

"Yo creo que soy una herramienta". El rol de las profesionales de la salud en la atención a mujeres en situación de violencia basada en género*

"I think I am a tool". The role of health professionals in the care of women in situations of gender-based violence

Florencia Maffeo

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Centro de Estudios sobre Democratización y Derechos Humanos (CEDEHU), Centro de Estudios Sociopolíticos (CES) de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Argentina. Sitio web ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3989-0832>. Correo electrónico: maffeoflorencia@gmail.com

Resumen

Dado el rol del personal de salud en el abordaje de la violencia por razones de género, este artículo se propone describir el trabajo de equipos de profesionales en la atención y detección de estas situaciones, observando las lógicas profesionales en las consultas y derivación. Además, se abordan los procesos de formación y la construcción de posicionamientos ético-políticos en cuanto agentes estatales. En este sentido, resulta relevante el análisis de las representaciones sobre la noción de víctima de violencia que se ponen en juego en la atención. Para esto, se parte del análisis de entrevistas en profundidad a diferentes profesionales que se desempeñan en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio de Morón, provincia de Buenos Aires, así como también en los protocolos de atención que expresan los lineamientos de las políticas públicas para la asistencia de mujeres en situación de violencia en el sistema de salud.

Palabras clave: profesionales de la salud, violencia basada en género, políticas públicas, sistema de salud, agentes estatales.

Abstract

This article aims to describe the work of professional teams in the care of women in a gender-violence situation, observing professional logics in consultations and referrals. Additionally, it analyzes the processes of training and the construction of ethical-political positions as state agents. In this sense, the analysis of representations regarding the notion of victims of violence that come into play in care is relevant. To this end, the analysis is based on in-depth interviews with various professionals working in Primary Health Care Centers, in the municipality of Moron, Buenos Aires province, as well as on care protocols that express the guidelines of public policies for assisting women in situations of violence within the health system.

Keywords: healthcare professionals, gender-based violence, public policies, healthcare system, state agents.

* Este artículo deriva de la investigación realizada en el marco de una tesis de maestría. Agradezco a la Dra. Andrea Voria por la dirección de la tesis que dio origen a este artículo.

Introducción

Los servicios de salud tienen un lugar clave para la detección y atención de situaciones de violencia por razones de género, en particular de las mujeres. Esto se debe a que es una población que visita regularmente estas instituciones, tanto para la atención de su propia salud, en particular la sexual, debido la naturalización de su función reproductora y la mirada biomédica que existe para este tipo de consultas, como en su rol de cuidadoras, acompañando a familiares a las consultas (Teodori, 2015). Además, la Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir la violencia contra las mujeres establece el rol del personal de salud para la detección y asistencia de las mujeres, a partir de protocolos de atención, implementación de equipos interdisciplinarios y capacitación profesional.

Así, el rol del personal de salud en el abordaje de la violencia por razones de género es clave, en particular, en los servicios de atención primaria, que son una de las puertas de entrada al sistema sanitario. Por lo cual, este artículo se propone analizar el rol las profesionales de la salud¹ en la atención y detección de situaciones de violencia basada en género, y sus representaciones sobre las víctimas de violencia, así como sus posicionamientos ético-políticos en cuanto agentes estatales que, en el marco de la implementación de políticas públicas, movilizan recursos y disputan sentidos de la política (Oszlak, 2006, 2009; Perelmiter, 2016). De esta forma, el texto se propone hacer un aporte a los estudios sobre las políticas públicas y las burocracias, observando la tarea del personal estatal en una problemática que, para su atención, requiere que, en primer lugar, las personas se identifiquen como destinatarias de la política. En el caso de las situaciones de violencia de género, la identificación del problema es central para la atención, por lo que un elemento de la política pública es la construcción de la demanda, en este caso, a partir de la consulta por un malestar en la salud.

El análisis que se presenta en este artículo es parte de una investigación más amplia sobre el trabajo de profesionales de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio de Morón, provincia de Buenos Aires, en los procesos de detección, atención y derivación de mujeres en situación de violencia basada en género. La selección de estos servicios se hizo considerando que se trata de un distrito que, desde los años 2000, venía desarrollando un proceso de transversalización de las políticas de género (Vegas, 2017), que incluyó espacios de capacitación para el personal de salud sobre violencia basada en género. Además, desde el año 2007, en los CAPS de Morón funcionan consejerías para atención de salud sexual e interrupciones del embarazo (Maffeo, 2019). Asimismo, se trata de un municipio con presencia de diversas organizaciones feministas que realizan acompañamiento a mujeres en situación de violencia, y han incidido en el diseño e implementación de políticas públicas, articulando con la gestión de gobierno municipal y los equipos la salud (ídem).

El enfoque metodológico de la investigación fue cualitativo y se aplicó la técnica de entrevistas en profundidad para reconstruir “las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1986: 101). El trabajo de campo se realizó entre 2017 y 2019, período en el que se entrevistaron a once profesionales de psicología, medicina general, ginecología, trabajo social y psicopedagogía, que se desempeñaban en estos servicios de salud. Además, se entrevistó a una médica jubilada, integrante de Mujeres al Oeste, una organización feminista de Morón con más de veinte años de acompañamiento a mujeres en situación de violencia. Las entrevistas fueron confidenciales y los nombres que se usan de referencia están ficcionalizados para resguardar el anonimato. Asimismo, se analizaron protocolos de atención a

¹ Dada la alta feminización existente del personal de salud, y considerando que la mayoría de las personas entrevistadas en este artículo son mujeres, optamos por referirnos a los y las profesionales en femenino.

víctimas de violencia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, vigentes en el período estudiado.

Este artículo se ordena en tres apartados. En primer lugar, describimos el rol de las profesionales de la salud en la detección de situaciones de violencia basada en género, en particular en casos de violencia en el ámbito doméstico. En segundo lugar, contaremos los procesos de atención y derivación, observando las potencialidades y obstáculos presentes en el trabajo interdisciplinario. En tercer lugar, analizaremos las representaciones sobre la noción de víctima y reflexionaremos sobre los efectos de esta conceptualización en los procesos de atención a mujeres en situación de violencia. Para finalizar, se presenta una síntesis sobre los desafíos del trabajo del personal estatal en el acompañamiento a personas en situación de violencia basada en género.

