el propósito de este trabajo, ya que permitió un profundo acercamiento a la realidad tal como la experimentaron los/as involucrados/as.

Realizamos un total de dieciocho entrevistas y varios encuentros no planificados en diferentes espacios. Efectuamos diecisiete entrevistas individuales, una grupal, y aproximadamente doce conversaciones informales con los/as profesionales (entre ellos/as: médicos/as de familia, trabajadoras sociales, agentes sanitarios, educadoras para la salud, obstétricas y en el caso de la entrevista grupal, agentes sanitarios/as) pertenecientes a dos UPAs ubicadas en la zona norte de la ciudad Capital de Santiago del Estero.

Cabe destacar que el período de formación académica de los/as trabajadores/as de las instituciones son variados, ya que los/as agentes sanitarios o auxiliares de enfermería realizaron un curso de aproximadamente doce meses (habilitando su inserción laboral) mientras que otros/as realizaron carreras universitarias de diez años o más, como los/as profesionales médicos. Lo anterior refleja los diferentes grados de acción y jerarquías dentro de la unidad y las particularidades de un trabajo interdisciplinario en donde se asocian los saberes para un mayor y mejor despliegue en el campo de salud.

## **Descripción del campo de cobertura**

Este trabajo se llevó a cabo en dos UPAs ubicadas en la zona noroeste de la ciudad capital de Santiago del Estero. El área de cobertura de cada una de ellas, abarca tres barrios (es decir, comprenden un total de seis barrios), los cuales se fueron ampliando debido al crecimiento poblacional, expandiéndose hacia terrenos fiscales. Ante esta realidad ambas comparten territorios, ya que cuentan con una escasa cantidad de recursos humanos para cumplir con el objetivo de cobertura del 80 por ciento de la población.

Abarcan algunos de los llamados barrios periféricos de la ciudad, territorios olvidados que no tienen acceso a los servicios que el Estado debería de garantizar, tales como: luz, gas, recolección de residuos y vivienda digna. Cabe aclarar que los hogares no tienen acceso a redes de gas natural y cloacas; y en relación al agua y la luz se proveen en algunas zonas de los barrios y a medida que nos alejamos del centro de los mismos, éstos tienden a desaparecer.

Conviven en estos barrios viviendas construidas de material (concreto, cemento, ladrillos, bloques), la mayoría de ellas con revoque grueso y sin pintura; y en las periferias hay casillas con otro tipo de características más bien de tipo rancho (de chapa, barro, a base de cañas y muchas de ellas apuntaladas con troncos de madera). Gran parte de las aberturas (puertas y ventanas) están cubiertas con bolsas de nylon fijadas con alambres. Hay un canal abierto, terrenos en donde se acumula chatarra, basurales, criaderos de animales y asentamientos para el cuidado de caballos que en su mayoría, son utilizados como recurso de trabajo para la recolección de cartón y chatarra. Por otro lado, los varones frecuentemente trabajan realizando “changas” (trabajos ocasionales, generalmente en tareas menores) o como obreros de la construcción. Las mujeres en su mayoría se dedican al cuidado de los/as hijos/as, de los enfermos y a las tareas del hogar.

## **Recursos humanos y económicos con que cuenta las UPAs**

Los recursos humanos de las UPAs están conformados por equipos interdisciplinarios, que incluyen: agentes sanitarios/as, educadores/as para la salud, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, obstétricos/as, trabajadores/as sociales y médicos/as clínicos/as. También contemplamos como recurso humano, al personal de maestranza y administrativo.

En términos edilicios y de infraestructura, estos centros, cuentan con salas de emergencia y de enfermería, consultorios, farmacias, sanitarios, salas de espera, salones de usos múltiples y salas de administración.

Asimismo, cuentan con planes y programas nacionales y provinciales de salud, que permiten brindar un mayor abanico de respuestas a algunas de las necesidades y problemáticas que puedan presentar los/as destinatarios/as del área de cobertura. Por último, consideramos relevante destacar, que ninguna de las instituciones cuenta con vehículo propio que facilite el acceso al terreno o que efectúe derivaciones ante situaciones emergentes.

