

El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud en Uruguay

Mayo 2008

David Amorín
François Graña
Carlos Güida
Jorge Rondán



Documento elaborado por el Área de Condición del Varón del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública.

El análisis y las recomendaciones normativas de esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del Fondo de Población de las Naciones Unidas, su Junta Directiva y los Estados miembros.

Agradecimientos

Los autores del presente trabajo desean expresar su agradecimiento a los 32 varones entrevistados –decisiones, planificadores y clínicos–, así como a las y los profesionales que trabajan en el campo de atención a situaciones de violencia doméstica contra las mujeres, que participaron de las entrevistas colectivas.

Asimismo agradecen a la dirección y a las integrantes del Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y al Fondo de Población de Naciones Unidas por su apoyo para la realización de la presente investigación.

PRESENTACIÓN

El 8 de marzo de 2005, el Ministerio de Salud Pública ha declarado su compromiso de atender a la grave problemática de la Violencia Doméstica como un problema de Salud Pública. Cabe recordar que el 27 de noviembre de 2006, el Poder Ejecutivo promulgó el Decreto 494/2006 del Ministerio de Salud Pública, sobre atención a la Violencia Doméstica, por el cual las instituciones y servicios de salud públicos y privados, quedan comprometidos a prestar atención y asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica.

Posteriormente se han publicado la Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud para el Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer y la aplicación de un cuestionario para su detección, abordaje oportuno y primera respuesta. Los formularios que permiten la detección oportuna vienen siendo distribuidos en todo el país y en este año se realizará la primera encuesta sobre violencia doméstica en los servicios de salud.

Desde fines de 2007, ya son más de 45 servicios de salud que han conformado equipos interdisciplinarios para la atención de la violencia doméstica, lo que constituye un avance significativo en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Sin embargo, los desafíos son varios aún. Es necesario trabajar en el campo de la promoción de una cultura de la no violencia. Para ello es imprescindible abordar educativamente la equidad entre mujeres y varones, avanzar en la igualdad de oportunidades y derechos. La intersectorialidad y la integración de las políticas públicas serán una herramienta fundamental para superar algunos de los obstáculos en el abordaje de la violencia desde el sistema de salud.

El presente estudio es un aporte de interés para la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública, en tanto organismo rector de políticas de salud. Es trascendente la producción de conocimientos, en este y otros campos de la salud, que nos permitan analizar tanto las potencialidades como las resistencias a los cambios de paradigma. La articulación de la producción de conocimientos con la rectoría en salud, nos permitirá avanzar en una mejor calidad de vida para todas las uruguayas y todos los uruguayos.

Dr. Jorge Basso
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública

PRÓLOGO A UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES

El estudio que se presenta es oportuno y útil en el contexto actual del sistema de salud en Uruguay. Está en curso una reforma que jerarquiza los valores de igualdad y universalidad, que exige la atención de los problemas vinculados a situaciones de inequidad, entre los cuales uno de los de mayor impacto y menor visibilidad es la violencia basada en género. Desde el inicio de esta administración de gobierno el Ministerio de Salud Pública se comprometió a asumir la responsabilidad que le compete en la atención de este problema y en este momento está en desarrollo e implementación una política de salud para la atención a la violencia doméstica (VD) hacia la mujer.

Este proceso requiere de la asunción de competencia en relación al tema en todos los niveles del sistema de atención, en su planificación, organización, ejecución y evaluación.

El trabajo que aquí se publica indaga sobre un aspecto poco tratado, muchas veces invisible y de indudable impacto dentro del sector salud, la subjetividad del personal y las implicancias de ésta en la tarea. Los aspectos ideológicos, culturales y afectivos que están presentes e integrados a los más visibles procedimientos técnicos.

El equipo de investigadores selecciona como población un grupo que usualmente no ha sido portavoz de la preocupación por las situaciones de violencia doméstica: varones decisores, planificadores y clínicos que trabajan en nuestro sistema de atención en salud. Su condición de varones especializados en el tema de masculinidades, comprometidos e interesados en el desarrollo de conocimiento sobre la violencia basada en género, los posiciona en un lugar privilegiado para interrogar e interrogarse acerca del papel de los varones en este proceso.

El estudio aporta evidencia y reflexiona sobre la complejidad del problema, reflejada a través de la diversidad, de los entrevistados y de las miradas de los investigadores, y la dualidad propia a éste momento de transición. Transición de los modelos de los géneros, transición de los modelos de atención en salud, heterogeneidad, cuestionamientos, contradicciones entre la *“conciencia discursiva y la conciencia práctica”*.

Esta investigación pone de manifiesto resistencias para tratar el problema de la violencia hacia la mujer en el contexto actual de atención, que tiende a invisibilizar el género como una de las determinantes del estado de salud y de las relaciones entre técnicos, usuarias y usuarios. También hace visibles cuestionamientos y posiciones de algunos entrevistados que actúan como *“potenciales fuerzas de cambio”* de ésta situación.

La iniciativa por informarse y formarse para dar respuesta no se da espontáneamente en quienes no ubican este asunto como propio a su hacer profesional específico.

El no reconocimiento de la VD como violación de los Derechos Humanos y como problema de salud de la población, el desconocimiento de la normativa, las pautas y herramientas para la atención, son desafíos a la hora de implementar políticas sanitarias en torno al tema, al tomar decisiones en las instituciones y al atender mujeres y hombres en los servicios.

El análisis del texto y contexto aquí presentado nos interpela, en tanto ciudadanas y ciudadanos y en tanto profesionales de la salud.

¿Son adecuadas las estrategias en desarrollo para sensibilizar y comprometer al personal de salud y en particular a los varones? ¿Qué aspectos de las subjetividades masculinas se deben tomar en cuenta? ¿Como sería la mejor forma de considerar dichos aspectos?

¿Qué implica la perspectiva de género en la atención de varones?

¿Como ampliar espacios de participación plural en la búsqueda de alternativas adecuadas?

Son algunas de las preguntas posibles.

El material presentado en esta publicación es revelador e invita a lecturas e intercambios diversos, contribuye a esclarecer y plantea nuevas interrogantes, en nosotros está aceptar la invitación.

Dra. Sandra Romano
Coordinadora Area Violencia de Género
Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género

INTRODUCCIÓN

Este trabajo está animado por el propósito de aprehender el modo en que los varones que participan del sistema de salud, perciben la problemática de la violencia doméstica contra las mujeres (en adelante, VDCM). Diversos factores convergen en estas complejas situaciones; entre los más importantes se encuentran la institucionalización de la atención a situaciones de VDCM, la vigencia del modelo médico hegemónico y las relaciones desiguales de género que imperan en los equipos de salud.

Los servicios de salud ubicados en el primer nivel de atención, citados frecuentemente como “puerta de entrada” al sistema sanitario, han sido catalogados por el MSP como el espacio privilegiado de aplicación del tamizaje para la detección oportuna de situaciones de VDCM. La reglamentación de la atención a la VDCM por parte del MSP, la incorporación del despistaje sistemático y la atención a las situaciones de violencia, se proyecta en un contexto en que la confidencialidad debe estar garantizada. Asimismo, su eficacia dependerá en grado sumo de la promoción de un enfoque de género integral e interdisciplinario. Las transformaciones profundas del sistema de salud hoy en curso, están signadas por la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado y la construcción de un nuevo marco de derechos de usuarios y pacientes del sistema de salud.

La elaboración y puesta a punto de un instrumento de detección sobre situaciones de VDCM, implica una ruptura en el abordaje de esta grave problemática. La voluntad política del Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género en lo que respecta a empoderamiento de mujeres en situación de pobreza económica y de mujeres en general históricamente discriminadas, supera ampliamente el paradigma materno-infantil, donde la salud de la madre fue condicionada y en ocasiones relegada, a la salud del feto y del recién nacido (Güida, 2003, López, A. y otros, 2003). Hasta hace algunos años era frecuente escuchar que “el útero es la mejor incubadora” y que la embarazada en riesgo y el feto constituían “un embarazo de riesgo”, entre tantas frases que develan el modelo reduccionista y sin enfoque de derechos.

De este modo, un nuevo modelo de atención a la violencia doméstica que promueve una ruptura política, epistemológica, ética y metodológica, irrumpe hoy en servicios de atención, donde aún la violencia hacia las mujeres es a menudo *invisibilizada* o *naturalizada*. Esta ruptura está políticamente pautada por un decreto presidencial y avalada por la Ministra de Salud, quien ha planteado en 2005 que la VDCM es un grave problema de Salud Pública.

La metodología propuesta para el abordaje de las situaciones de VDCM contra las mujeres desde el MSP recoge los aprendizajes de organismos rectores de la salud (notoriamente la OPS) y las experiencias en Uruguay de las organizaciones de mujeres. Se abre paso de este modo un profundo cuestionamiento a las prácticas hegemónicas en la atención de salud.

Ya desde inicios de los '90 se viene considerando la perspectiva de la equidad de género como uno de los ejes del cambio social en relación a prácticas de VDCM, que legitiman la superioridad de los hombres sobre las mujeres. Sin embargo, éste es uno de los primeros estudios que hace centro en el posicionamiento de los varones ante la problemática y las posibles respuestas del sistema de salud. En el marco de la investigación cualitativa “La nueva condición del varón: ¿renacimiento o reciclaje?”, Arnaldo Gomensoro et.al. (1995) planteaban:

“En este sentido, no podemos menos que constatar que, prácticamente, todo lo que sabemos de las “contradicciones de género” se lo debemos al estudio, a la investigación y a la reflexión crítica realizada por las mujeres. Los varones, en cambio, hemos mantenido y mantenemos al respecto un casi sepulcral silencio, haciéndonos los distraídos, mirando hacia otro lado, como si nada estuviera pasando... Es justamente este hurtarse al tema, este soslayar sistemáticamente su consideración, este minimizar su importancia, lo que nos lleva a sostener que los varones no estamos renaciendo a una nueva condición, acompañando activamente el proceso de renacimiento femenino, sino que, a pesar de las buenas intenciones expresadas por muchos de los encuestados, apenas y a contra-mano, nos estamos “reciclando”, intentando “bancar”, con el menor costo posible, la nueva situación. Es decir, en el mismo momento en que nuestras compañeras están actualizando una auténtica “revolución”, pagando por ella los peajes correspondientes, nosotros, los varones, nos conformamos con aceptar, con suficiente buena disposición, tímidas “reformas”, aplicando la vieja y ya muy desacreditada receta de cambiar algo para poder lograr que todo quede como está”.