El rol de las profesionales en la detección de situaciones de violencia basada en género

La violencia basada en el género es una de las formas para mantener el sistema de dominación patriarcal, basado en esta división sexual del trabajo, y funciona como mecanismo de control que se naturaliza y representa como un continuum de violencias, cuya máxima expresión es el femicidio (Izquierdo, 2011; Osborne, 2009; Segato, 2003). Si bien la violencia basada en género se desarrolla en diferentes ámbitos, una de las más habituales es la que se manifiesta en el ámbito doméstico o familiar, incluidas las relaciones sexoafectivas de pareja y expareja. Según la encuesta nacional de prevalencia de violencia contra las mujeres, el 45% de las encuestadas afirmó haber vivido violencia en este ámbito (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2022). Las violencias en el ámbito doméstico se producen al ser espacios sociales en los que "la normativa de género, libre de mediaciones e inhibiciones sociales, puede desplegarse en su totalidad" (Osborne, 2009: 108).

Esta norma de género, característica de las relaciones heterosexuales, plantea la desigualdad binaria y jerárquica del varón sobre la mujer, entendidas como posiciones dentro de la estructura social (Izquierdo, 2011), que prescribe el dominio del varón sobre el resto del grupo familiar, demostrando superioridad, conquista a cambio de una supuesta protección y bienestar económico (Osborne, 2009). A las mujeres se les adjudica la responsabilidad del orden y el bienestar afectivo de la familia, en particular de su pareja, y su identidad como persona se construye en base a esta responsabilidad, por lo que el éxito o fracaso de la relación se convierte en el éxito o fracaso de su vida (ídem). Asimismo, estas relaciones se cimientan desde el ideal de amor romántico, que parte de la representación del vínculo sexoafectivo como central en la vida de las personas (Illouz, 2014; Osborne, 2009; Palumbo, 2020). Estos son algunos de los elementos que explican las dificultades subjetivas de las mujeres para terminar con estos vínculos de violencia, proceso que requiere acompañamiento para la desnaturalización de las relaciones de poder (Velasco Arias, 2006; Velázquez, 2003). Incluso, las situaciones de violencia generan malestares biopsicosociales, mientras se atraviesan una relación de este tipo, o también con posterioridad, con diversos síntomas físicos y psicológicos (Velasco Arias, 2006). Ahora bien, ¿cuál es el rol de las profesionales de la salud al acompañar a las mujeres a salir de estas relaciones y superar el malestar en su salud ante violencias vivenciadas?

Yo creo que soy una herramienta [...]. Si bien yo tengo un lugar concreto, y la persona tiene un lugar concreto, hay algo que para mí es re artesanal [...], se construye colectivamente, o sea, en el diálogo (Ana, psicóloga, 30 años).

Las profesionales entrevistadas expresan que su tarea parte de detectar la situación y colaborar en la desnaturalización de la violencia por parte de las mujeres. En general, las mujeres no llegan al sistema de salud reconociendo la violencia que viven. Si bien algunas entrevistadas plantean que después de la movilización del Ni Una Menos, el 3 junio de 2015, se produjo un cambio en la forma que varias mujeres llegan a la consulta, posicionándose como víctimas de violencia de género, esto no es lo habitual. Es por esto que las profesionales explican que su labor consiste, en principio, en ofrecer un espacio de escucha sobre el malestar manifiesto (Burín, 2010; Velasco Arias, 2006).

El trabajo de los equipos de salud empieza ubicando con las mujeres que “esas cuestiones de las que se queja y por las cuales tiene malestar, es legítimo. Que en todo caso lo que tiene que modificar no es su malestar frente a eso, porque... eso motoriza alguna posibilidad de cambio” (Nancy, psicóloga, 44 años). Entonces, la primera etapa del trabajo terapéutico consiste en acompañar a las mujeres a identificar las fuentes de ese malestar.

Los malestares con los que las mujeres llegan a la consulta en atención primaria de la salud son de dos tipos. Por un lado, hay mujeres que llegan con síntomas de ataques de pánico, trastornos de ansiedad, agorafobia o depresión. Cuando las profesionales del campo de la salud mental y social comienzan a indagar, aparece el relato de una situación de violencia, “por estar transitándola en ese momento o por haberla transitado anteriormente y estar más en un momento de separación” (Agustina, trabajadora social, 31 años). No es necesariamente un evento específico o un solo síntoma el que lleva a las mujeres a realizar las consultas, sino un conjunto de aspectos emocionales que obturan su bienestar en general. Por otro lado, los médicos y médicas reciben consultas por malestares físicos que remiten a una somatización de la violencia. Las mujeres llegan con “cefaleas o dolores abdominales, como que por ahí no tienen una patología ahí que esté justificando... y por ahí cuando vos empezás a indagar aparece algo relacionado con la violencia” (Analía, médica generalista, 39 años). Si bien en algunos casos reciben consultas por lesiones o golpes, este tipo de consultas son más frecuentes en las guardias hospitalarias (Teodori, 2015) que en la demanda de atención primaria. En estas situaciones, las profesionales se enfocan en el registro y la evaluación física, y promueven la charla sobre el origen de la lesión.

En los CAPS de Morón, otro espacio de detección de las situaciones de violencia son las consejerías en salud sexual, tanto para la demanda de interrupciones legales del embarazo² como para la elección de métodos anticonceptivos. Allí la consulta involucra una conversación sobre decisiones reproductivas y no reproductivas, que permite detectar el ejercicio de la violencia, en especial en situaciones de violencia sexual. La detección puede producirse también en una segunda instancia, en el seguimiento tras la realización de abortos medicamentosos o del uso de determinados métodos anticonceptivos como el DIU (dispositivo intrauterino), que requieren control médico. En estos seguimientos, al recontactar quienes no asisten a los controles, se detectan situaciones en las que las mujeres, por ejemplo, se ausentan porque sus parejas les obstaculizan salir de la casa.

