

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: DEFINICIONES DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: DEFINITIONS BY HEALTH PROFESSIONALS AT PRIMARY CARE CENTERS IN CORDOBA, ARGENTINA.

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: DEFINIÇÕES DE PESSOAL DE SAÚDE NOS CENTROS DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

Lorena Saletti-Cuesta

Investigadora CONICET-
CIECS-CONICET-UNC
lorenasaletti@gmail.com

Resumen

El objetivo de este trabajo es explorar los conceptos sobre la violencia contra las mujeres presentes en los relatos de profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud de Córdoba, Argentina. Se realizó una investigación cualitativa en los centros de atención primaria de Jesús María, Colonia Caroya y Sinsacate. Muestra segmentada por: sexo, localidad y profesión. Entre Noviembre-2016 y Julio- 2017 se realizaron 21 entrevistas semi-dirigidas. Análisis temático deductivo. El análisis revela tres posicionamientos: 1) la violencia generalizada; 2) los vínculos no saludables generan violencia; y 3) el machismo como causa. La mayoría de sanitarios/as ignora la especificidad de la violencia contra las mujeres y la sitúa como una más entre otras o bien considera que es un problema de pareja con vínculos no

Trabajo recibido: 12 de
setiembre 2017.
Aprobado: 07 de
diciembre 2017.

saludables. Las acciones de sensibilización y el fortalecimiento del modelo biopsicosocial de atención podrían contribuir a la comprensión integral de este problema y a su abordaje en salud.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; violencia de pareja; personal de salud; Actitud; Investigación Cualitativa.

Abstract

The objective of this work is to explore the concepts regarding violence against women reported by health professionals working at health centers in Cordoba, Argentina. Qualitative research was carried out at primary care centers in Jesus Maria, Colonia Caroya and Sinsacate. Segmented sample according to: sex, location and profession. Twenty-one semi-directed interviews were performed between November 2016 and July 2017. Deductive subject analysis was used. The analysis shows three positions: 1) generalized violence; 2) unhealthy relationships generate violence; 3) male chauvinism as the cause. Most health professionals ignore the specificity of violence against women and places it as one among other types or considers it is a problem of couples with unhealthy bonds. Actions to sensitize and strengthen the bio-psycho-social model of care may contribute to the general understanding of this problem and its approach in the health area.

Keywords: Violence against women; domestic violence, health professionals; attitude; qualitative research.

Resumo:

O objetivo deste trabalho é explorar os conceitos de violência contra a mulher presentes nos relatos dos profissionais de saúde que atuam nos centros de saúde de Córdoba, na Argentina. A pesquisa qualitativa foi realizada nos centros de atendimento primário de Jesús María, Colonia Caroya e Sinsacate. Amostra segmentada por: sexo, localização e profissão. Entre novembro de 2016 e julho de 2017, foram realizadas 21 entrevistas semi-dirigidas. Análise temática dedutiva. A análise revela três posições: 1) violência generalizada; 2) os vínculos não saudáveis geram violência; e 3) machismo como causa. A maioria dos profissionais de saúde ignora a especificidade da violência contra as mulheres e a situa entre outras, ou a considera como sendo um problema de um casal com laços prejudiciais. As ações de sensibilização e o fortalecimento do modelo biopsicossocial de cuidado poderiam contribuir para o entendimento abrangente desse problema e sua abordagem em saúde.

Palavras chave: Violência contra mulheres; violência do casal; pessoal de saúde; atitude pesquisa qualitativa.

Introducción

Se entiende como violencia contra las mujeres (VCM) a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y/o psicológico para las mujeres, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado (1). Su objetivo es el mantenimiento de las desigualdades de género, por tanto constituye una violación a los derechos humanos, un obstáculo para la equidad social y un grave problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las consecuencias en la salud (2).