Puede hoy decirse que la actual administración de gobierno comienza a quebrar el ominoso silencio del *colectivo masculino* o su menosprecio hacia las manifestaciones de la violencia basada en el género en tanto grave problema de derechos humanos. Varias son las interrogantes: ¿cómo y cuánto cambiarán las prácticas de los equipos de salud a partir de la aplicación de las preguntas a todas las mujeres mayores de 15 años que consulten en el sistema de salud? ¿Serán atendidas con la misma calidad las mujeres en los sectores socioeconómicos altos que en los bajos? ¿Cómo se dará en los centros de salud una creciente visibilidad de situaciones de VDCM? ¿Cómo operarán los temores y prejuicios de los profesionales de la salud ante la demanda de atención y derivación de las mujeres? ¿Cómo actuarán los varones decisores y planificadores respecto a la necesidad de contar con los recursos imprescindibles para el cumplimiento cabal de la aplicación del formulario y del protocolo sobre VDCM?

La publicación “*Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención*” del Programa Prioritario Salud de la Mujer y Género, incluye la problematización de la condición masculina al incorporar a los varones como sujetos protagónicos de esta grave problemática. Se cuestionan allí ciertos reduccionismos supuestamente explicativos y justificativos de la violencia masculina y se procura contemplar el cambio cultural en la construcción de masculinidades, con énfasis en las prácticas corrientes en los servicios de salud. Los equipos de salud parecen replicar los estereotipos de género, adaptándose a la realidad social de la población consultante. Esto, que queda en evidencia en el campo de la salud reproductiva, parece ser aún más

grave y extensivo en la detección, prevención, atención, derivación de las situaciones de violencia doméstica. La ideología de género, encarnada en hombres y mujeres, se encuentra presente en niveles de decisión, planificación y en la atención en los servicios.

En lo que refiere a una de las manifestaciones de la violencia basada en el género, como lo es la VDCM, las mujeres han sido y continúan siendo las principales víctimas. La dimensión del daño es tal que además de contar con un promedio de una mujer asesinada por su pareja o ex pareja cada 9 días, los últimos informes del Observatorio sobre Violencia y Criminalidad dependiente del Ministerio del Interior, señalan que las denuncias por violencia doméstica han superado el número de rapiñas y hurtos denunciados. Tampoco deben desmerecerse los avances acumulados, entre los cuales destacan:

- La atención directa a mujeres en situación de violencia desde organizaciones de mujeres, con 20 años de experiencia
- La existencia del Servicio de Atención Telefónica de la Intendencia Municipal de Montevideo, instalado en 1992 y actualmente de alcance nacional
- La promulgación de la Ley 17.514 de Violencia Domestica, la instalación del Consejo Nacional Consultivo y el Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica.
- Los avances en el sector salud ante la validación del protocolo y de la inclusión de preguntas de tamizaje en todas las historias clínicas a mujeres mayores de 15 años en los servicios de salud.
- La incidencia cada vez mayor de campañas en los medios masivos de comunicación, por parte de Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), la Secretaría de la Mujer de la IMM, la Red Uruguaya contra la Violencia Domestica y Sexual, la Comisión Nacional de Seguimiento (CNS) - Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía, y el apoyo de la cooperación internacional (UNFPA, AECID, etc.).

Sin embargo, aun parece imprescindible avanzar en varios planos: en la intersectorialidad e interinstitucionalidad de los programas y acciones, en la capacitación de los efectores de salud, en la inclusión en la currícula universitaria en pregrado y postgrado, fundamentalmente en las profesiones comprendidas en el área de la salud, en la optimización de los sistemas de registro en los servicios públicos y privados, en la atención de todas/os involucradas/os en situaciones de violencia domestica y sexual.

Actualmente, el sistema de salud en Uruguay se encuentra ante una oportunidad histórica: la creación de un Sistema de Nacional Integrado de Salud (SNIS), con un sistema de prestaciones integradas básicas para todos los efectores públicos y privados. Sin embargo, en las temáticas vinculadas a las relaciones de poder entre mujeres y varones, existen resistencias históricas. Muchos varones planificadores y prestadores de salud han resistido la inclusión de la dimensión de género entre las prioridades sanitarias; a pesar de ello, existe actualmente un especial interés y sensibilidad por parte de decisores del propio Ministerio de Salud Pública.

Es claro que ciertas actitudes y prácticas sustentadas en la ideología patriarcal, se erigen en obstáculos ideológico-culturales para la implementación de estrategias y

acciones en la atención a las situaciones de VDCM. Esta investigación se propone describir y analizar las posibles resistencias desde los varones, en la particularidad de su subjetividad masculina. Es posible que muchas mujeres insertas en el sistema de salud compartan los argumentos, los posicionamientos y las resistencias ante la VDCM. Sin embargo, en esta primera aproximación el equipo de investigación ha enfatizado el campo de intersección entre las masculinidades y el ejercicio profesional como campo de indagación y producción de conocimientos.

En su objetivo general, esta investigación se propone analizar las percepciones, posicionamientos, actitudes y conocimientos de los varones decisores, planificadores y prestadores en el sistema de atención a la salud, respecto de la VDCM. El contexto está dado por la actual Reforma del Sistema de Salud. Los objetivos específicos que hemos derivado de aquí, son:

- a) Describir y analizar las diferentes líneas argumentales de los varones con diversa inserción en el sistema sanitario sobre la atención a la VBG en los sectores público y privado, con énfasis en el primer nivel de atención y en el marco de la Reforma.
- b) Aproximarse a la comprensión de las resistencias y de las potencialidades de los varones en los diferentes lugares de acción en el sistema de salud para el abordaje de la problemática
- c) Sistematizar diversas propuestas para un abordaje socio educativo y preventivo de la VBG, desde un enfoque de APS, comunitario y centrado en los derechos humanos de mujeres y varones.

Se han empleado técnicas cualitativas: análisis documental, entrevistas semi-estructuradas y entrevistas colectivas. Se entiende que el dispositivo de entrevista habilita la aproximación a la subjetividad de los actores implicados; de ahí precisamente su pertinencia en el contexto de esta investigación. Para realizar las entrevistas se consideró que los entrevistados cumplieran los siguientes requisitos: i) estar vinculados a programas y/o servicios de salud en carácter de decisores, planificadores o profesionales con atención directa; ii) desempeñarse en servicios de Montevideo, departamentos limítrofes con Brasil, en el litoral, y en las zonas centro y sur del país, iii) ejercer diferentes profesiones y especialidades en el ámbito público o privado.

La muestra estuvo compuesta por veintisiete médicos y cinco profesionales no médicos. Diecinueve de los entrevistados son decisores/planificadores, de los cuales quince son doctores en medicina. A su vez, quince de los decisores/planificadores ejercen en el sub sector público. Es necesario tener en cuenta que trece de los entrevistados participan de la investigación desde su rol de atención directa a mujeres. Los entrevistados en carácter de decisores y/o de profesionales con atención directa, ejercen su profesión en otras instituciones con roles y cargos similares o disímiles a los que han sido seleccionados para ser parte del estudio.

De los cinco entrevistados no médicos, cuatro ocupan espacios institucionales de decisión (un psicólogo, un licenciado en ciencia política, un licenciado en educación, un contador) y el restante ejerce en tanto profesional con atención directa (psicólogo)

En cuanto a las especialidades, siete de los médicos entrevistados ejercen como ginecólogos, seis como psiquiatras, tres son administradores de servicios y o programas, dos pediatras, uno intensivista, un epidemiólogo, uno es médico rural, uno radiólogo, uno internista, uno otorrinolaringólogo, dos son médicos generales y uno es especializado en medicina familiar y comunitaria.

En cuanto al estado civil, veintitrés de los entrevistados son casados, tres divorciados, tres separados, dos solteros y uno en unión libre. En lo que respecta a las creencias y adhesión religiosa: cinco se definen católicos, dos cristianos, uno umbandista, uno metodista, uno budista zen, dos se definen creyentes sin religión, tres ateos, once no manifiestan adhesión a creencias ni religiones y en los seis restantes no se registra esta información. Las edades están comprendidas entre treinta y cuatro y los sesenta y nueve años, siendo el promedio de edad de los entrevistados de cincuenta años.

Se realizaron dos entrevistas colectivas, una en Montevideo y otra en Ciudad de Canelones. Para ello, fueron convocadas organizaciones no gubernamentales con trayectoria en la problemática de la VDCM, las que pudiesen delegar a un/una representante. Con las y los participantes se compartió el objetivo del estudio y se profundizó en la experiencia respecto al papel de los varones vinculados al sistema de salud ante situaciones de VDCM.

Se ha garantizado a los entrevistados la confidencialidad de sus testimonios, tanto en lo que refiere a su identificación personal como a su pertenencia institucional. El manejo de dicha información (entrevistas grabadas y desgrabadas) se restringe a los integrantes del equipo de investigación.