Otra forma de detección de situaciones de violencia es partir del trabajo del personal administrativo y de las promotoras de salud. Este personal, que son mayoritariamente mujeres, tiene entre otras tareas la asignación de turnos y la recepción de consultantes. Esto implica un rol activo en el acceso al sistema de salud, ya sean consultas por demanda espontánea o programada, al ser las primeras personas con quienes interactúan las mujeres consultantes. En el

2 Al momento que se hizo esta investigación, todavía no estaba aprobada la Ley Nacional 27.610 de interrupción legal del embarazo. La consejería en atención pre y posaborto que funcionaba, atendía, primero bajo el modelo de reducción de riesgos y daños, y luego hacía indicaciones de aborto medicamentoso de acuerdo con las causales de no punibilidad, que eran cuando el embarazo fuera producto de violencia sexual o pusiera en riesgo la salud de la mujer, entendiendo la salud desde una concepción biopsicosocial.

caso de las promotoras de salud, suelen ser vecinas del barrio formadas para hacer trabajo comunitario y servir como enlace entre los CAPS y las personas consultantes. Las profesionales de la salud destacan la tarea de las administrativas y promotoras en la atención a mujeres en situación de violencia por varios motivos. Por un lado, porque conocen a la población usuaria del servicio (que es mayoritariamente de la zona) y dan alerta por situaciones de las familias a las cuales deben prestar atención las profesionales. Por otro lado, porque ante las solicitudes realizadas por las mujeres consultan a profesionales para que las atiendan y ofrecen servicios no demandados inicialmente. Por ejemplo, el caso de una mujer que llega a la enfermería para atenderse por un supuesto accidente doméstico, a quien la administrativa sugiere hablar con la trabajadora social porque sospecha que la mujer está en una situación de violencia.

De este modo, identificamos varias puertas de entrada en los servicios de salud para la detección de situaciones de violencia. En todos los casos, son claves la escucha activa y el diálogo en un clima de confianza (Maffeo, 2019; Velasco Arias, 2006; Velázquez, 2003). Esta construcción requiere de un tiempo para que la mujer identifique que atraviesa una situación de violencia. Por lo cual, si la persona no puede visualizar la situación en la que se encuentra e interrumpe un tratamiento, es importante no cerrar las puertas. Esto garantiza un espacio seguro para las mujeres, quienes suelen ser aisladas por el agresor y tienen menos control para asistir al centro de salud que a otras instituciones que puedan asesorarlas.

Procesos de atención y derivación. Intervenciones al margen de los protocolos

Una vez detectada la situación de violencia, es necesario que el equipo de salud pueda hacer una evaluación del riesgo de la situación de violencia que atraviesa la persona consultante. El riesgo se mide con relación a la probabilidad de ocurrencia de un evento y las consecuencias de dicho evento (Rocha, 2020). Al momento de hacer esta evaluación, el personal de salud debe analizar diversos aspectos sociodemográficos y de la historia de vida de las personas consultantes (edad, situación laboral, si tiene hijos/as, etc.), de la persona que ejerce violencia y caracterizar el vínculo entre ambos (ídem).

Tras la evaluación de riesgo, los equipos proponen a las mujeres espacios de atención individual y, en algunos CAPS, se ofrece participar de espacios grupales (de acuerdo con la evaluación que se haga en la primera consulta). Tanto en las terapias individuales como en los espacios grupales, los equipos de salud trabajan con las mujeres en la identificación y desnaturalización de las situaciones de violencia. Las profesionales sostienen que lo más importante no es dar indicaciones, una práctica habitual del sistema de salud, sino problematizar la violencia a partir de preguntas que habiliten reflexiones sobre los proyectos de vida, de familia y de pareja. Esto implica abordar con las mujeres los ideales del amor romántico que funcionan como fundamento del vínculo erótico-afectivo y que, en el atravesamiento de la violencia, invisibiliza la subordinación de las mujeres por parte de los varones (Palumbo, 2020).

Los espacios grupales son dispositivos organizados por algunos equipos de manera interdisciplinaria. Para cada encuentro, las profesionales organizan un tema disparador que encuadre la reunión y favorezca el intercambio. El trabajo en espacios grupales en servicios de salud son una práctica fomentada por la corriente crítica de la salud colectiva y las teorías de abordaje biopsicosocial en salud (Velasco Arias, 2006), pero también por el movimiento feminista. Que estas profesionales hayan retomado esta idea tiene que ver con su formación profesional, pero también con sus articulaciones con organizaciones feministas. De hecho, las profesionales que sostienen este dispositivo grupal se capacitaron y realizaron supervisión de

su trabajo con integrantes de la colectiva feminista “Mujeres al Oeste”.³ Según la informante de esta organización, los dispositivos grupales son espacios significativos, ya que fomentan la politización de las situaciones de violencia y el reconocimiento del carácter estructural de la violencia, al observar que no son las únicas que atraviesan estas situaciones.

Para el abordaje de las situaciones de violencia basada en género, el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires tiene protocolos de atención. En el período estudiado, estaban vigentes dos protocolos⁴ elaborados por la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género: el Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato (Resolución Ministerial 304/07) y el Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención (Resolución Ministerial 1471/09). Los protocolos son guías de técnicas que operacionalizan las leyes para su implementación y estandarizan las prácticas de atención. Como tales, son la expresión de los lineamientos de las políticas públicas del Ministerio de salud y un ejemplo de cómo el discurso médico hegemónico conceptualiza la violencia basada en género.

Al analizar el Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato (2007), puede observarse la enumeración de una serie de síntomas y señales de alerta de violencia física, psicológica y social. Estos síntomas funcionan como significantes de la enfermedad. Si bien es un protocolo para ser implementado por equipos interdisciplinarios, lo central es el examen médico: determinar cuáles fueron las agresiones sufridas, en qué partes del cuerpo, con qué objetos, etc. Asimismo, jerarquizan la denuncia como modo de intervención y enfatizan el rol del personal en la elaboración de informes y registros para ser usados por el sistema judicial. Se evidencia el acoplamiento de dos sistemas disciplinarios, el médico y el judicial, y observamos cómo se produce una transferencia del poder de juzgar a los profesionales de la salud, y a la vez el Poder Judicial utiliza a estos profesionales como auxiliares de justicia (Teodori, 2015).