Las estimaciones a nivel mundial revelan que entre un 24% y un 53% de las mujeres sufren violencia física y/o sexual por parte de sus parejas (3). En Latino América entre el

17% y el 53% de las mujeres han reportado violencia de parte de un compañero íntimo y 2 de cada 3 mujeres son asesinadas en Centroamérica por el solo hecho de ser mujeres (4). En Argentina, los datos revelan que entre el año 2008 y 2012, al menos 1223 mujeres han sido asesinadas por su pareja o ex pareja (5). Siendo las provincias del norte del país, seguidas por las del centro, entre las que se encuentra Córdoba, donde se registran mayores tasas de VCM (6). En la provincia de Córdoba, Jesús María es la ciudad que más denuncias por violencia familiar ha recibido entre Septiembre de 2015 y Agosto de 2016, en concreto 22 denuncias cada 1000 habitantes (7). Desde el sector salud, los escasos datos que disponemos son escasos. Por ejemplo, un estudio reveló el 44.4% de las mujeres que consultaron en atención primaria en Buenos Aires había sufrido algún tipo de violencia machista (8). Por otro lado, entre las consecuencias de la VCM en la salud destacan sus efectos a corto, mediano y largo plazo no sólo sobre la salud de las mujeres sino también en la de sus hijos e hijas. Por ejemplo, las mujeres que han sufrido violencia tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad, de contagio de enfermedades de transmisión sexual, discapacidad, de abuso de sustancias, de depresión o de suicidio (9) (10) (11).

El rol crucial de los servicios sanitarios en la respuesta multisectorial a este problema es reconocido. La evidencia indica que los servicios sanitarios tienen una función importante en la prevención, detección, documentación e intervención integral de este problema (9). Numerosos países han fortalecido la respuesta del sector salud con un diverso grado de éxito. Sin embargo en la mayoría de contextos existen barreras que dificultan la respuesta del sector salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios (12), como es el caso de Argentina. Una de las limitaciones de nuestro contexto es la propia organización sanitaria caracterizada por la segmentación en subsistemas (públicos, privados, obras sociales) poco integrados entre sí y escasamente regulados. Esta organización sanitaria, además de ser poco eficiente, contribuye a las desigualdades en salud (13). En Argentina, a pesar de que la legislación nacional vigente sobre VCM (14) reconoce la importancia del sector salud, estas actuaciones no se han puesto en marcha y el conocimiento sobre el tema es escaso.

El correcto abordaje del personal sanitario es fundamental ya que predispone a las mujeres a revelar la situación de violencia y evita una nueva victimización (9) (15). A pesar de que la importancia de detectar la VCM es evidente, muchos profesionales sanitarios no reconocen los vínculos entre violencia y salud; consideran que es un problema ajeno a su labor y pierden la oportunidad de reducir el riesgo (9). Por ejemplo, en los centros de salud de Buenos Aires solo el 7% del total de las mujeres encuestadas había sido indagada por un profesional sanitario sobre situaciones de VCM (8). Las percepciones y actitudes preconcebidas y/o erróneas del personal sanitario sobre la VCM han sido identificadas como obstáculos importantes para la detección de la VCM (16). En Argentina, los estudios sobre cómo los y las profesionales sanitarios definen la VCM son escasos. Destaca el trabajo de Biagini y colaboradores en los centros de salud de Buenos Aires (17) El objetivo de este trabajo es explorar los conceptos sobre la VCM presentes en los relatos de profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud del interior de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Método

Este trabajo se enmarca en un diseño cualitativo y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la investigación del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (aval 3640 del 21/11/2016). El ámbito de estudio fueron los centros de atención primaria de las localidades de Jesús María, Colonia Caroya y Sinsacate (norte de la provincia de Córdoba, Argentina). Cada localidad gestiona sus centros de salud, por tanto a pesar de la cercanía entre ellas, las políticas sanitarias son diversas. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semi-dirigida. El guión de entrevista fue diseñado con el equipo de trabajo

y fue sometido a prueba piloto con 5 profesionales sanitarios del Hospital Municipal de Totoral que funciona como un centro de atención primaria y que a la vez dispone de algunas camas para internaciones breves. Se realizó un muestreo intencional. Los criterios de segmentación de la muestra fueron: sexo, localidad y profesión. La estrategia de captación fue a través de integrantes del equipo de investigación e informantes claves. Entre los meses de Noviembre de 2016 y Julio 2017 se realizaron 21 entrevistas a profesionales sanitarios, la mayoría fueron mujeres, con más de 5 años de experiencia en el centro de salud. Se entrevistaron a 8 profesionales de la medicina, 7 de enfermería, 3 de psicología, 2 de odontología y una profesional de trabajo social. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Se realizó análisis deductivo temático (18) de los datos. Se utilizó el programa ATLAS.ti7. A continuación se presentan los resultados de la categoría definiciones de la VCM.