El análisis documental se encuentra integrado a los respectivos capítulos. Cada uno de los investigadores ha indagado un tópico, que el equipo entiende fundamental en el análisis del papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia Basada en el Género, en el contexto de la Reforma del Sistema de Salud:

- Representaciones y significados acerca de masculinidad
- La perspectiva de género en la percepción de nuestros entrevistados
- Acerca de las concepciones de género y salud y la relación con la atención a la VCDM en el contexto de la reforma
- Obstáculos y resistencias del sistema de salud para abordar la violencia doméstica como un problema de Salud Pública

MARCO TEÓRICO

Jorge Rondán Moumdji

Primeras palabras

En este capítulo el/la lector/a se encontrará con el marco teórico referencial que sintetiza parte de la producción bibliográfica publicada en Latinoamérica sobre Violencia Doméstica, incluyendo el análisis documental realizado por el equipo de investigación en el período abril – junio de 2008.

Comenzaremos por conceptuar a la violencia doméstica como un problema complejo, multicausal, social y político. La analizaremos como una de las formas de violencia hacia las mujeres, cuyos orígenes habría que rastrear hasta los albores mismos de los tiempos.

La cultura patriarcal crea masculinidades y feminidades desde una matriz estereotipada e injusta, que somete a las mujeres a la desvalorización y a la falta de poder y participación social y política. La lucha continua de movimientos feministas y pro Derechos Humanos se fue plasmando a lo largo del siglo pasado en diferentes convenciones que permitieron no sólo dar visibilidad a la violencia doméstica sino concebirla como un problema social. Esas acciones políticas favorecieron la construcción de un nuevo paradigma ético y jurídico desde donde garantizar los derechos humanos de las mujeres. Por último veremos nuestra realidad político- jurídica sobre la violencia doméstica, para luego concebir a la violencia doméstica contra las mujeres como un problema prioritario de Salud Pública. Finalizaremos con una síntesis acerca de la importancia que el sistema de salud tiene para contribuir a la solución de la violencia doméstica.

Abordar la violencia doméstica como una violación de los derechos humanos, como una construcción socio-cultural, política y como un problema de Salud Pública¹ implica comenzar una nueva etapa del conocimiento sobre esta temática. La violencia doméstica debe descentrarse como cuestión individual, conyugal, privada, silenciosa, invisible y minoritaria. Este descentramiento es doblemente funcional: a) permite afrontarla como un fenómeno social, complejo, universal, histórico y pandémico que ha atravesado las distintas culturas; b) la violencia doméstica puede ser reconocida como un problema innominado hasta hace pocos años, siendo que “descubrimos” sus raíces en los albores mismos de la humanidad.

Es decir, proponemos complejizar su mirada y su abordaje. Repensar la violencia doméstica contra las mujeres (de aquí en más VDCM) como un fenómeno social, impli-

¹ Ejes de análisis propuestos por la Dra. Sandra Romano en Violencia Doméstica participación e integración social (2007)

ca un movimiento social importante capaz de generar cambios a la interna de una comunidad, de sus grupos e instituciones y de sus aparatos ideológicos. Todo ello permitiría visibilizarla como un problema generado en la misma trama del tejido social y significado a lo largo y ancho de nuestra cultura humana. Los vínculos entre hombres y mujeres están condicionados por roles estereotipados de género siendo la violencia basada en género su sustrato simbólico. La violencia como una forma de relacionamiento y de resolución de conflictos ha existido en casi todas las épocas y en casi todas las culturas; pero no necesariamente ha sido siempre violencia basada en el género (en adelante VBG).

Tan sólo hace dos décadas que nuestro país, inserto dentro en una América Latina cambiante -que ha restablecido paulatinamente el sistema democrático como forma de organización política y social en los últimos decenios- comienza a formular interrogantes, a denunciar malestares, a mostrar sufrimientos y ensayar respuestas. La sociedad civil se organiza con la finalidad de auxiliar, apoyar y acompañar a las víctimas de VDCM mediante la movilización de recursos humanos y comunitarios para luego integrarlos en una gran red y librar batalla contra un fenómeno creciente, complejo. La lucha social y política, los movimientos feministas y los movimientos por los derechos humanos denuncian los productos de una matriz cultural y dejan al desnudo la violencia y la inequidad entre hombres y mujeres (intergénero); entre hombres y entre mujeres (intragénero). Estos movimientos sociales en forma paralela acompañan a otros que se dan a nivel regional y planetario, encontrando en los Estudios de Género una herramienta de análisis y de acción que los guía, acompaña y fortalece. Las organizaciones feministas y organismos especializados de las Naciones Unidas entienden que: «...» en el contexto de desigualdad, discriminación e impunidad, la violencia de género se destaca como una violación sistémica y sistemática de los derechos humanos y como un obstáculo al desarrollo económico, social y democrático en todos los países²».

Interrogar a nuestra sociedad sobre la producción de VDCM es comenzar a concebirla como una manifestación de un entramado más complejo; es decir, la Violencia basada en el Género.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1979), define a la VBG como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Es decir, esta declaración comienza a cuestionar un orden mundial existente, nunca antes pensado en su justa dimensión, pero que cristaliza siglos de lucha de los movimientos feministas, los que dejaron al descubierto los privilegios del poder patriarcal. Prerrogativas que se han transformado a lo largo de los siglos en abuso de poder hacia las mujeres y a todo aquello que represente simbólicamente “ lo femenino”. Tenemos presentes los informes de Amnistía Internacional y de otras organizaciones sobre las

² ¡Ni una más! (2007: 12)

400 mujeres jóvenes que fueron secuestradas, violadas, mutiladas y asesinadas en Ciudad Juárez y Chihuahua.

El feminicidio³ se extiende por toda América Latina y El Caribe y Uruguay no es la excepción. Junto a otras formas de expresión de la VBG, es común observar las más habituales e incuestionadas hasta las más condenables: desde «cargarse» a una mujer en la vía pública, a acosarla sexualmente en el trabajo, desvalorizarla en su sentir, pensar y actuar, exponerla a la desnudez de un show televisivo, expropiarla sexualmente de su poder erótico, abusarla sexualmente en el marco de la pareja legalmente constituida, hasta llegar a la muerte como eslabón último de la violencia perpetradas por parejas actuales o pasadas, así como en el marco de conflictos armados o contextos de represión militar o policial.

El siglo XX fue una época fermental de cambios mundiales que dejaron al desnudo la dominación masculina imperante y la construcción social y arbitraria del relacionamiento entre hombres y mujeres. Es el momento histórico en el que se visualiza con toda ferocidad la violencia política ejercida mediante el arte de la guerra pero nunca antes experimentado el poder destructivo al que se llegó en la primera y segunda guerra mundial, administrada por la mano de los hombres. La construcción de regímenes autoritarios, la destrucción de vidas humanas, la ocupación en el arte de matar y de dominar unos pueblos sobre otros fue posibilitando intersticios del poder por donde las mujeres pudieron cuestionar e implementar cambios nunca antes pensados en su cotidianeidad. La necesidad de sobrevivir, la asunción de roles tradicionalmente masculinos, mientras ellos combatían en el campo de batalla, fue posibilitando a las mujeres un empoderamiento que las llevaría al reclamo continuo de sus DDHH. La lucha por su derecho a trabajar y por ende, a ser autónomas e independientes económicamente, fue y es uno de los grandes golpes a la pretensión masculina del *proveedor exclusivo*. Revalorizó a las mujeres en tanto sujetas sociales, quebrando en ocasiones, los modelos de género internalizados.

Este sendero de lucha transitado por las mujeres comenzaba a ser un camino sin retorno que se ha extendido a todos los planos de la vida en sociedad. El matrimonio creado por el sistema patriarcal comienza a ser cuestionado como un dispositivo de control y opresión hacia la mujer. El poder absoluto del hombre comienza a derrumbarse frente a las distintas oleadas de la revolución feminista que avanza incansable hacia la meta de la destrucción del «Hombre»-Dominador y Patriarcal.

Conquistando su derecho a la educación las mujeres logran salir de los siglos oscuros a las que fueron sometidas, alcanzando en menos de un siglo feminizar la matrícula en todos sus niveles en algunas regiones y países. A su vez, los métodos anticonceptivos le aportaron nuevas armas para la lucha, como ser la posibilidad de separar el disfrute sexual de la reproducción. Como contrapartida la mayoría de los varones se sienten jaqueados en su rol preñador, perdiendo privilegios milenarios como:

³ Marcela Lagarde: «para que se dé el feminicidio deben concurrir de manera criminal, el silencio, la omisión, la negligencia y la colusión de autoridades encargadas de prevenir y erradicar estos crímenes. Hay feminicidio cuando el Estado no da garantías a las mujeres y no crea condiciones de seguridad para sus vidas en la comunidad, en la casa, ni en los espacio de trabajo de tránsito o de esparcimiento. Más aún, cuando las autoridades no realizan con eficiencia sus funciones» en ¡Ni una más!, (2007: 65)

el derecho al goce propio y ajeno junto con la doble norma moral. La fecundación *in vitro* y la lucha por el derecho a decidir la interrupción de la gestación son dos grandes golpes que los varones hegemónicos tendrán que asimilar y enfrentar en este replanteamiento de poderes, de roles y status que las mujeres le proponen. Aunando luchas y voces los movimientos de gays y de hombres pertenecientes a minorías étnico-raciales también han contribuido a cuestionar, resquebrajar un modelo excluyente de varón que se imponía como hegemónico, heterosexual, de raza blanca y de clase media.