Diferente es el posicionamiento que se expresa en el segundo protocolo, destinado a los equipos de atención primaria de la salud (APS). Allí se plantea el trabajo de APS como una estrategia que redefine la orientación del sistema de salud para ofrecer una respuesta integral, trabajando con la comunidad a nivel de sus determinantes. Describe la violencia como un problema de salud y su abordaje desde la salud colectiva, y fomenta la conformación de equipos interdisciplinarios. Además, se definen las tareas de promoción y asistencia, de construcción de redes con otros organismos, se explica el marco legal y cómo detectar y asistir situaciones, y se exponen flujogramas de derivación, en especial en la atención de casos de violación, abuso sexual en la infancia y aborto no punible.

Las perspectivas diferentes en los protocolos muestran las transformaciones de los paradigmas en la atención de la violencia basada en género. El primero data del año 2007, previo a la sanción de la Ley 26.485 (2009). En cambio, el segundo documento es publicado dos años después, seguramente nutrido de los debates académicos y políticos de esos años. Sin embargo, la desactualización de ambos protocolos y las escasas referencias a los abordajes para la atención estaban alejados de las experiencias de los equipos de salud.

3 Mujeres al Oeste es una organización feminista de Morón formada en 1995. Entre otras actividades, desarrolló un dispositivo de acompañamiento a mujeres en situación de violencia, basado en entrevistas individuales y espacios grupales. Además, tuvo una gran incidencia política para la implementación de políticas municipales para el abordaje de la violencia basada en género, y ha dictado cursos sobre la temática tanto a personal municipal, a principios de los años 2000, como a profesionales y la comunidad en general. La mayoría de sus integrantes son profesionales, entre las que se encuentran trabajadoras sociales, abogadas, psicólogas sociales, y médicas (como es el caso de nuestra informante).

4 En el año 2021, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicó el documento *Violencias por razones de género. Lineamientos para el abordaje integral en el sistema sanitario de la Provincia de Buenos Aires*, que actualiza la normativa y los criterios de atención y abordaje.

Más allá de las diferencias, ambos documentos enfatizan el rol de los equipos de salud en el fomento y la realización de denuncias sobre la situación de violencia. El Protocolo de detección y asistencia a mujeres víctimas de maltrato (2007) plantea riesgos inmediatos, en los que el personal de salud debe emitir un informe de lesiones y realizar una denuncia en la comisaría (en caso de configurar un delito); y riesgos no inmediatos, sobre los que el personal debe registrar los hechos en la historia clínica, pautar un plan de seguridad con la mujer e informarle de los recursos disponibles (comisaría, organismos de asistencia, etc.), y hacer derivaciones a servicios sociales y de salud mental. El personal de salud debe hacer la denuncia inmediatamente "cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismos" (art. 4 de la Ley Provincial 12.569). Si bien esto no obliga a denunciar en otros casos, fomenta que la mujer haga una denuncia judicial.

Las profesionales entrevistadas se posicionan contra esta jerarquización de la denuncia y, por ende, no aplican el protocolo mencionado a rajatabla. Sostienen que "hay una apelación [...] a los equipos de salud y a los y las profesionales, en relación con la corresponsabilidad, y entonces denunciamos a todo el mundo. Y creo que eso tiene que estar pensado desde la lógica del cuidado" (Nancy, psicóloga, 44 años). Estas lógicas del cuidado conllevan un reconocimiento de la vulnerabilidad que promueve prácticas protectoras en las que cada sujeto significa y da sentido a estas actividades en su contexto, desde una ética que conlleva el cuidado de sí y del/a otro/a, dando lugar a procesos micropolíticos de agenciamiento (Lenta *et al.*, 2020).

Las lógicas del cuidado entran en tensión con el fomento de la denuncia, cuya compulsividad, sin un abordaje estratégico e integral, termina siendo un mero cumplimiento: "Eso tranquiliza, yo denuncié, ya está [...], como una cuestión de protocolo. Después, cuáles van a ser los caminos y la consecuencia de todo eso, (si) no importa. Entonces ahí no es un abordaje" (Romina, trabajadora social, 39 años). Si bien los protocolos suponen una guía para intervenir, una denuncia aislada no lo es. Cuando se sobreestima la denuncia como mecanismo de salida de la violencia, sin un abordaje desde el proceso de las mujeres, de los indicadores de riesgo y del cuidado de la salud, se instrumentaliza la tarea del personal de salud al servicio del Poder Judicial (Teodori, 2015), y el personal de salud termina haciendo las denuncias para su propio resguardo y no para cuidar a las consultantes (Linardelli y Da Costa Marques, 2020). La defensa de este tipo de posicionamientos implicó, para dos de las profesionales entrevistadas, las críticas de algunos colegas y llamados de atención de los juzgados. Sin embargo, consideran que su posicionamiento ético-profesional desde la lógica del cuidado implica una interpretación de la normativa:

Si la ley dice que hay que denunciar, es justamente porque tiene el objetivo de proteger a la mujer. Pero si yo pienso que, en este caso puntual, hacer la denuncia hoy, o que yo denuncie en vez de ella, pone más en riesgo a la mujer, bueno ahí me parece que aparece la ética de esa profesional (Claudia, trabajadora social, 40 años).

Otro factor que influye en la escasa aplicación de los protocolos es la dificultad de estandarizar la atención en una problemática con múltiples aristas. Esto requiere una interpretación por parte del personal de salud del proceso subjetivo de cada consultante. Los tiempos de cada mujer para salir de una situación de violencia son diferentes, no es posible homogeneizar este proceso (Velázquez, 2003). Cada caso requiere de estrategias específicas analizadas situacionalmente y esperar el proceso subjetivo de la mujer, ya que de lo contrario es contraproducente:

Muchas veces hay como mucho miedo en relación con el tema situación de violencia, si uno tie-

ne que salir a denunciar, como que no hay una interpretación, y a veces se apresuran los tiempos de las mujeres. Sabemos que trabajar con violencia no es fácil y para las mujeres es muy difícil poder salir. Entonces que vengan acá, con una lesión, y que un médico directamente llame a la policía, eso va a hacer que esa mujer nunca más vuelva a este lugar, porque se precipita el proceso de poder salir por ella misma (Noelia, psicóloga, 30 años).