Resultados

El análisis de los relatos revela al menos tres posicionamientos respecto al concepto de VCM: 1) la violencia generalizada; 2) los vínculos no saludables generan violencia; y 3) el machismo como causa. En la Tabla 1 se presentan fragmentos ilustrativos de los relatos obtenidos en cada subcategoría. Es importante destacar que no hay perfiles de respuesta entre las personas participantes, es decir no hay diferencias entre mujeres y hombres, entre campos profesionales, ni tampoco de edad.

Tabla N° 1: Citas textuales sobre las definiciones obtenidas de VCM.

<p>La violencia generalizada</p>	<p>“Qué es lo que entiendo yo? Bueno, que es cualquier tipo de agresión que se le pueda dar a (...) una persona. Eh, sea niño, anciano, eh, hombre o mujer que lo agrede, que le produzca sentimiento de malestar, que la haga sentir mal, que produzca algún daño. Ya sea psicológico, moral, físico, un daño. Hay distintos tipos de violencias. De agresiones. Uno puede ser verbal, otro puede haber sido física, otro o una presión de poder que haga que la otra persona se sienta disminuida en sus actividades. No solamente que sean gritos o física, sino que hay muchos tipos de agresiones, digamos, de hacer daño a otro (...) a todas las personas.” (1)</p> <p>“La violencia de género, me remite a todo tipo de violencia, hacia cualquier persona, una violencia generalizada no específica” (20)</p> <p>“Si a la violencia del hombre a la mujer o al revés también puede ser pero física, intelectual, económica, el maltrato psicológico, como ser no solo físico sino también los otros (...) Entrevistadora: y por qué crees que pasa esto? Entrevistado: y en parte me parece porque cada vez estamos todos más locos (risas) o sea no sé cuál pueda ser la causa en particular pero me parece que parte por el ritmo de vida, no no sé.”(3)</p>
<p>Los vínculos no saludables generan violencia</p>	<p>“Estamos hablando de vínculos enfermos (eh) y de que uno va eligiendo en función de cómo aprendió a vincularse desde la infancia por eso también hacer enfoque en lo que es la crianza cómo enseño a un niño (...) las manifestaciones de violencia las aprende” (6)</p> <p>“Entonces el tema de la violencia arranca con los valores, los límites, la cultura que reciben, primero de la familia, de la escuela, del medio social donde... donde están saliendo o salieron. Nosotros vemos casi siempre la última parte de la película, cuando tenemos que actuar desde la asistente social, de la psicóloga, desde el médico, con alguien ya lesionado físicamente o psicológicamente. Pero vemos el final, casi el final, porque esa historia arrancó muchísimos años antes. Por qué una persona llega a ser agresor, llega a ser violento con otra, y por qué esa otra no responde como respondería otra persona ante esa agresión, y la acepta y la justifica y bueno, todo lo que uno ve en la violencia. Trabaja con dos personas enfermas (...) entonces hay que ver qué llevó a esas dos personas a vivir esta realidad hoy. Y ahí entramos nosotros. Entonces hay un montón de cosas que fallaron antes” (11)</p>