## **Recuperando las voces de los/as entrevistados/as**

La violencia contra las mujeres representa un atentado contra los derechos humanos de las personas, cuyos efectos trascienden del ámbito privado al público. Esta apreciación configura una ruptura con las tradiciones que la han naturalizado y confinado al ámbito privado, y hace posible establecer su trascendencia como hecho público, punible y evitable. Con frecuencia, dicha violencia es tolerada o minimizada (Castro, 2004) debido a la persistencia de su significación cultural como un hecho normal, por ende resistente al cambio.

Para dar respuesta a los objetivos de este trabajo, realizamos entrevistas a un grupo de profesionales y agentes sanitarios pertenecientes a dos UPAs de la provincia de Santiago del Estero. Al indagar a los/as entrevistados/as sobre las particularidades de cómo llegan las mujeres a la consulta y cómo detectan si transitaban por situaciones de violencia, respondieron:

He visto varios casos... muy diferentes... en todos ellos, primero me enfoco en escuchar y mirar. Lo que dice y evidencia es muy importante para el diagnóstico y tratamiento de estas situaciones. A veces vienen con marcas visibles, otras veces su discurso es el que da indicios probables de algún tipo de violencia... cómo se siente por ejemplo, o cuando comenta situaciones de la vida diaria con su marido o con su familia (Ana, 55 años, agente sanitario).

En las consultas que realizan las mujeres, muchas veces es necesario indagar si existen situaciones de tensión, actitudes controladoras por parte del varón, si hay celos que ahogan, quién toma las decisiones en la pareja, cómo se resuelven los conflictos y cualquier otro indicador que pueda dar cuenta de un vínculo potencialmente violento (José, 52 años, médico de familia).

En un primer acercamiento, es posible afirmar, que existe un rechazo general hacia la idea de violencia, aunque es preciso aclarar, que no todas sus formas mantienen el mismo grado de valoración. Existe un rechazo mayormente extendido hacia las agresiones físicas y sexuales. Por el contrario, la violencia psicológica o emocional, patrimonial y/o simbólica no genera las mismas opiniones, evidenciando un cierto grado de tolerancia por parte de los/as profesionales entrevistados/as.

Sin embargo, es de gran relevancia considerar, que el enfoque biomédico con el que se intenta abordar estas situaciones, mediante la realización de un diagnóstico y elaboración de un tratamiento para *curar o remediar* la violencia, evidencia una visión limitada de la problemática, centrando los esfuerzos en *sanar*, sin tener en cuenta que la violencia transversaliza varias dimensiones que conforman la vida de las mujeres.

Si vienen con golpes claro que intervendría... pero cuando me cuenta que le dice algo ofensivo, cuando le cierra la puerta en la cara o cuando le quita la plata... no sé qué podría hacer... eso ya no me interesa escuchar... no me compete (Juan, 42 años, agente sanitario).

Rita Segato (2003), vislumbra el grado de naturalización del maltrato contra las mujeres en las percepciones subjetivas de la población de todas las edades, expresando que se evidencia, por ejemplo, en un comportamiento reportado una y otra vez, por todas las encuestas sobre violencia en el ámbito doméstico: cuando la pregunta es colocada en términos genéricos: “¿usted sufre o ha sufrido violencia?”, la mayor parte

de las entrevistadas responden negativamente. Pero cuando se cambian los términos de la misma pregunta nombrando tipos específicos de maltrato, el universo de las víctimas se duplica o triplica. Eso muestra claramente la importancia de las percepciones y el carácter digerible del fenómeno, percibido y asimilado como parte de la *normalidad* o, lo que sería peor, como un fenómeno *normativo*. La falta de la perspectiva de género en el abordaje de la problemática está vinculada a la escasa participación en espacios de formación sobre la aplicación de la Guía de Atención, que devienen en la dificultad realizar un análisis crítico del contexto en el que realizan su labor.

Muchas veces ellas niegan el maltrato, porque no reconocen como tal al mismo. Piensan que es algo natural, normal, que es propio del trato entre parejas. Dicen que está cansado, que tiene problemas, que ella provoca eso... en fin... lo justifican de miles de formas. Por eso yo de a poquito trato de explicarle que no está bien que la trate así... pero tiene que ser despacio... de a poco... sino no vuelve más aquí ni tampoco me abre la puerta de la casa (Eliana, 30 años, trabajadora social).