El anterior fragmento muestra la tensión entre la lógica de la denuncia y la lógica del cuidado, la cual organiza la intervención en función del proceso de fortalecimiento subjetivo de las mujeres (Lenta *et al.*, 2020), que tiene un tiempo particular en cada una. Cuando no se respeta este tiempo, las mujeres no entienden qué es lo que les proponen desde los servicios de salud, así como tampoco las derivaciones que los profesionales realizan:

Por ahí al inicio de alguna situación médica cuentan algo muy fuerte, en el orden de la violencia, pero que para la persona es una cosa más, y es como difícil de soportar a veces para algunos profesionales [...]. A mí la última que me derivaron, ella me decía: “No sé, me mandó una médica”. La verdad es que sí, le habían pasado cosas terribles, pero no sé si las vivía así, para ella la mandó la médica (Romina, trabajadora social, 39 años).

Las expectativas del personal sobre la intervención de cada profesional se vinculan a estereotipos y formas de proceder habitual en el sistema de salud. Según las psicólogas y las trabajadoras sociales, el personal médico suele hacer derivaciones sin trabajar interdisciplinariamente, porque no quieren hacer la atención de las pacientes que no se ajustan a sus expectativas o porque son otras las profesiones que deben resolver algo de “lo social”:

De las trabajadoras sociales se espera muchas cosas, [...], pero que tengan la capacidad de dar a respuestas a casi todo. O sea, no solo con este tema. [...] Se espera, y nosotras también nos hacemos cargo de salir a responder, aunque no sepamos [...]. Esto de estar mediando entre la gente y las instituciones, y otros profesionales (Claudia, trabajadora social, 40 años).

Las profesionales de la medicina entrevistados reconocen que hacen estas derivaciones buscando un apoyo sobre cuestiones que consideran que no pueden abordar. La especialización del sistema de salud genera la derivación como una manera de compartimentar el malestar de las personas, sin una mirada integral de la salud (Menéndez, 1988). A su vez, sostienen que, por su formación centrada en las personas como cuerpos biológicos, se espera que se den cuenta de las patologías y traumas físicos, en un rol de peritos:

Me da la sensación como que se espera algo más de mí, por ejemplo, con la revisión, con el examen físico [...]. ¿El físico te va a dar el diagnóstico, te va a decir si fue abusada o no? No, porque puede haber signos físicos o no. Y si no hay, y digamos, fue un abuso sin penetración, yo no te lo voy a decir con un examen físico, pero sí hubo un abuso (Analía, médica generalista, 39 años).

Aun cuando estas profesionales intenten correrse de la pretendida jerarquía que el modelo médico hegemónico les otorga, aparecen expectativas y tareas legitimadas por otro discurso socialmente legitimado, como es el del derecho. La tarea de elaborar un precario médico, es decir, un informe que certifique la situación de salud para eventualmente presentar, en estos casos a un juzgado, emplaza a los médicos en una disciplina auxiliar del sistema judicial (Mallalza, 2018; Teodori, 2015). Entonces, si bien los equipos entrevistados tienen una mayor tendencia al trabajo interdisciplinario y expresan una postura más crítica a las tendencias de hiperespecialización del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988),⁵ las prácticas de este

⁵ El tema de las jerarquías y la especialización en los espacios laborales es un tema abordado también por el

paradigma siguen vigentes en muchas oportunidades y se refuerzan en la interacción con el sistema judicial.

“Bancarse la violencia”. Posicionamientos éticos y políticos, y representaciones sobre las víctimas en el proceso de atención

Como vimos previamente, en la atención de las situaciones de violencia la tarea de los equipos de salud se inicia con la identificación y problematización de la situación con las mujeres. La implementación de las políticas de atención de la violencia basada en género, entonces, se inicia con la construcción activa de la demanda y continúa con un proceso de fortalecimiento subjetivo (Velasco Arias, 2006; Velázquez, 2003).

Según las entrevistadas, el proceso de las mujeres no se acelera si hay denuncia, ni si hace tratamiento psicológico, ni tampoco si las profesionales les dicen a las mujeres “vos sufrís violencia”. El proceso de cada persona tiene sus propios tiempos y requiere de diferentes herramientas según cada caso. La tarea de las profesionales se basa en acompañar, asesorar y aceptar los procesos de las mujeres sin esperar que estas respondan de una única forma.

Varias profesionales fundamentan este modelo de acompañamiento desde una perspectiva política feminista, que ponen en juego en el momento de la atención. Como plantea una entrevistada, es imposible entrar al CAPS, ponerse el “traje” de profesional de la salud y luego salir, ponerse el “traje” de feminista e ir a una actividad contra los femicidios. Sin embargo, entre estas personas los recorridos han sido diferentes y la identidad política feminista no es para todas igual. Para algunas entrevistadas, llamarse feministas implica estar participando de forma activa en algún tipo de organización, y aun cuando se acuerde con las posturas teóricas del feminismo, no se consideran como tales. Para otras, la pregunta sobre si se consideran feministas genera tensión, pues consideran que esa definición requiere una explicación sobre las diferentes corrientes que existen dentro de los feminismos y a cuáles se adhiere, y las contradicciones que les genera encontrarse con que “hay gente que se dice que es feminista, esto y lo otro, y es súper violenta” (Ana, psicóloga, 30 años). En otros relatos, esta identidad política es producto de una reflexión personal sobre sus propias historias como mujeres, algunas de ellas además habiendo sido víctimas de violencia en el ámbito doméstico.

Tanto las historias de vida como los posicionamientos políticos influyen en la forma de atención y las tareas realizadas como parte de la burocracia, la cual es un actor político relevante en el análisis de las políticas públicas (Oszlak, 2006, 2009; Perelmiter, 2016). Como expusimos previamente, el trabajo con dispositivos grupales, el participar en espacios de formación y supervisión con organizaciones feministas, y los cuestionamientos a determinadas acciones estipuladas en los protocolos son algunos de los elementos que dan cuenta de un posicionamiento feminista de las trabajadoras de la salud, aunque en algunos casos sean cuestionadas por las decisiones que toman. El trabajo de estas profesionales se enmarca en un municipio que se caracterizó por la intención de transversalizar la perspectiva de género por medio de capacitaciones y la elaboración de dispositivos municipales específicos para el abordaje de las violencias, como es el Centro Vivir Sin Violencia (Vegas, 2017; Maffeo, 2019). Esto también se convierte en un factor por el cual algunas profesionales deciden trabajar en este distrito:⁶

campo de la sociología de las profesiones. No es un objetivo de este trabajo hacer un análisis desde esta literatura, sino resaltar este elemento, que es una de las características del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) con el cual discuten también la mayoría de las profesionales entrevistadas.