<p>El machismo como causa</p>	<p>“La mayoría de casos (...) tiene que ver con lo económico porque las mujeres dependemos entre comillas muchas veces de la ayuda del hombre (...) creo que las mujeres estamos atadas en ese sentido, atadas, es una palabra, atadas (...) y más si tenés hijos numerosos (...) en cierta forma yo creo que es el factor que más impide que por ahí haya una separación o si alguien te está haciendo mal... no creo que las mujeres sean tontas, para nada, creo que no tiene nada que ver con eso, creo que tiene que ver con el tema por ahí económico, de no tener los recursos (...) me tengo que aguantar estas con este, una cosa así, porque es el padre de los chicos y me ayuda a criar los hijos económicamente(...) somos más débiles no mentalmente y no quiero que se mal entienda (...) somos más débiles en lo físico, en lo sentimental nuestra naturaleza como mujeres es como más débiles entre comillas. No digo que intelectualmente seamos menos para nada, pero sí como que estamos más cerca de los hijos, estamos más cerca de los sentimientos, de, entonces bueno, es como que se aprovechan de eso (...) creo que tiene que ver con eso (...) creo que es lo que causa, los varones se aprovecha de eso (...) pero tiene que ver para mí con lo económico muchas veces la mujer no trabaja, no estudió o no tiene los recursos (...) yo creo que la sociedad que vivimos es bastante machista” (8)</p>
	<p>“La causa de este tema yo creo que es una cuestión eminentemente cultural, eminentemente cultural (...) gente que (...) se ha quedado en una forma de vincularse que era válida hace mil años atrás, y que lo sigue siendo en algunos lugares(...) y si a eso le sumamos todas las cosas que uno ve en la tele, esta cuestión de cosificar a la mujer (...) y vos decís: “Debe ser que es así”, “Debe ser que es así”(…) Es decir, te termina el noticiero con las marchas de “Ni una menos” y una chica apuñalada que ves, y después viene Tinelli. Entonces es como que es muy, bastante hipócrita la sociedad en estos temas. Entonces no vemos que en gran parte lo de cosificar a la mujer lleva a que alguien se crea con derechos de apuñalarla 20 veces. Entonces bueno, yo creo que es cultural la cuestión que esto suceda” (11)</p>

1) **La violencia generalizada.** La mayoría de las personas entrevistadas entienden la violencia de género como una manifestación más entre otros tipos de violencias sociales que según su percepción existe en sus contextos. Por ejemplo, emergen relatos de violencia e intolerancia social, de abuso infantil o de violencia hacia el personal médico. Asimismo entienden que la violencia de género puede ser dirigida hacia cualquier persona, independientemente de su sexo o de su edad. Destacan el alto grado de naturalización social de la violencia, que provoca que sea vista como algo “normal” e incluso en ocasiones necesaria para sobrevivir ya que si no “te pasan por encima”. Señalan que la VCM es un problema social relevante, relatos resaltan que la VCM tiene mucha prensa, lo que hace que ahora “esté de moda”. Sin embargo consideran que es un problema alejado de su labor cotidiana dentro del sector salud e indican que en su experiencia profesional han visto muy pocos casos de VCM. Por otra parte, algunas personas entrevistadas indican que la falta de oportunidades sociales y de recursos sería la principal causa de la violencia mientras que otras personas no se explican por qué ahora hay más casos de violencia extrema hacia las mujeres.

2) **Los vínculos no saludables generan violencia.** Varias de las personas entrevistadas identifican la VCM como un tipo de violencia que se da en el ámbito de la pareja y que es provocada por los vínculos no saludables entre el hombre y la mujer quienes tendrían el mismo grado de responsabilidad y que, incluso para algunas de las personas entrevistadas, son consideradas como “enfermos”. Estos vínculos no saludables provocarían un círculo vicioso entre ambos integrantes que es difícil de romper por la naturalización de su situación que dificulta que determinados actos o situaciones sean identificados como violencia. Por otra parte, la VCM es entendida como una forma de relacionarse no adecuada, por tanto no sana, que es transmitida de generación en generación. La falta de valores y límites, especialmente en la infancia, los abusos infantiles y/o la violencia vivida en la infancia dentro del ámbito familiar explicarían que los hombres ejerzan VCM en su vida adulta y también que las mujeres realicen elecciones de pareja no saludables para ellas y que justifiquen la violencia que reciben por parte de sus parejas. En general los ejemplos utilizados en los relatos están referidos a personas de clases sociales más vulnerables o a

inmigrantes. Sin embargo las personas entrevistadas aclaran que la VCM es un fenómeno que ocurre en todas las clases sociales. Algunas personas identifican un perfil de agresor determinado que, en general, el de un hombre manipulador que ha vivido una situación de violencia y/o de abuso en su infancia, desempleado o con precariedad laboral, y que suele tener problemas de consumo de alcohol o de drogas e incluso psiquiátricos.