En la expresión anterior, la profesional hace referencia a la naturalización de las situaciones de violencia vividas por algunas de las usuarias de la institución de salud. Advierte que es necesaria una escucha y acompañamiento activo de las mujeres en esas situaciones, empleando estrategias de abordaje tales como la de ir “despacio”. De esta manera, no obstaculiza el derecho de acceso a la salud (“sino no vuelve más aquí ni tampoco me abre la puerta de la casa”), sino que además brinda herramientas para que ella pueda tomar una decisión con respecto a sus circunstancias.

Respecto a las acciones que llevan a cabo cuando observan o sospechan de situaciones de violencias, evidenciaron:

A veces vienen solas y otras veces acompañadas. Es diferente en cada caso. Si vienen con sus parejas, en algún momento le pido que se retire del consultorio ya que debo examinarla, o tomarle una muestra, o cualquier otra cosa. En ese momento aprovecho para indagar sobre cómo está, cómo se siente, cómo es la relación con su pareja, si considera importante decirme algo, entre otras cosas. Si vienen solas, y tengo alguna sospecha por algún indicador físico o psicológico... pregunto... y si me niega... pero sigo con la duda... trato de alargar la consulta, de generarle confianza... de indagar sobre otros aspectos... dar lugar a que ella hable (Noelia, 35 años, obstétrica).

Tenemos pegado en la pared el protocolo de acción que nos facilitó la Dirección de Género de la Provincia... después de hacer el contacto con la mujer... nos guiamos de ahí... aunque yo siempre consulto con las trabajadoras sociales, ellas tienen más claro cómo seguir... pero más o menos sería así... si la mujer está de acuerdo, vemos la posibilidad de hacer una denuncia, de vincularla con otras instituciones... le aclaramos que la vamos acompañar en el proceso, le entregamos también folletos muy claros sobre qué tiene que hacer en situaciones de urgencia (Mario, 38 años, agente sanitario).

Las instituciones cuentan con tres modelos de folletos que fueron facilitados por la Dirección de Género de la Provincia. El primero de ellos hace referencia a la importancia de abrir los ojos y ver que la violencia contra las mujeres implica una violación a sus derechos, ocasionando daños en el cuerpo, en las emociones y en el grupo familiar. Menciona el ciclo de la violencia y sus tipos, destacando la importancia de romper el silencio y buscar ayuda si se encuentra en una situación de riesgo. Refleja información sobre la Oficina de Violencia Familiar y de la Mujer del Poder Judicial en la ciudad capital, en Añatuya, Frías, Termas de Río Hondo y un número gratuito a un centro de asistencia. Si necesita intervención o un acompañamiento en el proceso de salida a la violencia, el folleto sugiere el acercamiento a la Dirección de Género de la Provincia, mencionando dirección, teléfono, días y horarios de atención. Por último, menciona los diferentes espacios en los que se pueden realizar las denuncias por los delitos en su contra y algunas recomendaciones en el caso de que viva en algún lugar alejado.

El segundo folleto, menciona algunas sugerencias a tener en cuenta en el caso de que la mujer haya sido víctima de una violación. Se menciona la importancia de pedir ayuda, de conservar la prueba de la agresión y lugares donde recurrir en caso de haber sufrido violencia sexual.

Por último, el tercer folleto pone énfasis en las leyes N°26.485 y 7.032 como un logro y conquista para todas las mujeres. Brevemente, define a la violencia, los modos de ser ejercida, los tipos de violencias, espacios en los que se puede producir, el accionar de la policía, direcciones y teléfonos útiles en la ciudad de Santiago del Estero, ciudad de la Banda e interior de la provincia.

Las UPAs poseen este material en sus oficinas y consultorios; aunque no todos/as las/los profesionales saben que cuentan con ellos para complementar y reafirmar lo conversado con las mujeres dentro o fuera de la institución (en los relevamientos intrasectoriales). Es decir que, aunque el material esté disponible para su uso, los/as mismos/as profesionales desconocen su existencia o no los consideran como un recurso de apoyo a lo manifestado verbalmente en el acompañamiento de mujeres.