La nueva Declaración de los DDHH (1948) junto a la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará (1994), marcan un nuevo contexto político y social a nivel mundial. Dicho contexto se encamina hacia la equidad, la igualdad, el pleno reconocimiento y ejercicio de derechos, la diversidad, la paz social y mundial. Guiados por la Ética de los DDHH se continúa luchando para que este nuevo orden se haga realidad, librando batalla en innumerables frentes contra el sistema patriarcal que se resiste a perder su poder y construcción cultural. La VDCM para algunos autores como Roberto Garda (2006) aparece como una manifestación resistencial, como una lucha fallida del sistema patriarcal cuestionado, jaqueado y condenado a morir. Asistimos al derrumbe de un régimen que se desmorona no sin antes causar estragos y sufrimientos a la mitad de la humanidad.

Surgimiento de la Dominación Masculina

Tomando como punto de análisis las reconstrucciones históricas y antropológicas que intentan echar luz sobre el conocimiento de ese tiempo primigenio de la humanidad, podríamos adherir a las siguientes hipótesis. El hombre de aquella primera hora ha sido descrito como aquel que se dedicó a desarrollar su potencial muscular y agresivo para poder hacer frente a la caza de animales, luchar contra las inclemencias de la naturaleza, proteger a su mujer embarazada y a su prole de posibles depredadores así como defender el territorio de su horda. Partiendo de esas diferencias biológicas determinada por los sexos fue tallando en relación con su medio ambiente y su mundo social, nuevas corporeidades. De esta forma nacen las masculinidades y feminidades; legados culturalmente contruidos que se distancian de la «simple» matriz biológica. El lenguaje y la construcción de herramientas, posibilitaron el nacimiento de lo simbólico, marca indeleble de la cultura. Frente al fracaso parcial por dominar la naturaleza el hombre buscó dominar los vínculos y las poblaciones de hombres y mujeres. La construcción simbólica de la cultura (creencias, mitos, leyendas, historias orales) pobló la imaginación e instituyó un orden supraestructural que legitimó ese poder de agredir, hacer la guerra y dominar de los hombres. En cambio las mujeres inmersas por siglos en el arte dar vida, de cuidar la prole, de recolectar y distribuir los bienes en la pequeña comunidad fue sometida por el hombre a cambio de una supuesta necesidad de protección. Dominación, opresión, control, desvalorización, violencia sim-

bólica fue erigiendo al hombre en el modelo de la Humanidad e instaurando como natural y legítimo el sistema patriarcal.

«La masculinidad, más que una esencia es una ideología que tiende a justificar la dominación masculina». (Badinter, E.1993: 51).

Y constituyó a determinadas modalidades de ser hombre como un modelo a ser replicado en cada cultura y en cada momento histórico.

¿Violencia invisible basada en género?

Los estudios de género han revelado que nuestra cultura se asienta sobre una asimetría de poder intergénero. Ana María Fernández (1993) se pregunta ¿por qué si la cultura occidental ha tenido diversos cambios, esta situación de injusticia y desigualdad persiste y se renueva hasta nuestros días en forma invariable y transversaliza todos nuestros conocimientos? Dicha investigadora señala como hipótesis plausible, la de encontrar en las estructuras del pensamiento occidental, con su lógicas fundantes, las raíces desde donde se construyeron y reconstruyen las desigualdades entre hombres y mujeres. Toma como punto de partida de su análisis a la cultura helénica, los cuales sintetizan la idea de que la mujer es un hombre imperfecto o castigado por los dioses (desvalorización, discriminación). En cambio el cuerpo sexuado del hombre es elevado a modelo, ideal o paradigma de la humanidad.

La mujer, en tanto diferente, otredad, no era pensable ni imaginable para los griegos por lo cual pasó a ser alguien que cuestionaba el modelo, que generaba interrogantes, incertidumbres, miedos. Los mitos, las leyendas, las cosmogonías fueron construidas para contener esos interrogantes y justificar la desvalorización, lo negativo, lo oscuro, lo marginal.- Apuntaladas en una **lógica binaria**, es decir, que responde a dos valores: «A» y «No A», es que se construye las primeras diferencias entre hombres y mujeres partiendo de las diferencias sexuales. Si el hombre era un sujeto caliente, la mujer, en tanto -»hombre imperfecto»- era un sujeto frío. Si el hombre era fuerte, la mujer débil y así podríamos construir columnas hasta el infinito, comparando en forma peyorativa a la mujer. Asociativamente a la lógica binaria se le sumaba una **lógica atributiva**, que califica con un valor uno de los polos de esta ecuación de género en detrimento del otro, desvalorizando, discriminando, humillando. El hombre se convierte en el modelo, positividad, lo otro puede ser negativo, suplementario o complementario. La mujer recluida en su gineceo, se convierte en alguien que complementa al hombre, pues, lo cuida, tiene sus hijos/as y los educa. Estos a-priori históricos del pensamiento occidental, creados y recreados a lo largo de los siglos, han convertido lo mismo en igual y por lo tanto en lo Único. Esto lleva a Ana María Fernández⁴ a decir: «Al entronizarse lo mismo, se pierde el juego dialéctico entre identidad y diferencia. Al cristalizarse lo uno en figura y lo otro en fondo, no alcanzan su reversibilidad. Lo mismo será siempre eje de medida,

⁴ Ana María Fernández, (1993: 35)

positividad. Lo otro será siempre margen, negatividad, doble, sombra, reverso, complemento»

Estos a-priori del pensamiento elaboraron categorías inmanentes desde donde construir: las posibilidades de pensar, generar un orden a lo producido, inventar modos de enunciabilidad, construir e instituir regímenes de verdad. ¿Cómo se enuncian discursivamente las diferencias de inequidad entre hombres y mujeres? Partiendo de la construcción de discursos y narrativas fundantes como son: el Naturalismo, el Biologicismo y el Esencialismo. El **Naturalismo** junto a los otros dos discursos sociales y epistémicos legítima y por ende naturaliza hacia el pasado, el presente y el futuro esta concepción constructiva, social y sexista donde lo positivo es Ser varón y lo negativo es Ser mujer. Parte de una doble falacia. La primera es considerar que la anatomía genital y sus funciones determinan la inserción y desarrollo de cada sexo en la realidad social y constituyen su realización como persona y como ciudadano. La otra gran falacia es que eleva a nivel del «debe» lo que es una premisa falsa en el terreno del «ser».-

Biologicismo: parte de la diferenciación sexual, determinada por los genitales externos, lo cual atribuye y distribuye posicionamientos sociales, subjetivos y de género.

Desde la anatomía sexual se matiza la subjetividad del futuro varón y mujer, en tanto se moldea sus percepciones, sentimientos, conductas, comportamientos, proyectos y desarrollo social. Además el biologicismo niega la diferencia entre funciones sexuales y reproductivas de ambos sexos. La mujer nace y se realiza en el goce de ser madre. Las dos corrientes anteriores serán los cimientos donde se construyen en forma imaginaria la estructura del **Esencialismo**. Si las mujeres son naturalmente definidas por sus genitales y esto es lo que posibilita su inserción social y su realización como reproductora de la especie, entonces, es esencial, es así y no puede ser de otra forma que la verdadera forma de ser mujer, de vivir la plena femineidad comience y termine en la maternidad. Dichos discursos se imponen como naturales, a-históricos, universales de lo que debe ser una «verdadera mujer». ⁵»La esencialización deniega los procesos singulares, las rebeldías, los malestares, las diferencias aún en el marco de acotar mandatos, posicionando a las mujeres concretas en el conjunto de «las idénticas».

Sobre esta construcción social, histórica e ideológica creemos que se construye toda violencia invisible basada en género sobre la cual la VDCM es una práctica particular de violencia del hombre hacia la mujer, hacia otros hombres (gays) o hacia niña/os, ancianas/años (generacional).- Hoy cuando hablamos de lo «doméstico» no nos referimos exclusivamente al espacio físico del hogar sino al domus⁶, es decir al espacio simbólico como ámbito donde se despliegan las relaciones íntimas.

A - La VDCM como problema político

Luego de analizar la VDCM como un problema social y cultural veámoslo también como un problema político, donde se expresa un desequilibrio de poder a favor del varón

⁵ Ana María Fernández (1993: 43)

⁶ Romano, Sandra (2007)

y en detrimento de la mujer, que no solo genera cultura, sino también instituciones, leyes, por lo cual la dominación masculina no sólo se reproduce sino que se perpetúa.

En nuestro país, los movimientos feministas, las Ongo que trabajaban el tema de VDCM, los movimientos por los DDHH, junto a otros actores políticos fueron visibilizando una problemática creciente que no solo requería del apoyo social sino que se hacía imprescindible que el Estado lo tomara como política pública. Para ello la lucha fue ardua, se generaron debates, discusiones, se logró colocar el tema en la opinión pública todo lo cual motivó a la clase política incluir el tema en sus agendas para presentar estrategias que apunten a prevenir, tratar y erradicar la VDCM.

En 1987, se crea el Instituto de la Mujer y la Familia, actualmente Instituto Nacional de la Mujer. Es recién en 1988 que se crea la Comisaría de la Mujer en Montevideo, actualmente con alcance nacional. Este fue un importante paso, pues permitió a la mujer víctima de violencia tener un lugar donde denunciar sin que fuera maltratada y garantizar la efectividad de su denuncia. Para muchas mujeres esta primera instancia es clave para revelar su situación doméstica e intentar buscar una vida libre de violencia. Con la nueva administración a nivel comunal, se inicia una nueva etapa en Montevideo, creando la Comisión de la Mujer, quien jugará un importante papel político en la prevención, denuncia y atención a la VDCM contra las mujeres. En 1992 se crea el Servicio de Atención Telefónica (0800-4141) para brindar un servicio que reciba y asesore a las víctimas de violencia en Montevideo. Hoy, de alcance nacional. En 1999, el Instituto Nacional del Menor crea la Línea Azul (0800-5050) con el objetivo de canalizar las denuncias presuntivas de maltrato infantil a niños, niñas y adolescentes.