3) **El machismo como causa.** Son muy pocos los relatos que identifican al machismo o el menosprecio a las mujeres como una de las causas de la VCM. En general esta explicación a la VCM ha surgido junto con otras explicaciones de la violencia y no como causa única o principal de la VCM. Si bien las personas entrevistadas en su gran mayoría desconocen qué es el género sí nombran a la cultura patriarcal, al machismo, a la cosificación, el menosprecio hacia las mujeres o su control como causas de la VCM. Algunas y algunos profesionales consideran que esta cultura machista se ha modificado a lo largo del tiempo y confían que las generaciones futuras cambien o que las mujeres luchen más por hacer valer sus derechos, por el contrario otras personas entrevistadas manifiestan poca confianza en los cambios futuros respecto a esta problemática. Vinculado al machismo, algunas personas entrevistadas identifican la dependencia económica de las mujeres y su rol de cuidadoras principales y/o de principales responsables del hogar como factores que contribuyen a que estas ocupen una posición de subordinación frente a los hombres. Estos factores constituirían importantes obstáculos para poder romper una relación de violencia en el ámbito de la pareja.

Discusión

El objetivo de este trabajo fue explorar cómo definen la VCM las y los profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud de atención primaria de tres localidades del norte cordobés. Los resultados indican que, a pesar del gran corpus teórico y empírico existente sobre la VCM, proveniente de los estudios feministas, los relatos denotan confusión y desconocimiento respecto al concepto y al origen de la VCM. En general predominan dos definiciones sobre la VCM, la primera ignora la especificidad de la VCM y la sitúa como una más entre otras violencias sociales, y la segunda es psicologizante y la sitúa en el ámbito doméstico/conyugal.

En relación a la primera definición de VCM los resultados obtenidos coinciden con los de Djikanovic y colegas (19) quienes también señalan que los y las profesionales sanitarios perciben la VCM como una forma más de violencia dentro de un contexto de inseguridad y violencia social generalizada. Entender la VCM como una violencia generalizada, como una violencia más entre otras, sin causas ni consecuencias específicas, revela que la mayoría de los y las profesionales tienen un gran desconocimiento sobre la perspectiva de género y de derechos humanos y su influencia en la salud. Esto coincide con los resultados de otros estudios (20) (21) (22) y demuestra la necesidad de fortalecer este conocimiento no solo para entender la complejidad de la VCM sino también para fortalecer su correcto abordaje.

En segundo lugar, los resultados obtenidos detectan entre el personal sanitario una definición individualista y psicologizante de la VCM. Este hallazgo coincide con los datos reportados en otras investigaciones cualitativas que revelan que los y las profesionales de atención primaria también consideran a la VCM como un asunto privado, de la esfera doméstica, vinculada a un conflicto de pareja en donde ambos integrantes tienen responsabilidad compartida (17) (19) (20) (21) (23) (24) (25) (26) (27). Esta psicologización del problema es para Porto (26) una forma de reducir un problema social complejo a un trastorno o conflicto individual o de pareja, lo que revelaría que el sector salud no aborda de forma correcta el problema de la VCM al no comprenderlo como un fenómeno multifacético que se produce por la compleja interacción de factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales (28). Asimismo, definir la VCM como una patología provocada por vínculos