En caso de que una mujer comente que sufrió violencia en alguna de sus manifestaciones, los/as profesionales evidenciaron que lo fundamental es brindar apoyo, información y asistencia, para posteriormente conocer su decisión sobre el futuro proceder. Sin su consentimiento no consideran adecuado intervenir ya que puede traer aparejadas nuevas consecuencias que afecten su salud integral. En el caso de que accedan a recibir la asistencia del equipo, se realizan las correspondientes denuncias, derivaciones para recibir apoyo psicológico, se tramitan ayudas económicas y atención especializada. Asimismo, muchos de los acompañamientos mencionados finalizan una vez realizada la denuncia, y no plantean un seguimiento permanente dentro del contexto en el que se encuentran las mujeres.

Por otro lado, cuando indagamos sobre el conocimiento y la implementación de la Guía, la totalidad de los/as profesionales entrevistados/as conocen o han oído hablar de ella, aunque en la mayoría de los casos ignoran su contenido.

La guía nos sirve como elemento para orientarnos con el modo de abordaje de estos casos... es una realidad que no todo el equipo la conoce y/o la utiliza como orientadora en el trabajo... pero poco a poco estamos tratando de recurrir a ella más seguido, incorporar nuevas estrategias, no sólo dirigidas al equipo de salud sino también a la comunidad... tratamos de realizar cada vez con mayor frecuencia algunos encuentros, talleres o reuniones en los que podamos dialogar más sobre este tema y evaluar la situación de las mujeres que transitan o han transitado por estas experiencias. Es cierto que algunos saben más que otros, algunos tienen más resistencia que otros... pero no hay que negar la realidad... un equipo de salud debe y tiene que saber cómo actuar en cada caso (Micaela, 28 años, agente sanitario).

Particularmente, la guía me ha servido para entender que aunque no haya profesionales de todas las disciplinas, psicólogos por ejemplo, eso no implica que debamos quedarnos con los brazos cruzados justificando la falta de personal... sino todo lo contrario, cada uno, desde nuestro espacio, podemos hacer algo ya que existe un protocolo, una guía, instituciones a las que podemos acudir... si las mujeres se acercan al centro bien, y si no, hay que salir a buscarlas (Karina, 60 años, médica de familia).

Esos casos no competen a mi rol, eso es propio de los agentes sanitarios, o de las trabajadoras sociales. He escuchado hablar de la guía, aunque no la he visto nunca (José, 48 años, médico clínico).

En relación a lo anterior, se vuelve imprescindible que cada equipo de salud contemple que lo necesario no es contar con un grupo de profesionales de todas las especialidades sino que, los/as trabajadores/as intervinientes en un equipo, independientemente de la cantidad que sean, deben tener conocimiento del paradigma de protección integral y de los protocolos de atención a mujeres en situación de violencia para poder auxiliarlas y acompañarlas siempre que lo necesiten. Conocer las características del vínculo permite al equipo trabajar con las mujeres el supuesto de que existen situaciones de alerta de las que puede cuidarse, recibir soporte para comprender lo que sucede y saber a quién recurrir para un eventual pedido de ayuda.

Algunos compañeros saben más que otros sobre el tema y están en contacto permanente con distintas instituciones, como la Dirección de Género, la OVD (Oficina de Violencia Doméstica), la DINAF, SUBNAF, comisarías y otros centros de Salud. Ellos son los principales encargados de organizar reuniones con el equipo, de establecer estrategias de trabajo con la comunidad, de llevar un registro más preciso de los casos de violencia, de realizar talleres en los colegios, entre otras cosas... pero también hay otros que tenemos más conocimiento y nos especializamos en otras problemáticas (Laura, 33 años, educadora para la salud).

En algunos casos, se evidenció la falta de internalización o desconocimiento de las temáticas trabajadas mediante el proceso de capacitación de la Guía y la falta de compromiso de todos/as los profesionales que componen el equipo de salud lo que dificulta la detección de situaciones críticas de parte del equipo, vinculada en parte a la falta de interés y/o a un juicio de valor proveniente de la naturalización de la violencia. Un juicio no sólo culpabilizador, sino también, que asocia la agresión a la cotidianeidad sin cuestionamiento alguno. Manifestaron que la problemática de la violencia patriarcal no es de su interés, ignorando que a pesar de ello, es necesaria su formación y conocimiento de los protocolos a seguir.