En 1995 la Ley N° 16.707- Ley de Seguridad Ciudadana- Art 18 incorpora al Código Penal, la siguiente disposición 321 bis, la cual por primera vez hace pública un problema que hasta el momento se seguía considerando privado. En julio de 2002 se aprueba la Ley N° 17.514, conocida como Ley de Violencia Doméstica pues define jurídicamente que se entiende por VDCM y sus distintas formas así como prevé la creación de Consejo Nacional Consultivo en VDCM. En el 2005 se crea el Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género como uno de los Programas Prioritarios del MSP. En el 2006 se aprueba la reglamentación de la Ley N° 17.514. En el 2006 se publica la primera Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud, «Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. En el 2007 se difunde, reparte y enseña el primer cuestionario que despistará en la consulta de salud las situaciones de VDCM.

Todas estas iniciativas fueron un intento creciente, estratégico y político de dar respuesta a una sociedad que se enfrenta a este problema luego del advenimiento de la democracia. Los oscuros años de dictadura dejaron una sociedad desarticulada para dar una efectiva y rápida respuesta a la VDCM, con el costo del atropellamiento de todos los DDHH, con el interrogante sobre muchos desaparecidos / as, (situaciones de impunidad) y con fracturas sociales que visibilizarían más tarde exclusiones sociales crecientes. Es en este marco de reconstrucción ciudadana que comienza a cobrar sentido el paradigma de los DDHH.

B- La VDCM como una violación a los DDHH

Del Marco Jurídico Internacional, destacaremos los antecedentes más importantes que contribuyeron a dar un marco legal y jurídico a la lucha contra Violencia Doméstica

- 1) La Declaración de los Derechos Humanos de 1948
- 2) Las Conferencias Mundiales sobre la Mujer: México 1975, Copenhague 1980; Nairobi 1985, los foros paralelos de las organizaciones no gubernamentales. Los movimientos de mujeres propusieron que se discutiera el problema de la violencia contra la mujer, que impide su plena participación en la sociedad.
- 3) La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aprobada en 1979 por la Naciones Unidas. Ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.164 , del 4/08/1981
- 4) Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en junio de 1993 en Viena. En ella se sientan las bases generales para la eliminación de la violencia contra la Mujer y se la consideró como una violación de los derechos humanos.
- 5) Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, 1995. Los gobiernos acuerdan que «la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos fundamentales e impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz».
- 6) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer, aprobada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994

CEDAW (1979)

Releyendo la Convención nos damos cuenta de la importancia que marcó a nivel internacional esta declaración, pues, se constituyó en un mojón imprescindible, en un antecedente histórico contra la discriminación de las mujeres y el reconocimiento de años de lucha por la igualdad de derechos. Entre los tratados internacionales de derechos humanos la Convención ocupa un importante lugar por incorporar la mitad femenina de la humanidad a la esfera de los derechos humanos en sus distintas manifestaciones. Definió la discriminación contra las mujeres de la siguiente manera:

Artículo 1: A los efectos de la presente Convención, la expresión: «discriminación contra la mujer» denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Recomienda a los Estados una serie de medidas que iguala a las mujeres como sujetas de derecho en el plano político, civil, económico, social, cultural, sanitario, etc. Si

se hubiese cumplido desde la ratificación en nuestro país se hubiera evitado a los movimientos feministas el camino de la lucha por los derechos y permitido el pleno goce de los mismos a todas las mujeres con el consecuente enriquecimiento cultural, social y político para todos y todas los integrantes de nuestra sociedad.

Convención de Belém do Pará (1994)

Quince años más tarde en esta nueva convención y ante la falta de cambios reales que permitiesen dejar en el pasado la discriminación contra la mujer, la lucha feminista logra que la convención comience hablar de esta falta de cambios políticos y culturales como una verdadera violación a los DDHH y de las libertades fundamentales de las mujeres. Estas situaciones sociales de desconocimiento impiden el reconocimiento y valoración social, el goce y el ejercicio de todos los derechos y libertades declarados y recogidos por la Declaración Internacional de los Derechos Humanos. Se habla de igualdad entre el hombre y la mujer pero no para otorgarles los mismos derechos sino como dice la Dra. Esc. Loreley Calvo Carballo⁷ (2001) «sino en cuanto a reconocerle los derechos inherentes a su personalidad y dignidad en tanto diferentes y plenos...La igualdad implica reconocer que somos igualmente diferentes» Atribuye esta violación de los derechos de las mujeres a las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres. Establece un cambio conceptual importante, el concepto de género por el de sexo que no manejaba la CEDAW. A su vez define claramente que la violencia hacia la mujer no es algo privado sino que se da en los ámbitos públicos y que también puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes donde quiera que ocurra. En su artículo 1 se define a su vez lo que se entiende por violencia contra la mujer:

“Para efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

Marco Jurídico Uruguayo

- Ley N° 15.164, del 4/08/1981 (CEDAW)
- Ley N° 17.338 Protocolo Facultativo de la CEDAW para denunciar violaciones a la Convención.
- Ley N° 16.735 aprobación de la Convención de Belém do Pará

LEY N° 17.514 del 2 de julio de 2002

Más conocida como la Ley de Violencia Doméstica tiene como objetivo en su artículo N° 1° declarar de importancia a todas las actividades que permitan prevenir, detectar tempranamente, atender y erradicar a la violencia doméstica.

⁷ Violencia Familiar (2001: 52)

Art. 2° Constituye **violencia doméstica** toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitado ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho.

Art. 3° Son manifestaciones de violencia doméstica, constituya o no delito:

a) Violencia física: acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona.

b) Violencia Psicológica o emocional: Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional.

c) Violencia Sexual: Toda acción que imponga o induzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de: fuerza, intimidación, coerción, manipulación, amenaza o cualquier otro medio que anule o limite la libertad sexual.

d) Violencia Patrimonial: Toda acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos, de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.

El art. 24 de la misma Ley prevé la creación el Consejo Nacional Consultivo Honorario de Lucha contra la Violencia Doméstica, siendo los siguientes sus cometidos:

1) asesorar al Poder Ejecutivo, en materia de su competencia, 2) Velar por el cumplimiento de la ley y su reglamentación, 3) Diseñar y organizar planes de lucha contra la violencia doméstica, 4) promover la coordinación e integración de las políticas sectoriales de lucha contra la violencia doméstica diseñadas por parte de las diferentes entidades públicas vinculadas al tema, 5) elaborar un informe anual acerca del cumplimiento de sus cometidos y sobre la situación nacional de violencia doméstica, entre otras.-

Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica

Este Plan prevé en forma detallada distintos niveles de acciones con la finalidad de prevenir, atender y erradicar la VDCM aunando el esfuerzo conjunto del subsector salud junto con otros sectores involucrados en el tema y la sociedad civil. En lo pertinente al Sistema de Salud, insta a introducir en la formación de pre-grado y postgrado la problemática de VDCM con la finalidad de formar y capacitar recursos humanos sensibilizados con el tema, capaces de prevenir, detectar, diagnosticar, tratar y **rehabilitar a la víctima y al victimario**. Exhorta también a la formación de profesionales especializados en la temática, tanto peritos en VDCM como profesionales idóneos. Se destaca la necesidad del trabajo compartido, solidario, intersectorial y en redes.-

La firma de las Declaraciones antedichas por parte del Estado uruguayo han llevado a plantearse a nivel jurídico un tema no menor, como es la soberanía del Estado.

Este hecho también ha sacado del ámbito de lo privado, de «la soberanía patriarcal» el tema de la VDCM para resignificarlo como un problema social, político y de DDHH.

La VDCM, un problema de Salud Pública

«La dificultad de fondo radica en que la mayoría de las instituciones estatales aborda la atención de mujeres maltratadas desde una concepción asistencial y no de derechos, y las tratan como personas necesitadas y no como ciudadanas. Es decir, las instituciones parten de que las mujeres afectadas necesitan un servicio y no de que tienen derecho a recibirlo. Tal es el caso del derecho a la salud integral, a la justicia y al debido proceso, entre otros» OPS/OMS (2003:134)

En nuestro país el compromiso del Estado para asumir su responsabilidad ante esta problemática se desarrolló en forma gradual y creciente como lo hemos desarrollado más arriba. El punto de inflexión lo encontramos con la creación del Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género porque permitió comenzar a diseñar políticas de Salud desde las necesidades de las mujeres con una perspectiva de género. Dicho programa incorporó rápidamente el subprograma denominado VDCM a cargo de la Dra. Sandra Romano, con lo cual se empezó a trabajar en la reglamentación de la Ley de VDCM y en las obligaciones que se desprendieron de la misma.

C - La VDCM, un problema de Salud Pública

Primeramente pensar la VDCM como un problema de alta complejidad que debe ser abordado por la Salud Pública ha implicado un movimiento paradigmático que se ha deslizado desde un enfoque de riesgo, centrado en lo individual y en la concepción de la VDCM como enfermedad para revitalizar un nuevo paradigma apoyado en 4 puntos conceptuales:⁸ 1) transdisciplinaridad, 2) complejidad, 3) pluralidad, 4) practicidad (la praxis).

Creemos que la VDCM puede y debe ser tratada como un problema de Salud pública por el impacto que tiene sobre las condiciones de salud y de bienestar de la población.

Es un problema social que atraviesa todas las clases sociales, etnias, generaciones y que deberá ser abordado tanto en su prevención, diagnóstico y abordaje desde un punto de vista poblacional. Las consecuencias en la salud de la población son graves e innumerables, ya sea tanto a nivel físico como mental, individual, colectivo y comunitario. Todos los años produce un número importante de lesiones y defunciones con costos para todos los niveles sociales. En Uruguay⁹, en 2007, falleció una mujer cada 21 días.