⁶ En general, existen variaciones en los salarios del personal municipal de diferentes distritos, que hace que las profesionales vayan cambiando de municipio, en particular, cuando cuenta con condiciones de contratación

Yo vine a trabajar a Morón porque, en este centro de salud particularmente, donde funcionaba este dispositivo de atención a la mujer en situación de aborto [...]. Cuando yo me interesé y empecé a capacitarme por esta temática, [...] vine acá por eso particularmente (Analía, médica generalista, 39 años).

Los posicionamientos feministas no son los únicos que hacen a la decisión de trabajar en estos servicios. Varias entrevistadas también expresan una cierta vocación por el trabajo en el sistema público de salud y, en particular, en servicios de atención primaria, y destacan la posibilidad de atender diversas problemáticas que no llegan a la atención privada, así como el trabajo en equipo. Esta forma de trabajo interdisciplinario es también un posicionamiento ético y político de varias entrevistadas. Sin embargo, pese a la voluntad de llevarlo adelante, no siempre se logra ya que no es una visión compartida por todo el personal. Cuando este trabajo conjunto tampoco es apoyado por la dirección de salud,⁷ el fomento del trabajo interdisciplinario genera desgaste entre quienes buscan implementarlo:

En general se labura como muy individualmente [...]. Nosotros tratamos con la trabajadora social, varias veces, de instalar lo grupal. Lo que pasa es que te agotás, boluda, llega un momento en que te agotás. [...] Lo grupal es algo secundario [...], lo que importa, y mucho más ahora, es la atención clínica individual, tac, tac, tipo horario, dale, pacientes, cantidad, planilla, entonces lo otro es todo reunionismo (Ana, psicóloga, 30 años).

La vocación por lo público, el fomento del trabajo en equipo interdisciplinario y los posicionamientos feministas son elementos relevantes en la implementación de abordajes integrales ante situaciones de violencia, desde una perspectiva de género y derechos como la que plantea la Ley Nacional 26.485. Si bien las profesionales que se nombran como feministas no explicitan este trabajo como parte de su militancia, los modelos de atención que plantean se corresponden con los aportes que la teoría y el activismo feminista ha desarrollado. Además, este posicionamiento tracciona las formas de atención del resto de los profesionales y las ubica en un rol de referentes en la temática:

El trabajo cotidiano de ir aprendiendo sobre la marcha y el trabajo con las chicas, la asistente social y la psicóloga que tienen el grupo. De acompañarlas a ellas en las reuniones y que hacemos, a veces charlas [...], nos fuimos escuchando y aprendiendo [...]; porque uno sabe la parte médica pero la parte social... como mucho no sabemos (Diego, médico generalista, 45 años).

Esta propuesta de atención no está exenta de dificultades para los equipos de salud. Entre dichas dificultades, las entrevistadas destacan las frustraciones cuando las mujeres toman decisiones que las ponen en riesgo. “Para acompañar a una mujer en situación de violencia hay que tolerar la violencia. Bancársela. [...] Eso es difícil: tolerar que capaz a la semana siguiente

más precarias, como el monotributo. En el caso del personal de salud, además, tienen salarios más altos que el personal profesional que se desempeña en otros organismos. Según el convenio colectivo de trabajo del personal municipal de Morón, las profesionales de la salud se rigen por las Leyes Provinciales 10.471 y 10.528 de carrera profesional hospitalaria, y llegan a obtener remuneraciones más elevadas. Entre las personas entrevistadas, encontramos que las que tienen mayor antigüedad ingresaron al municipio por concursos y son planta permanente. Las profesionales más jóvenes y con menor antigüedad ingresaron por planta transitoria, y algunas como becarias del programa Médicos Comunitarios, que era financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, para fortalecer los servicios de atención primaria que, en la provincia de Buenos Aires, son efectores municipales.

⁷ En el período estudiado, 2013-2019, hubo dos gestiones diferentes en el municipio. Hasta diciembre de 2015, la intendencia estuvo en manos del partido Nuevo Encuentro que, en el área de salud, fomentaba el trabajo territorial e interdisciplinario. Esto se modificó con la gestión posterior a cargo del PRO, entre 2015 y 2019, que priorizaba la cantidad de pacientes en atención individual por sobre las reuniones, capacitaciones y supervisión de los equipos.

la mujer venga con una situación donde fue violentada otra vez" (Claudia, trabajadora social, 40 años).

Más allá de los diferentes grados y formas de capacitación del personal de salud, el contacto cotidiano y permanente con relatos de violencia y la situación de arrasamiento subjetivo de las mujeres que consultan genera angustia e impotencia en quienes acompañan (Velázquez, 2003). Trabajar con personas en situación de violencia no es una tarea simple y sin afectaciones para quien acompaña, ya que se construye un vínculo atravesado por transferencias traumáticas (Álvarez-Buylla Bustillo y González Ruiz, 2010). Frente a esto, un mecanismo de defensa habitual entre las profesionales es el de la omnipotencia, como pretensión de controlar las decisiones de las mujeres que es, a la vez, un "intento de paliar el dolor que nos supone la escucha cotidiana de tanto sufrimiento y la imposibilidad de sofocarlo con la celeridad y eficacia que deseáramos" (Estalayo Martín, 2013: 81). No poder ejecutar intervenciones eficaces provoca frustración:

Hay momentos en que no sabíamos qué hacer, nos sentíamos impotentes frente a situaciones en donde era más que evidente por ahí una situación de peligro y demás, y las mujeres se quedaban, ¿no? Y a nosotras nos genera impotencia. Después nos ha generado rabia, también, mucho, mucho enojo con la situación (Noelia, psicóloga, 30 años).