“no saludables” de pareja revelaría una concepción biologicista, unidimensional, de la salud como concepto opuesto a enfermedad y situaría al sector salud en un rol activo y experto. Desde este lugar, los y las profesionales sanitarios son quienes tendrían el saber/poder sobre cómo “deben ser” las relaciones de pareja entre hombres y mujeres. El personal sanitario ha sido formado para indagar y diagnosticar una enfermedad, para solucionar un problema y ayudar a sus pacientes. Sin embargo, sin embargo en el caso de la VCM este rol debe ser dejado de lado para centrarse en las necesidades de las pacientes otorgándoles el protagonismo en la toma de decisiones (12) (29). Por otra parte, varias de las personas entrevistadas consideran que las mujeres son en parte responsables de su situación de violencia ya que, desde su perspectiva, ellas también están “enfermas” y justifican el maltrato que reciben mientras que ellos, por su parte, responderían a un perfil de manipulador, víctima de violencia en su infancia, con problemas laborales, de consumo y/o psiquiátricos. Estas ideas no solo liberan a los hombres de su responsabilidad sino que también contribuyen a normalizar la VCM culpabilizando a las mujeres de permanecer en situaciones de violencia (30). Asimismo responsabilizar de la VCM a las familias, como principal agente de socialización, y a los modelos familiares recibidos durante la infancia dificulta la comprensión de la VCM como un fenómeno multifactorial que forma parte de la estructura social patriarcal en donde todos los agentes sociales son responsables de su mantenimiento y reproducción (31), incluido el sector salud. Se ha señalado que el desconocimiento sobre la VCM puede obstaculizar que los y las profesionales no indaguen sobre este problema (16) y que las mujeres no revelen su situación de maltrato a los y las profesionales sanitarios (22) lo que contribuye a perpetuar el ocultamiento de esta grave problemática social.

Por otra parte, los resultados obtenidos revelan una tercera definición minoritaria de la VCM que sitúa al machismo existente en nuestra sociedad como una de las causas de esta violencia. Estas personas entienden la VCM como un problema social originado, entre otras causas, por las desigualdades de género existentes y desde allí no responsabilizan a las mujeres de su situación de vulnerabilidad y maltrato sino que trasladan esta responsabilidad a la sociedad en su conjunto. Esta concepción de la VCM también ha sido identificada entre profesionales sanitarios en otros contextos (17) (21) (32) (33) (34) (35).

Se ha señalado que las definiciones de la VCM están influidas por normas culturales, experiencias personales y emociones (36). Como personas que viven en una sociedad estructurada por el sistema de género entre otros ejes de desigualdad social, los y las profesionales sanitarios han sido socializados con los mismos valores culturales y en similares niveles de violencia que los y las usuarios que acuden a sus centros de salud (37) (38). En consecuencia es lógico que sus definiciones sobre la VCM reflejen opiniones machistas internalizadas (12) (36). Colombini y colegas (38) señalan que existe una relación entre cómo los y las efectores de salud conciben la VCM y su respuesta frente a la problemática. Por tanto es crucial fortalecer el conocimiento sobre la VCM desde una perspectiva de género y de derechos humanos para garantizar el correcto abordaje de la VCM.

Por último, a pesar de las personas entrevistadas consideran la VCM como un asunto social relevante, en general los y las profesionales cordobeses no han identificado muchos casos de VCM en su labor sanitaria cotidiana. El estudio de Kiss y Schraiber (39) también revela que los y las profesionales sanitarios visualizan la VCM como un problema importante pero poco frecuente en el sector salud brasileiro. Si bien no disponemos de datos de prevalencia de la VCM en el sector salud, sabemos que en una de las localidades de nuestro ámbito de estudio entre 2015 y 2016 se han registrado 22 denuncias por violencia por cada 1000 habitantes (7) lo que sugiere que la prevalencia poblacional en la zona es alta. Sin embargo, parecería que para la mayor parte de los y las sanitarias la VCM es un problema poco frecuente. Esto podría sugerir que los y las profesionales entrevistados