⁸ Pellegrini A, Almeida-Filho N, Trostle J. La investigación de la Salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos, (1998) en Sánchez D, Bazzani R, Gómez S, Prioridades en la investigación de la Salud colectiva en América Latina, Montevideo, Trilce

⁹ Fuente: Datos del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad Uruguay del Ministerio del Interior, noviembre 2007, www.minterior.gub.uy

Es un problema de salud con efectos deletéreos que afecta en forma creciente de generación en generación la calidad de vida de las mujeres. La VDCM genera pérdidas sociales invalorable debido a la violación constante de los DDHH de mujeres, niños/as y adolescentes; lo cual se verá reflejado en el escaso aporte cultural, comunitario y social. Las situaciones de VDCM tiene un gran costo a nivel de la economía y desarrollo del país. Son elevados los gastos en atención en salud (múltiples consultas) como en todos los demás sectores públicos que se ponen en juego para salvaguardar la integridad de las y los sobrevivientes.

El desarrollo educativo se ve trunco o se torna disfuncional para la mujer y sus hijos/as. Las posibilidades laborales se ven restringidas en mujeres que sufren VDCM, bajos rendimientos, ausentismo, falta de creatividad y propuesta, aumento en gastos por seguros de enfermedad, etc. Como último motivo, reconocido en la mayoría de las investigaciones de OPS/OMS tenemos que el sector salud es la institución social por la cual más pasan las mujeres a lo largo de su vida, tanto por consultas preventivas como para atender su salud y enfermedad. Todos los estudios recomiendan que el sector salud sea el lugar donde se detecten las situaciones de VDCM, se brinde una primera respuesta efectiva y eficaz para luego articular intersectorialmente acompañamientos y tratamientos a las mujeres. Esta nueva política en salud es promovida por el Plan Nacional de lucha contra la VDCM y la Ley de VDCM en sus artículos N° 22 y 23.-

Consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la VDCM en las mujeres

Las consecuencias de la VDCM son múltiples y su impacto de difícil evaluación tanto desde el punto de vista personal y familiar pero más aún desde el punto de vista social.

Varias publicaciones se han dedicado a describir las consecuencias físicas, psico-emocionales, socio-familiares y comportamentales que sufren las personas que viven situaciones crónicas de VDCM. Entre ellas destacamos los aportes de Corsi (2003), Miller (2006), OPS/OMS, (1999,2003, 2005),M.S.P. (2006), etc. Las pacientes presentan signos y síntomas físicos que generalmente no son reconocidos o valorados como consecuencia de situaciones de VDCM. Los más importantes serían: dolores generales y/o de difícil topología, traumatismos varios, heridas, fracturas, pérdidas funcionales. De dichas lesiones las mujeres pueden acarrear discapacidades temporales o crónicas. También se han descrito otros trastornos de tipo psicossomáticos como ser: la obesidad severa, la hipertensión, diabetes, fibromialgia, colon irritable, trastornos gástricos, trastornos respiratorios, todos ellos ligados a la experiencia de estresantes crónicos.

A nivel emocional se han descrito diversas consecuencias producto de verse sometidas a la humillación constante, a la desvalorización y al maltrato emocional. Entre ellas destacamos la baja autoestima, las dificultades para tomar decisiones, crisis de angustia recidivantes, estrés postraumático, fobias, depresión, trastorno de la alimentación, trastornos de la conducta sexual, trastornos disociativos, trastornos de memoria, consumo de sustancias, etc.

Como consecuencia del abuso sexual al que son sometidas las mujeres tanto en el ámbito del hogar como público se destacan a nivel de su salud sexual y reproductiva: embarazos no deseados, contagio con infecciones de transmisión sexual, especialmente HIV, trastornos ginecológicos varios, todos ligados al dolor, abortos peligrosos, complicaciones en el embarazo, aborto/bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica.

Los efectos de la VDCM se extienden a todos los integrantes del grupo familiar, donde se suelen encontrar a corto plazo: niños/as con trastornos conductuales, trastornos del aprendizaje, ausentismo, deserción y violencia en el ámbito escolar. A largo plazo se observa que los niños/as que han sido testigos y víctimas de la violencia en su infancia presentan en su adultez mayor probabilidad para reproducir los patrones vinculares aprendidos en sus hogares.

También se han descrito comportamientos asociados a las personas víctimas de VDCM como ser: el tabaquismo, el abuso de alcohol y de drogas, los comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso.

En suma el ataque a la integralidad de la víctima deja huellas, marcas, sufrimientos, algunos reparables, corregibles, otros no tanto pero socialmente es un ataque a la libertad y a los derechos humanos cuyos costos son muy altos y ponen en riesgo la posibilidad del desarrollo social, la justicia, la equidad, el aporte cultural y la paz social.

La Ley de VDCM en su art. 23, el Plan Nacional de Lucha contra la VDCM y la reglamentación que a continuación comentamos estimulan, ordenan al Ministerio competente el diseño de políticas y programas que puedan cumplir con los 3 niveles de prevención en materia de VDCM

Reglamentación N° 001-4390 de la Ley N° 17.514, (2006)

La reglamentación como forma de viabilizar la Ley estimula que a nivel del subsector Salud tanto público como privado se comiencen a realizar acciones progresivas que permitan: a) concebir la VDCM como un tema de salud pública, b) incorporar en la rutina clínica la detección de situaciones de violencia doméstica en mujeres mayores de 15 años, c) documentar las situaciones de VDCM en la historia clínica, d) dar una primera respuesta: «escucha, contención emocional, tratamiento, información y orientación”.

La realización de los objetivos requiere de equipos de referencia institucional integrados por personal sensibilizado, capacitado e interesado en el tema que por su intermedio puedan sensibilizar al personal de la institución, evacuar dudas y aportar información y establecer estrategias de abordaje. El M.S.P. aportará las estrategias de abordaje y técnicas de detección (formulario de VDCM), ejercerá la auditoria y seguimiento de las prestaciones y difundirá la puesta al día de los avances en estos temas (MSP 2007)

El Sistema de Salud

Como hemos visto a lo largo de esta exposición, el sistema de salud juega un papel clave en la atención de la VDCM. Puede tornarse indiferente, inhibir, discriminar y hasta revictimizar a la víctima-sobreviviente o apoyar, posibilitar y acompañar los proce-

sos de salida de situaciones de violencia como lo han demostrado varios documentos de OPS/OMS. En nuestro análisis documental hemos encontrado pocos materiales publicados que se han interesado por investigar las percepciones y actitudes del sector salud frente a las situaciones de VDCM. Las publicaciones de la OPS/OMS (2001 y 2003) junto a una investigación mexicana denominada «Entre la negación y la impotencia: Prestadores de los Servicios de Salud, ante la violencia contra las Mujeres (2004), han sido las únicas relevadas. Todas ellas han involucrado en la técnica de entrevistas a hombres y mujeres.

No hemos encontrado ninguna investigación como la nuestra que explore las percepciones y actitudes de varones: decisores, planificadores y efectores en salud. De ambos estudios se desprenden obstáculos y resistencias del sector salud para apropiarse de este problema y brindar una adecuada atención integral y en derechos a las víctimas de VDCM. El mayor obstáculo epistémico encontrado tanto a nivel de decisores como de efectores en salud que desprende argumentalmente en sus discursos es su afiliación a la cultura patriarcal, que distribuye en forma injusta y estereotipada los roles sociales de mujeres y varones. La desigualdad de poderes y valoraciones sociales no son percibida por ellos/as lo cual no sólo impide el reconocimiento de situaciones de VDCM en sus pacientes sino que la ocultan, privatizan y naturalizan. Muchos/as siguen considerándola como un problema privado de la pareja o en todo caso como un problema psicológico por lo cual no se siente interpelados profesionalmente a intervenir. Cuando los/as decisores tienden a negar, minimizar o naturalizar la VDCM inhiben a los efectores con mayor sensibilización a implementar nuevas prácticas de atención. Por lo cual se genera una oscilación en el personal de salud que fluctúa desde la negación a la impotencia para dar respuestas frente a situaciones de VDCM.

Las mujeres efectoras suelen ser más empáticas con las pacientes pero pueden terminar resistiéndose a la resolución de la consulta. Algunas se ven invadidas por una angustia paralizante ante la movilización de situaciones de violencia vividas, semejante a las de sus pacientes o por identificación de género, llegan a pensar «que nada puede cambiar» o temen ser agredidas por los agresores. Otras en cambio suelen tomar una distancia inoperante al considerar la VDCM como propia de mujeres pobres, ignorantes o inmigrantes sin poder cuestionar las estructuras que legitiman y perpetúan esta violencia contra las mujeres. Otro obstáculo, no de menor importancia que el anterior, es la nula o escasa formación tanto de los/as técnicos/as en DDHH, género y VDCM. Generalmente los médicos/as se manejan con esquemas referencias y abordajes netamente biológicos e individuales, centrados en la decodificación de síntomas y resolución de situaciones de enfermedad. Soslayan la prevención y los factores psicosociales de los procesos de salud y enfermedad. Estos dispositivos de análisis invisibilizan la VDCM, la posibilidad de detección pues los profesionales médicos/as tienden a no preguntar cosas que consideran no pertinentes de su campo disciplinar. Algunos/as tienden a derivar a psicólogos/as y asistentes sociales si cuentan con esos técnicos en sus servicios. Para otros detectar el maltrato es vivido como una carga a su exigida capacidad profesional (poco tiempo de consulta, multiempleo, bajos salarios). Las instituciones comunitarias y ONGs que se dedican a la atención de la VDCM muchas veces no son justamen-

te valoradas por los técnicos, por lo cual no se informa y deriva a ellas. La falta de cultura de trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial sigue siendo otro gran impedimento para brindar una atención integral y en derechos a las mujeres.