Las entrevistadas reconocen, además, que la atención en salud es indicativa y que, cuando las personas no pueden cumplir con lo que se les dijo, no vuelven al servicio. Esto se vincula con una de las características del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) que considera como algo secundario la autonomía de las personas, entendida como la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con un criterio propio. Discursivamente, las profesionales sostienen que lo más importante no es dar la indicación de qué hacer, sino desnaturalizar la violencia a partir de un proceso reflexivo. Sin embargo, en las consultas emergen las indicaciones y las expectativas de las profesionales, vinculadas a las representaciones de víctima que tienen. Muchas mujeres, al no cumplir con esas expectativas de las profesionales, se retiran del espacio e interrumpen el proceso.

El otro problema o desafío que relatan las entrevistadas es el de evitar la revictimización por no tolerar las decisiones que van tomando las mujeres que, justamente, tienen que ver con expectativas basadas en su posición de clase y las representaciones de víctima que tienen:

A veces las mujeres pueden un montón, o pueden lo que para una es un montón, que es separarse, cortar con eso, hacer una vida independiente. Y otras veces pueden poner algunos límites, y este... hasta ahí. Seguir. Y poder tolerar como profesional eso, sin ir en contra y revictimizar a la mujer, culpabilizarla. Bueno, no puede lo que vos como mina de clase media puede. Desde ahí, siempre para mí hubo un tema a observar en la intervención con situaciones de violencia hacia las mujeres [...], que sea protagonista y no terminar revictimizándola. [...]. Lo que fui aprendiendo fue a tolerar, [...] primero las idas y vueltas de la otra persona, ¿sí? Y no tomarlas como... eh... como un problema, o como un, como un "ah, bueno, al final, ¿viste? se queja, se queja, pero mirá, ahora vuelve" psss. Aprendí a tolerar los tiempos de la otra persona y a tolerar la violencia (Claudia, trabajadora social, 40 años).

Aquellas mujeres que adhieren a los tratamientos e indicaciones son consideradas por el sistema de salud como buenas pacientes (Teodori, 2015), figura que se superpone en este caso con el de la "buena víctima". La representación de víctima ideal o una "buena víctima" es aquella que llega a una consulta, habla de lo que le pasa, toma consciencia de la violencia y se corta el vínculo con quien la agrede, sin vuelta atrás. Tanto el personal de salud como el judicial espera que las mujeres se presenten a sí mismas como víctimas, con una exhibición de sufrimiento que legitima este posicionamiento a partir de procesos de examen en los que

se les pide “a través de una revelación física o un ejercicio narrativo, la exposición de sí mismas como sujetos sufrientes” (Teodori, 2015: 278). Cuando las mujeres no logran estar a la altura de las expectativas del lugar de víctima, son “doblemente lapidadas, primero por sus victimarios, luego por el discurso dominante que, tras machacar con que la clave del éxito está en la disposición (para los demás) de sus cuerpos, en la misma operación las condena por eso” (Arduino, 2014: 8).

Según Osborne (2009), la categoría de víctima crea jerarquías entre las mujeres y genera una distancia social. Así, pasan a ser sujetos de intervención sobre las que, en este caso las profesionales de la salud, pasarían a poseer la verdad sobre lo que les sucede y cómo salir de esta situación de violencia. Según Palumbo, “la perspectiva de la victimización performa una caracterización de la violencia en las relaciones interpersonales donde las mujeres aparecerán y serán encuadradas siempre como víctimas” (2020: 203).

El problema de la concepción de las mujeres como víctimas de violencia es su uso como una categoría ontológica. Proponemos, en cambio, entenderlo como una categoría relacional y temporal. Los sujetos se constituyen en víctimas ante situaciones concretas. Como plantea Judith Butler (2001), todos los seres humanos son posibles víctimas en tanto y en cuanto somos seres vulnerables. A la vez, esta vulnerabilidad que nos hace seres interdependientes, que es la condición de emergencia de la agencia y la autonomía de los sujetos, dado que dicha autonomía se deriva de una dependencia no explicitada. Es decir, en palabras de Butler, que el sujeto “puede mantener la ilusión de su autonomía en la medida en que cubra la grieta de la cual está constituido. Esta dependencia y esta grieta son ya relaciones sociales, que preceden y condicionan la formación del sujeto” (2001: 26). Como plantea Martuccelli (2017), la visibilidad de la vulnerabilidad tiene una función política y el convertirse en víctima es producto de una estrategia social.

En este sentido, la concepción de víctima como etiquetamiento de la persona que padece la violencia y categoría ontológica en la intervención, produce en un doble mecanismo por el cual se la considera responsable de su situación, pero se la aparta de la toma de decisiones que habilitan el agenciamiento. Esto se agrava porque el sistema, además de individualizar a la persona en situación de violencia, individualiza a quien ejerce esta violencia y pierde de vista el carácter estructural de la violencia como mecanismo de opresión (Izquierdo, 2011). Cuando se coloca en esta posición estática a las mujeres en situación de violencia, se corre el riesgo de homogeneizar las intervenciones, que pueden derivar en intervenciones iatrogénicas al quitar la agencia de los sujetos. Asimismo, las contradicciones entre las representaciones sociales de la violencia y la idea de víctima se convierten en obstáculos para el acompañamiento, a partir de sentimientos de amor/odio que desarrollan las profesionales hacia las mujeres atendidas pero, además, puede derivar en un agotamiento progresivo del personal de salud (Fridman, 2019). En este sentido, también es relevante la lectura que hace Zenobi (2023) sobre cómo el uso del término de víctima fue desplazado por otros, en este caso “persona en situación de violencia”, como forma de señalar el proceso de reconstrucción de una subjetividad dañada.

A modo de cierre

La capacidad de detección de situaciones y el abordaje interdisciplinario son elementos centrales para la implementación de políticas públicas de atención a personas en situación de violencia. El sistema de salud es entonces un área de intervención relevante para el acompañamiento de las trayectorias de las mujeres (Teodori, 2015).

En este sentido, las profesionales se consideran a sí mismas como una herramienta en los procesos de las mujeres. A partir de la escucha activa y la pregunta reflexiva, trabajan con

las mujeres en la desnaturalización de la violencia para que ese malestar por el que llegan a consultar se convierta en un motor de cambios. Sin embargo, es una tarea lenta que requiere respetar los tiempos de cada persona. Si bien los protocolos plantean intervenciones pautadas, las profesionales consideran que su tarea implica interpretar cada caso, pensar estratégicamente con cada mujer, respetando tiempos y decisiones, aunque conlleve no seguir al pie de la letra los lineamientos institucionales propuestos, centrados en la denuncia.