En unos pocos casos, desconocer el contenido de la Guía no impidió el acompañamiento de las mujeres y el pedido de asistencia y articulación con otros/as profesionales que poseen mayor conocimiento sobre el modo de abordaje.

A la de la esquina le pegan porque no es entera... eso es cosa de ellos, de la pareja, yo en esas cosas no me meto... por algo será, seguro que algo ha hecho (Juan, 42 años, agente sanitario).

Ya vino varias veces, dice que él la trata pésimo, que no le da plata para que compre comida para los chicos... el otro día me contó que llegó borracho y le rompió la mesita de madera que le había regalado el padre. En una ocasión logramos que haga la denuncia, que después la levantó... entonces pienso que si está en esa situación es porque quiere" (Nicolás, 41 años, agente sanitario).

En relación a lo anterior, aparece un interrogante vinculado a los modos de proceder cuando las violencias son ejercidas por el propio equipo de salud, teniendo en cuenta que, varios/as de ellos/as no trabajan a partir del lineamiento implementado por la normativa y muchas veces replican la violencia en el sistema de salud. Por lo tanto, se hace visible la necesidad de deconstruir la naturalización e invisibilización de la violencia en cada equipo. Es preciso abordar de manera profunda, continua y permanente las temáticas de género, para garantizar un real acceso al sistema de salud, a través de una mirada social e integral de los/as individuos, familias y comunidades.

Las expresiones *algo habrá hecho, si está en esa situación es porque quiere, yo no me meto, eso no me interesa escuchar* reflejan al ejercicio de la violencia como una práctica normal, culpabilizadora y esperada hacia las mujeres, justificando que las mujeres son aquellas que se lo buscan, que se dejan y que se lo merecen. Tales prejuicios dificultan la detección, el acompañamiento efectivo de las mujeres y el desarrollo de estrategias que posibiliten la salida de situaciones de violencia. Una de las dificultades reside en que los/las profesionales de la salud tienen una formación muy centrada en el cuerpo y en los procesos biológicos por lo que les cuesta asumir una mirada social de los problemas de las personas que asisten. Se evidencia la necesidad de poder trabajar desde una mirada amplia de salud donde lo social juega un papel clave.

Es complejo para una mujer reconocer que sufre violencia, decidir pedir ayuda y acercarse a un centro de salud. Los prejuicios, mitos y estereotipos asociados a su rol de mujer frecuentemente paralizan su accionar colonizando su subjetividad, amortiguando sus deseos, intereses, aspiraciones, posicionándose en una posición relegada frente a los varones. Transitar por situaciones de violencias genera efectos subjetivos en diferentes niveles forjando en muchos casos síntomas de angustia, pánico, traumas y dependencia emocional. Es fundamental, desterrar la imagen de mujer delineada durante siglos como frágil, emotiva, dependiente, sexualmente pasiva y predestinada a la maternidad (Fernández, 1993).

En definitiva, el contenido de la Guía resultó beneficioso en el trabajo con esta problemática ya que brinda lineamientos para detectar, prevenir y/o acompañar a las mujeres que experimentaron situaciones de maltrato. Asimismo, ofrece un gran número de medios e instituciones para garantizar su protección. Entonces, el trabajo de prevención desarrollado a nivel comunitario, hace posible y facilita la detección temprana de estas situaciones. De esta manera se contribuye a disminuir la influencia de daños que sufren las mujeres y

también, a prevenir posibles femicidios. Por otro lado, la sensibilización sobre esta temática, impulsa a la comunidad misma a plantearse y asumir diferentes formas de protección, cuidado y/o sanción. Cabe aclarar que si bien es una herramienta beneficiosa en términos de su aplicación, se necesita de un compromiso real de los actores de salud para un impacto efectivo, la Guía es un instrumento que permite comenzar a analizar la realidad y actuar ante ella, pero es necesario seguir profundizando y sostener políticas públicas para trabajar esta problemática. Si bien se pudieron contemplar situaciones en las cuales resultó beneficiosa hubo otras en donde el mismo sistema de salud es productor/reproductor de violencia contra las mujeres poniendo así y obstáculos para acceder a la atención en salud.