Otro obstáculo no menor tienen que ver con la vida emocional y psicológica de los y las efectores, quienes se sienten movilizados frente a situaciones de angustia y dolor de la paciente. Generalmente los efectores temen sentirse invadidos por la angustia si preguntan o por la impotencia de no saber qué hacer si el despistaje da positivo.

Muchas veces los/as efectores poco saben de lo complejo que son los procesos que dan las pacientes para buscar una vida libre de violencia, por lo cual frente a las ambivalencias de las pacientes se sienten frustrados y muchas veces tienden a rechazar aquellas que no hagan exactamente lo que ellos/as aconsejan o prescriben. También entre los decisores, planificadores y efectores se encuentran personas que han vivido o viven situaciones de VDCM que no pueden denunciar lo cual se vuelve en un obstáculo y resistencia para la consulta. Muchos efectores también pueden ser golpeadores con sus parejas en su vida cotidiana lo cual aumenta la miopía de estos trabajadores con la finalidad de no interpelarse, cuestionarse sus comportamientos.

Generalmente los/as efectores se sienten impotentes pero suelen no utilizar los instrumentos que tienen disponibles, como por ejemplo protocolos de detección o guías de procedimientos. «El personal de la salud se muestra reacción a hacer a las usuarias preguntas acerca de la violencia y registrar los casos identificados por temor a verse involucrados en casos penales». (OPS/OMS, 2003: 40)

En las publicaciones antes mencionadas se sistematizan en forma detallada las actitudes frente a la consulta que tienen muchos efectores/as de salud como consecuencia resistencial de las concepciones antes descritas. Cuando el sector salud presenta variados obstáculos que le impiden conocer y entender la VDCM suelen convertirse en agentes resistentes e inhibidores de los comportamientos que deben realizar las mujeres víctimas de VDCM. Muchas de las mujeres han denunciado que se sienten maltratadas, culpabilizadas de las situaciones que viven, no escuchadas o medicadas. «Más de la mitad de ellos [los efectores] sentían que algún comportamiento inapropiado de las mujeres provoca la agresión de sus parejas y casi la cuarta parte pensaba que las mujeres no abandonan las situaciones de violencia porque, hacia cierto punto, les gusta ser tratadas con violencia» (OPS/OMS, 2003: 44)

No encuentran médicos/as dispuestos a escucharlas entre otras cosas porque la consulta está atiborrada de pacientes, son derivadas a salud mental por considerarlas que tienen trastornos mentales o para «sacárselas de encima». Sienten que revelan su intimidad en condiciones que no respetan la privacidad y confidencialidad necesarias, por ejemplo, hacen pasar al victimario, le cuentan luego lo hablado con su pareja o buscan que se reconcilien. Muchas veces siente que los profesionales minimizan la situación planteada, le restan importancia o le aconsejan que deben entender a su pareja porque: «está pasando por un mal momento», «es alcohólico», «es agresivo», etc. Muchas se sienten atropelladas por los tiempos del técnico/a debido a que no respetan los tiempos, contradicciones, ambivalencias y complejidades que vive la mujer. La necesidad de seguridad, las medidas de protección y evaluación del riesgo son soslayadas

por lo cual se dejan de lado la construcción de una red de sostén vincular y apoyo comunitario.

«En general las mujeres maltratadas no aceptan en total pasividad la agresión, sino que esa capacidad de respuesta se mantiene latente hasta que las circunstancias se articulan y producen una situación coyuntural precipitantes que las lleva a sacar todos sus recursos y a buscar ayuda» OPS/OMS (2003: 131)¹⁰

En síntesis hemos visto como nuestra cotidianeidad está llena de situaciones violentas justificadas y legitimadas (VBG, feminicidios, dificultades del sistema de salud para dar respuesta a las necesidades de las mujeres). La VDCM es una manifestación de la violencia hacia las mujeres que, desde los albores de los tiempos, se viene perpetuando. A su vez, lo analizamos como un problema de salud altamente complejo por lo cual las mujeres son víctimas pero también sobrevivientes de situaciones de injusticia, la mayoría de las cuales nos son aceptadas en forma pasiva. El sistema de atención a la salud deberá asumir su responsabilidad para dar una respuesta efectiva y eficiente en el apoyo a las mujeres, que buscan caminos de salida a las situaciones de violencia.

Bibliografía

- Amorín, D. (2007): *Adulterio y Masculinidad, La Crisis después de los 40*. Montevideo. Psicolibros-Waslala
- Badinter, E. (1993): *XY, la identidad masculina*, Santa Fe de Bogotá, Norma.
- Batres Méndez, G. (1999): *El lado oculto de la Masculinidad, Tratamiento de Ofensores*, San José de Costa Rica, PDF.
- Bonino Méndez, L. (1996), *Micromachismos: La Violencia Invisible en la pareja*, Madrid Excmo Ayuntamiento de Jerez, disponible en [http: —hombreigual.com/micromachismos.htm](http://—hombreigual.com/micromachismos.htm)
- Burin, M., Meler I. (2000): *Varones, Género y Subjetividad Masculina*, Buenos Aires, Paidós.
- Burin, M., *et al.* (1990): *El Malestar de las Mujeres*, Buenos Aires, Paidós.
- Bourdieu, P. (2000): *La Dominación Masculina*. Barcelona, Anagrama.
- Consejo Nacional Consultivo de la Lucha Contra la Violencia Doméstica, (2004), *Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica 2004-2010*, Montevideo, ONPLI
- Corsi, J. (1994): *Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós
- Corsi, J. (1995): *Violencia Masculina en la pareja, Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (2003): *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico, Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*, Buenos Aires, Paidós.
- Fernández, A. M. (1993): *La Mujer de la Ilusión, Pactos y Contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires, Paidós
- Fernández, A. M. (1992): *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires, Paidós.
- Garda R. (2003): *La misoginia en el discurso y acción de los hombres*, México DF, Artículo mimeo, srf. de publicación.

¹⁰ Ruta Crítica (2003)

- Garda, R., Huerta Rojas (2006) Estudios sobre la Violencia Masculina, México DF.
- Garda, R. (2002): No me han faltado ganas de ponerle la mano encima, Masculinidad y Generación en la Violencia de los Hombres Jóvenes, México, PDF.
- Garda, R. (2002): Complejidad e Intimidación en la Violencia de los Hombres, Reflexiones en torno al poder, el habla y la violencia hacia las mujeres, México, PDF.
- Gobierno de Brasil (2005): Marcadas a Ferro, violencia contra a Mulher, Uma visão Multidisciplinar, Brasília, Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres.
- Gomensoro, A et. al. (1998): Ser Varón en el Dos Mil, La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones, Montevideo, Artes Gráficas S.A.
- Güida, C. et al. (2007): De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en sectores de pobreza extrema, Montevideo, Trilce.
- Güida, C. (2007): Masculinidades en América Latina: identidades prácticas de género en Masculino-Femenino, Grupo «Derecho y Género» Integrante de la Red Temática Universitaria de Estudios de Género, Facultad de Derecho, UdelaR, Montevideo, Mastergraf. Srl.
- Herrera, C., et al. (2006): Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México, Salud Pública de México, N° 48.
- Irigoyen, M. F. (1998): El Acoso Moral, El Maltrato Psicológico en la Vida Cotidiana, Barcelona, Paidós-
- Jónasdóttir, A. (1993): El poder del amor ¿Le importa el sexo a la Democracia?, Madrid, Cátedra.
- López Aguilar J. (2007): La dinámica de la violencia doméstica y sus efectos psicológicos en las mujeres, Washington, USA. Versión PDF
- Lolas, F. (1991): Agresividad y Violencia, Buenos Aires, Losada.
- Loureiro, R. Z. (2003), Lo que pasa en casa, de la violencia que no se habla, Violencia familiar, abuso y maltrato, Montevideo, Psicolibros - Waslala.
- Miller, A. (2006): Por tu propio bien, Raíces de la violencia en la educación del niño, Barcelona, Tusquets
- Ministerio de Salud Pública - Programa Salud de la Mujer y Género (2006), Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención, Montevideo, Edición MSP - UNFPA
- OPS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Claramunt, M. C. (1999): Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis, San José, Costa Rica.
- OPS/OMS - Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Sagot Montserrat, et al. (2003): La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina, Estudios de caso en diez países, Zeta Servicios Gráficos.
- OPS/ OMS, Sen G; George; A. (2005): Incorporar la perspectiva de Género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas, Cambridge.
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, (2001): Ugalde Yamileth, Guido Lea Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, Reconstruir la Violencia Intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, Rol del Sector Salud, San José, Costa Rica.
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, (2003): Velzeboer, Marijke, et al. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud, Washington D.C.
- OPS/OMS, Alméras Diane, et. Alt, (2007): ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe, Washington D.C.
- OPS Serie Género y Salud Pública 14, (2003): Situación de los Servicios Médico-legales y de Salud para Víctimas de Violencia Sexual en Centroamérica, San José de Costa Rica.
- OPS, (1999), Claramunt, M. C. Mujeres Maltratadas, Guía de trabajo para la Intervención en Crisis, [www@cor.ops-oms.org](http://www.cor.ops-oms.org).