realizan una separación conceptual entre lo que entienden por lo “social” y lo que definen como “salud” asumiendo que la VCM es una cuestión ajena a lo sanitario puesto que se encontraría en la esfera de lo social o bien en la esfera de lo doméstico y privado de las personas. Esta separación también fue destacada en los relatos de los sanitarios entrevistados por Vieira (24) y Covas (27). Se ha señalado que esta división entre la salud versus lo social corresponde a una mirada biomédica hegemónica de la salud que excluye a los factores sociales para priorizar los aspectos físicos de la salud y de la enfermedad. Este modelo biomédico biologicista constituye una barrera importante para entender y abordar de forma adecuada la VCM ya que su perspectiva es limitada y no abarca a los determinantes sociales de la salud, entre los que destaca el género (12) (15) (29). Este trabajo constituye el primer estudio cualitativo sobre este tema en Córdoba, Argentina. Entre sus fortalezas destaca el diseño y la validación de los resultados con profesionales locales que trabajan la violencia de género en la zona, integrantes de asociaciones de mujeres y profesionales del sector salud. Entre sus limitaciones cabría mencionar la baja proporción de hombres en la muestra, que responde a la feminización de las profesiones sanitarias. Los hallazgos del estudio están vinculados al contexto en el que se desarrolló el estudio y no pueden generalizarse. En futuros estudios sería conveniente estudiar cómo se desarrollan, mantienen o modifican las definiciones sobre la VCM entre el personal sanitario así como su impacto en la detección y el abordaje de este problema. También se recomienda el estudio del nivel hospitalario de atención y del sector privado de la salud para conocer las características de cada sector dentro del modelo fragmentado de salud vigente en Argentina.

Conclusión

La mayoría de las y los profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud del norte cordobés ignora la especificidad de la VCM y la sitúa como una más entre otras violencias sociales, o considera que es un problema de pareja cuyos vínculos no son saludables por tanto pertenece al ámbito de lo privado. Son pocas las personas que entre las causas de la VCM destacan al machismo y sitúan la VCM como un problema social. El concepto de VCM presente entre los y las profesionales podría estar actuando como obstáculo para la detección y el correcto abordaje de esta problemática. Se recomienda indagar la relación entre esta conceptualización y las barreras para abordar esta problemática. Las acciones de sensibilización y capacitación del personal y el fortalecimiento del modelo biopsicosocial de atención a la salud integral de las personas podrían contribuir a potenciar la comprensión de la VCM y el rol de los y las profesionales sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina. Proyecto PICT-2016-0475. Resolución de Presidencia de Agencia N°285/17, fecha 05/06/2017 por la financiación. Parte de este trabajo ha sido presentado en las XIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres, VIII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, celebrado en Buenos Aires, Argentina, del 24 al 27 de julio de 2017, agradezco los interesantísimos comentarios recibidos en la presentación. Muchas gracias a todas y todos los profesionales sanitarios que participaron en las entrevistas y a las gestiones sanitarias de las localidades incluidas por su buena voluntad para participar en el proyecto. Muy especialmente, agradezco al equipo de trabajo (Agostina Ferioli, Victoria Baudín, Anahí Rodríguez, Romina Fagetti y Ana Claudia González) con quienes diseñamos el guión de entrevista y se validaron los resultados preliminares obtenidos. Sin conflicto de interés

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993. Resolución A/RES/48/104. Nueva York: ONU; 1994.

2. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. Un problema prioritario de salud pública. WHA 49.5 Asamblea 20-25 de Mayo de 1996. Ginebra: OMS; 1996.
3. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, & Watts C. WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe. Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington DC: OPS, 2013.
5. Observatorio Adriana Marisel Zambrano. Por ellas. 5 años de informes de femicidios. Buenos Aires: Asociación “La casa del encuentro”; 2013.
6. Fleitas Ortiz de Rosas D, & Otamendi A. Mapa de la violencia de género en Argentina. Buenos Aires: Asociación para Políticas Públicas; 2012.
7. Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. Argentina. Informe Denuncias por Violencia Familiar. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTMlN2Q1OGYtODgzMS00ZDMyLTIjZWYtMjE5Y2M2NjllYmY0IiwidCI6ImRmMWRmNGRjLWUwNjltNDFmMyliMjExLTQzYQWQ0YzYzYmMxNWFjNyIsImMiOiR9> Acceso el: 20 de julio de 2017.
8. Pontecorvo C, Mejía R, Alemán M, Fernández A, & Perez Stable E. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina (B Aires) 2004; 64: 492-6.
9. Bott S, Guedes S, Claramunt MC, & Guezmes A. Improving the health sector response to gender based violence. A resource manual for health care professionals in developing countries. New York: IPPF; 2010.
10. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, & Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2012; 75: 959-75.
11. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts C, Garcia-Moreno C, on behalf of the WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against women Study Team. Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study. Lancet 2008; 371: 1165-72.
12. García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d’Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, & Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet 2015; 385: 1567-79.
13. Tobar F, Olaviaga S, & Solano R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Resumen ejecutivo. Documento de políticas públicas. Buenos Aires: Área de Desarrollo Social. Programa de salud; 2012.
14. Poder Legislativo Nacional, República Argentina. Ley 26485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial 14/04/2009.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad; 2012.
16. Srague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham N, Bhandari M, & Goslings J.C. Barriers to screening for intimate partner violence. Women Health 2012; 52:587-605.
17. Biagini GS. Orígenes y particularidad de la violencia de género desde la atención