### **A modo de conclusión**

En el transcurso de la última década, se desplegaron nuevas políticas públicas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Se pusieron en discusión las concepciones de la violencia doméstica, propiciando un pasaje de las mismas del ámbito privado al espacio público, a través del reclamo de respuestas institucionales frente a esta problemática. Se desarrollaron leyes y políticas públicas de protección, se crearon oficinas especializadas y programas encaminados a fortalecer el funcionamiento del sistema judicial frente a las denuncias de las mujeres. Progresivamente, se avanzó en la comprensión social de la violencia como asunto de relevancia pública que debe ser prevenido.

El desafío de los/as profesionales de la salud está orientado a acompañar y promover estos espacios y dispositivos colectivos donde las mujeres logran desarrollar su autonomía. De esta manera, se aportará a la construcción de una sociedad más equitativa donde las mujeres no estén posicionadas en una relación de desigualdad frente a los hombres. Tal como expresa Rita Segato (2016), cuando afirma que la consigna sería retejer la comunidad a partir de los fragmentos existentes. De igual manera, manifiesta que la historia de las mujeres debería ser fuente de inspiración, ya que pone su acento en las relaciones de cercanía, en su forma de hacer política en ese contacto corporal. Por lo mismo, es menester referirse a una nueva forma de hacer política desde una mirada comunitaria, donde las mujeres tengan la posibilidad de tejer redes sororas de acompañamiento, contención y protección encaminadas a nuevas relaciones sociales.

Las UPAs representan dispositivos donde es posible construir un ejercicio comunitario integrado, que priorice la promoción de la salud y actúe efectivamente ante indicadores de riesgo. El acompañamiento a las mujeres en situación de violencias es complejo y requiere pensar en estrategias de abordaje para cada caso. Son pilares fundamentales la formación y el trabajo en equipo para un acompañamiento integral. Conocer el ciclo de la violencia e informar a las mujeres sobre él, es esencial para comprender la dinámica que posiblemente adopten los vínculos, poder prevenir los momentos de agresión y trabajar con los posibles factores protectores que eviten mayores daños.

Pero también puede ser un sector excluyente y obstaculizador del ingreso a la atención en salud en su sentido amplio, debido a la naturalización de la violencia y la falta de formación interdisciplinaria por parte de los/as profesionales ya que no solo se naturaliza la violencia, sino un modelo de atención centrado en lo biológico, en donde el análisis desde el contexto queda relegado a las opiniones y modelos de solución propuestos por el/la profesional interviniente. Lo anterior, limita el acompañamiento real a las mujeres que se encuentran ante situaciones de violencias. De ahí la importancia de la incorporación de una perspectiva de género para poder aplicar efectivamente una (de las que esperamos, en un futuro cercano sean muchas) de las políticas públicas destinadas a la atención de mujeres en situación de violencias en el ámbito de la salud.

Para realizar un trabajo de sensibilización en la comunidad desde la UPA, es fundamental contar con un conjunto de profesionales capacitados, conocer la comunidad en la que se trabaja, las particulares formas de expresión de la violencia contra las mujeres en ese contexto determinado y cuáles son los modos en que la violencia se expresa en esa cultura.

Esta sensibilización puede llevarse a cabo mediante reuniones o talleres con las personas que integran la comunidad, el trabajo en equipos sobre las representaciones y modos de entender la violencia contra las mujeres, sobre lo que implica los roles aprendidos de ser mujer y de ser varón en el espacio local particular, entre otros temas. Es preciso que los/as profesionales puedan reconocer la magnitud y extensión que el problema tiene en la comunidad del área programática (a nivel local, provincial y nacional). De esta manera, podrán promover el trabajo en la comunidad para hacer visible este problema en cada zona.

La construcción de datos cuantitativos está en expansión y también un universo de leyes, bajo la presión de diversos organismos, pero es necesario acompañar esos datos y esas legalidades para que den un marco de sentido, que orienten la conciencia y la práctica de todos aquellos que trabajan por este objetivo.