Para esta tarea, los equipos construyen posicionamientos comunes sobre la atención y su rol profesional. Allí, las posturas teóricas y políticas se encuentran intrínsecamente entrelazadas con las prácticas cotidianas en la atención e intervención, que en muchos casos entran en tensión con el modelo médico hegemónico y con las representaciones de víctima. En el trabajo cotidiano, quienes poseen menor formación se apoyan y aprenden de sus colegas, siendo las trabajadoras sociales y las psicólogas las que señalan las modalidades de intervención y enseñan al personal médico cómo detectar y atender en estos casos. Esto entra en tensión con la tendencia a la derivación y la hiperespecialización del modelo médico hegemónico, que jerarquiza los saberes biomédicos.

Lo expuesto en este artículo nos lleva a destacar la relevancia de los protocolos actualizados pero, también, la capacitación de todo el personal de salud y en los espacios de supervisión, como elementos relevantes para la implementación de las políticas públicas de asistencia a personas en situación de violencia basada en género. No solo para mejorar la atención, sino también para sostener el trabajo de las profesionales que encuentran diversos desafíos y complejidades. Entre ellas, se destaca la tensión entre la lógica de la denuncia y la lógica del cuidado, y cómo intervienen, en el proceso de atención, los posicionamientos éticos y políticos y las representaciones sobre las personas en situación de violencia basada en género.

Si bien este artículo se centró en la experiencia de profesionales de la salud, consideramos que estas reflexiones pueden ser un aporte para analizar las políticas públicas de atención a víctimas en otros dispositivos, así como también una apertura a nuevos trabajos en donde se profundice sobre los efectos, las profesionales y el trabajo con esta problemática tan compleja.

Bibliografía

- Álvarez-Buylla Bustillo, S. y González Ruiz, C. (2010). "Capítulo 12. El cuidado a profesionales y equipos que trabajan con la violencia de género". En García Mina-Freire, A. *Violencia contra las mujeres en la pareja. Claves de análisis y de intervención*, pp. 291-308. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Arduino, I. (2014, septiembre 24). "La mala víctima". *Revista Anfibia*. Disponible en: <https://www.revistaanfibia.com/la-mala-victima/>.
- Burín, M. (2010). Género y salud mental. Construcción de la subjetividad femenina y masculina. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Butler, J. (2001). "Fundamentos contingentes. El feminismo y la cuestión del "postmodernismo". *La Ventana*, vol. 13, nº 35.
- Estalayo Martín, L. (2013). "L'omnipotència en la intervenció psicosocial". *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, nº 200, pp. 78-83.
- Fridman, I. (2019). Violencia de género y psicoanálisis. Agonías impensables. Lugar Editorial.
- Illouz, E. (2014). Por qué duele el amor. Una explicación sociológica. Buenos Aires: Katz.
- Izquierdo, M. (2011). "La estructura social como facilitadora del maltrato". En Huacuz Elías, M. (ed.), *La bifurcación del caos. Reflexiones interdisciplinarias sobre violencia falocéntrica*, pp. 33-58. México: UAM-X.

- Lenta, M.; Longo, R. y Zaldúa, G. (2020). “De la precarización al cuidado. Sobre territorios, políticas y desafíos”. En *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Buenos Aires: Teseo.
- Linardelli, M. y Da Costa Marques, S. (2020). “Abordajes de la violencia patriarcal en instituciones sociosanitarias en Mendoza, Argentina”. *Reflexiones*, vol. 99, n° 2, pp. 1-19.
- Maffeo, F. (2019). “La incidencia del movimiento feminista en la atención de la salud de las mujeres. El caso de los Centros de Atención Primaria de la salud de Morón”. En Di Marco, G.; Schwarz, K. y Fiol, A. (eds.), *Feminismos y populismos del siglo XXI: frente al patriarcado y al orden neoliberal*, pp. 173-184. Buenos Aires: Teseo.
- Malacalza, L. (2018). “Tramas burocráticas que legitiman la violencia contra las mujeres”. En Femenías, M. (ed.), *Violencias cruzadas. Miradas y perspectivas*, pp. 89-105. Buenos Aires: Prohistoria Ediciones.
- Martuccelli, D. (2017). “Semánticas históricas de la vulnerabilidad”. *Revista de Estudios Sociales*, n° 59, pp. 125-133.
- Menéndez, E. (1988). “Modelo médico hegemónico y atención primaria”. Presentado en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, pp. 451-464.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022). *Encuesta de prevalencia de violencia contra las mujeres*. Buenos Aires: Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. Disponible en: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/informefinalprevalencias_mmgyd.pdf.
- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Ediciones Bellatera.
- Oszlak, O. (2006). “Burocracia estatal. Política y políticas públicas.” *POSTData Revista de Reflexión y Análisis Político*, vol. 11, n° 30, pp. 11-56.
- (2009). “La profesionalización del servicio civil en América Latina. Impactos sobre el proceso de democratización”. En *Organization of American States & United Nations Development Programme* (eds.), *La Democracia de ciudadanía. Una agenda para la construcción de ciudadanía en América Latina*. Buenos Aires: PNUD.
- Palumbo, M. (2020). “Hacia una reinterpretación de la noción de víctima en los estudios de la violencia contra las mujeres”. *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, vol. 59, n° 2, pp. 189-208.
- Perelmiter, L. (2016). *Burocracia plebeya. La vida íntima del Ministerio de Desarrollo Social*. Buenos Aires: UNSAM.
- Rocha, A. (2020). *Sistema Integrado de Casos de Violencia por Motivos de Género (SICVG). Módulo predictor de riesgo*. Buenos Aires: Dirección Técnica de Registros y Bases de Datos (DTRYBD). Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Teodori, C. (2015). *A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Buenos Aires: Biblos.
- Velasco Arias, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Vegas, M. (2017). *Actores políticos, funcionarias y activistas. El desarrollo de las políticas de género en el municipio de Morón*. Tesis de maestría, UNSAM.

Zenobi, D. (ed.) (2023). Víctimas. Debates sobre una condición contemporánea. Buenos Aires: Teseo.