- primaria de la salud en distritos seleccionados de la provincia de Buenos Aires. En: XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales; 2015; Buenos Aires. Disponible en: <http://cdsa.academica.org/000-061/769.pdf> Acceso el: 28 de Julio de 2017.
18. Braun V, & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
 19. Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, & Cucic V. Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Educ Couns* 2010; 80: 88-93.
 20. Almeida LR, Silva ATMC, & Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. *Interface (Botucatu)* 2014; 18:47-59.
 21. Peckover S. Health visitors' understandings of domestic violence. *J Adv Nurs* 2003; 44: 200-8.
 22. Schraiber LB, & D'Oliveira AFPL. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athena* 2008; 14:229-36.
 23. Usta J, Feder G, & Antoun J. Attitudes towards domestic violence in Lebanon: a qualitative study of primary care practitioners. *Br J Gen Pract* 2014; e313-e320.
 24. Vieira EM, Ford NJ, Garbelini de Ferrante F, De Almeida AM, Daltoso D., & Dos Santos, MA. 2013. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Cien Saude Colet* 2013; 18: 681-90.
 25. Infanti J, Lund R, Muzrif M, Schei B, Wijewardena K, on behalf of the ADVANCE study team. Addressing domestic violence through antenatal care in Sri Lanka's plantation estates: Contributions of public health midwives. *Soc Sci Med* 2015; 145: 35-43.
 26. Porto M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicol Cienc Prof* 2006; 26:426-39
 27. Covas S. Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. Procesos facilitadores de su compromiso. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
 28. Heisse L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*. 1998; 4: 262-90.
 29. Williston CJ, & Lafreniere KD. "Holy cow, does that ever open up a can of worms": health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health Care Women Int* 2013; 34: 814-31.
 30. Thapar-Björkert S, & Morgan K. "But Sometimes I Think . . . They Put Themselves in the Situation": Exploring Blame and Responsibility in Interpersonal Violence. *Violence against wome*. 2010; 16: 32-59.
 31. De Miguel Álvarez A. El movimiento feminista y la construcción de marcos de interpretación. El caso de la violencia contra las mujeres. *Rev Int Sociol* 2003; 35: 127-50.
 32. Gomes NP, & Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22: 76-84.
 33. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, & Colomé ICS. Violence against women in the perspective of community health agents. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34: 180-6.
 34. Pereira Gomes N, Silveira YM, Diniz NMF, Paixao GPN, Camargo CL, & Gomes NR. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. *Text Context Nursing* 2013; 22: 789-796.
 35. Cocco da Costa M, Marques Lopes MJ, & Fachinelli Soares JS. Violence against rural women: gender and health actions. *Esc Anna Nery* 2015; 19: 162-8.
 36. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, & García-Moreno C. Violence against

- women: the health sector responds. Washington DC: PAHO; 2003.
37. Kim J, & Motsei M. “Women enjoy punishment”: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1243-54.
 38. Colombini M, Mayhew S, Ali SH, Shuib R, & Watts C. “I feel it is not enough...” health providers’ perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:65.
 39. Kiss LB, & Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet* 2011; 16: 1943-52.