La erradicación de la violencia contra las mujeres incluye el esfuerzo de todos los sectores sociales en cuanto a la desnaturalización del fenómeno. Un compromiso que apunta a la revisión de las prácticas individuales y sociales desde una perspectiva de género, salud integral y derechos humanos, desde un trabajo aunado de los diferentes sectores y áreas abocadas a la problemática. Es fundamental formar y concienciar desde temprana edad, ya que es difícil transmitir el respeto y la equidad sino provienen de un convencimiento profundo, el cual puede generarse desde un inicio utilizando los contenidos adecuados y por medio de círculos adecuados, tales como la familia, la escuela e incluso los medios de comunicación y las áreas que competen al Estado. El mensaje explícito e implícito de los servicios de salud será que las relaciones de violencia son inaceptables y nadie debe ser maltratado/a. Es fundamental el trabajo en redes y el desarrollo de estrategias comunitarias para la promoción de la salud, la participación y el ejercicio de la ciudadanía.

De esta manera, se propicia la construcción de acciones efectivas para el desarrollo de nuevas estrategias que posibiliten la salida de situaciones de violencias a través de la construcción de nuevas formas de vinculación basadas en la equidad, en el respeto y en la autonomía.

## **Bibliografía**

- Agudelo, Franco (1990). *La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región*. Boletín epidemiológico. Organización panamericana de la salud, 1-7. [Recuperado en 13 de enero de 2018] <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32605/8387.pdf?sequence=1>
- Bodelón, Encarna (2008). La violencia contra las mujeres y el derecho no-androcéntrico: pérdidas en la traducción jurídica del feminismo. In *Género, violencia y derecho* (pp. 275-300). Tirant lo Blanch, Barcelona.
- Canevari, Cecilia (2011). "Cuerpos Enajenados: Experiencias de Mujeres en la Maternidad Pública". Barco Edita/ FHCSyS- UNSE, Santiago del Estero.
- Castro, Roberto (2004). *Violencia contra las mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Cuernavaca.
- Declaración de Alma - Ata (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978.
- Fernández, Ana María (1993). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- García Moreno, Claudia (2000) *Violencia Contra las Mujeres, Género y Equidad en la Salud*. Publicación ocasional N.º 6. Harvard
- Giberti, Eva y Fernández, Ana María (1989). *La mujer y la violencia invisible*. Sudamericana. Buenos Aires.
- González, Patricia; Yanes A., Rodríguez R., et al. (2013). *Violencia contra las mujeres: quien calla otorga: Buenas prácticas en intervención social y sanitaria desde una perspectiva de género y derechos humanos*. Mendoza.
- Guber, Rosana (2001). *Etnografía, Método y Reflexividad*. Buenos Aires: Espacio.
- La Casa del Encuentro (2018) *Informe de investigación de femicidios en Argentina desde 2008 al 2017*. Observatorio de femicidios Adriana Marisel Zambrano. CABA.
- Lemaitre, Julieta (2007). *Fetichismo Legal. Derecho, Violencia y Movimientos Sociales en Colombia*. Universidad de los Andes, Bogotá. SELA.
- Organización Mundial de la Salud (2013, junio 20). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas". [recuperado el 29 de abril de 2019] [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- Osborne, Raquel (2008). "De la "violencia" (de género) a las "cifras de la violencia": una cuestión política". *Empiria, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, 15 (p.99-124).
- Palazzi, Virginia; Arenas, Patricia y Canevari, Cecilia (2014). "Abramos los ojos, ya es hora de ver: reflexiones sobre una campaña para la eliminación de la violencia contra las mujeres". *Comunicação & Inovação*, 15(28).
- Segato, Rita (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia* (No. 334). Universidad de Brasilia, Departamento de Antropología.
- Segato, Rita (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. Mapas. Madrid.
- Taylor, Steven & Bogdan, Robert (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
- Teodori, Claudia (2016). *A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Buenos Aires: Editorial Biblos (2º edición).
- Vignolo, Julio; Vacarezza, Mariela; Álvarez, Cecilia; y Sosa, Alicia (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. [Recuperado en 13 de enero de 2018] [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).