- OMS, (2005): Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia, resumen del informe en: www.who.int/gender.
- Pellegrini A, Almeida-Filho N, Trostle J. *La investigación de la Salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos*, (1998) en Sánchez D, Bazzani R, Gómez S, Prioridades en la investigación de la Salud colectiva en América Latina, Montevideo, Trilce.
- Quirici, T. (2005): ¿Y comieron perdigones? Hay amores que matan, Montevideo, Psicolibros-Waslala
- Ramírez, F. (2000): Violencia masculina en el hogar, Colombia, Pax México.
- Romero, L. et al.(2001): Violencia Familiar, un abordaje desde la interdisciplinarietà. Curso de Perfeccionamiento Interdisciplinario para Egresados Universitarios, Montevideo, s/ed.
- Romano, S. (2007): *Violencia Doméstica, participación e integración social*, en Sobre Cercanías y distancias -Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual, Compiladores Mónica De Marino- Luis Eduardo Morás, Montevideo, Cruz del Sur.
- Sarli, E., Rodríguez, I. (2006): El tratamiento de la violencia doméstica en la facultad de derecho: Una investigación con alumnos del consultorio jurídico en Seminario Regional, Investigación y Género en la Universidad de la República, Montevideo, Red Temática de Estudios de Género de la UDELAR.
- Segato, R. (2003): Las estructuras elementales de la violencia, Buenos Aires, Prometeo/3010 Universidad de Quilmes.
- Senado y Cámara de Representantes, ROU, (2002): LEY N° 17.514 de VIOLENCIA DOMÉSTICA, Montevideo, Registro Nacional de leyes y decretos. Publicada Diario Oficial 9jul/ 002 N° 26045
- Sluzki, C. (1998): *Violencia Familiar y Violencia Política, Implicaciones terapéuticas de un modelo general* en, Freid, Schnitman, D. Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad, Paidós
- Traverso, M. T. (2000): Violencia en la Pareja «La cara oculta de la relación», BID.-
- Tricotti, Lilián, et al. (2002): Ser Varón Adolescente, Proyecto «Fortaleciendo Adolescentes, Mujeres y Varones», Montevideo, I.M.M.

REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS ACERCA DE MASCULINIDAD

David Amorín

Introducción

La violencia de género tiene su eje en los aspectos relacionales entre hombres y mujeres, en el marco de una estructura cultural patriarcal, y precipita en las prácticas vinculares genéricas perpetuadas en un contexto material, simbólico e imaginario. De allí se desprende la importancia de intentar aproximarnos a las representaciones y significados acerca de masculinidad que subyacen a los discursos de quienes ejercen roles en ámbitos de decisión y prestación de servicios, en el sistema de salud de nuestro país. Un análisis de esta naturaleza permitirá identificar algunos aspectos que ofician de fortalezas y beneficios, o debilidades y obstáculos, respecto de la instrumentación de dispositivos de atención al problema de la violencia de género en su faz de violencia doméstica.

La reflexión crítica acerca de la condición hegemónica del varón heredera de esta civilización patriarcal, tanto en su dimensión global como local, histórica y cotidiana, permitirá, de la mano de otros componentes complejos, desandar el camino que ha llevado a este statu quo. Se habilitarán así nuevos códigos de comunicación e interacción menos violentos y destructivos entre los sexos, tendientes a superar la consabida inequidad e injusticia.

Brevemente, y a efectos de referencia para este capítulo, consideraremos el patriarcado como un contexto, a la vez continente y contenido, que configura un poder/saber, habilitante de lógicas falocéntricas, androcéntricas y androcráticas. Así definido, este dispositivo es una verdadera máquina de producción de subjetividad, que instituye esquemas de percepción, de sentimientos, de pensamiento y de acción: verdaderas matrices de producción de "realidad". Podemos considerar que esta es la cantera de la que se extraen los contenidos que nutren y vertebran la adquisición de la identidad de género para hombres y mujeres, estructura ancestral y universal¹, que se basa en el poder omnímodo dominador de los varones y en la inferiorización y desempoderamiento femeninos.

"(...) por medio de su encarnación en actores sociales o en personajes míticos, los géneros constituyen una emanación de posiciones en una estructura abstracta de relaciones fijada por la experiencia humana acumulada en un tiempo muy largo, que se confunde con el tiempo filogenético de la especie. Esta estructura impone al mundo una ordenación jerárquica y contiene la simiente de las relaciones de poder en la sociedad.

¹ Castells (1998) entiende que la estructura básica de la totalidad de las sociedades actuales es de naturaleza patriarcal.

Los géneros constituirían, desde este punto de vista, transposiciones del orden cognitivo al orden empírico” (Segato, 2003: 57).

Es este dispositivo, históricamente generado, consolidado, perpetrado y preservado, el que habilita la ocurrencia de un conglomerado amplio de prácticas culturales de violencia, ejercidas contra niñas, jóvenes y mujeres de todas las edades. Ellas se convierten en víctimas por el hecho de pertenecer al sexo femenino el cual, por efectos simbólicamente construidos, da por resultado una condición de género inferiorizada y sometida al poder masculino. En su versión íntima, la violencia de género deviene violencia doméstica, que puede precipitar tanto como física, psicológica, sexual, moral o patrimonial.

Distintos autores/as estudiosos de la masculinidad han realizado el esfuerzo de perfilar los aspectos más sobresalientes de la constitución del género masculino. A modo de ejemplo mencionaremos aquí a Badinter quien propone que la identidad masculina se sustenta esencialmente sobre tres posicionamientos de negación: no ser mujer; no ser un niño y no ser homosexual. Por su parte, Gilmore constata en sus estudios transculturales que ser varón requiere de las categorías de protector; proveedor y “preñador”. Seidler entiende que los rasgos destacados de la masculinidad son la destreza y la fuerza física; la racionalidad; miedo a la intimidad, y un pobre manejo de la afectividad en general, pero con propensión a manifestar la ira.

Si abordamos el análisis de contenido del material recogido en el trabajo de campo a través de entrevistas en profundidad, podemos intentar una aproximación a efectos de categorizar componentes implícitos y explícitos referidos al género masculino. Un ordenamiento desde el eje analítico “Representaciones y Significados de Masculinidad”, nos muestra una rica gama de componentes adheridos al imaginario referido a la condición del varón. En lo que respecta específicamente al varón golpeador, en general este aparece como una categoría desmarcada del resto de sus congéneres, si bien en algunas respuestas (minoritarias) se atisba la presencia de un continuum que liga aspectos hegemónicos del modelo masculino vigente, con la violencia doméstica.

Intentaremos listar y describir algunas de las condiciones referidas a la masculinidad, que se desprenden de las respuestas de los sujetos comprendidos en nuestro estudio.

Rol de proveedor

El rol de proveedor único o principal -si bien percibido en proceso de franca mutación- aparece como causa de algunos ejercicios arbitrarios de poder en el varón. Se señala cómo la responsabilidad del sustento material de la familia asignaba y asigna al varón un lugar de dominio sobre el resto de los miembros del grupo, aportándole una coartada basada en la asimetría para controlar y sojuzgar a la prole y, en especial, a su pareja.

Asimismo, queda en evidencia el dispositivo perverso que se genera no pocas veces en virtud de esta dependencia económica de la mujer, la cual generaría depen-

dencia emocional, cerrando un círculo que forjaría una verdadera trampa -sin aparente salida- para ambos miembros. Entendemos que este tipo de situaciones constituyen un escenario de verdadera violencia sobre las personas implicadas, en especial sobre la capacidad del ejercicio de sus derechos. De todos modos, es de destacar que esta “trampa doméstica” no afecta por igual a ambos sexos: en general contribuye a la falta de empoderamiento en la mujer y refuerza sinérgicamente las estrategias de dominación a disposición del varón. También es cierto que, en algunos casos, el argumento de la dependencia económica como causa de la “imposibilidad” de separarse, es una racionalización que oculta otros componentes conflictivos y complejos inherentes al vínculo conyugal y familiar.

(...) el hombre, hasta hace bien poco era el único sustento material de la familia. La capacidad de ejercer poder, la dictadura económica absoluta. Control absoluto sobre los demás miembros de la familia, especialmente la mujer, que genera una inequidad terrible eso, en ese sentido. (E.1)

Y eso, que es reflejo de la sociedad machista, es que, por más que la mujer trabaje, los mayores ingresos son del hombre. Y en situaciones difíciles cuando quiero separarme, como se dice, del dicho al hecho, hay un trecho, importante. Se vuelven tan dependientes económicamente que se ve inviable la separación. Porque dependen del ingreso. Mi esposa me cuenta la historia de una maestra que tiene pareja, que vive con el hombre con el cual estuvo casada, pero que no tienen vida conyugal, tienen hijos, por supuesto, viven juntos porque económicamente les es imposible separarse. Han asumido vivir juntos, cada uno hace su vida por su lado, pero cada tanto salen del brazo, juntos, en los hechos son una familia, tienen hijos compartidos. (E.6)

Fortaleza física y condicionamiento biológico

Este aspecto constituye un tópico bien destacado, y es mencionado y desarrollado también en los otros capítulos de este libro bajo la mira de otros ejes analíticos. Se asocia mayoritariamente en las respuestas la condición física del varón y aspectos biológicos con su predisposición a ejercer agresividad y/o violencia, y a sojuzgar a otros/as. En una buena parte de las respuestas obtenidas se destaca que estos condicionantes parecen tener una pregnancia significativa en lo que refiere a definir características sociales y vinculares para el género masculino. Es bien interesante que, del análisis interno de las entrevistas, se desprende claramente que muchos de los sujetos entrevistados que describen, argumentan y explican la importancia de la estructura cultural epocal, la educación, la historia de vida, etc., en la conformación de prácticas y comportamientos, no pueden dejar de referir, explícita o subyacentemente, a explicaciones esencialistas de tinte biologista.

Es de destacar, a efectos de tener en cuenta en este análisis, que la amplísima mayoría de entrevistados son Doctores en Medicina, de lo que resulta que el peso (de) formativo de la disciplina, y la práctica profesional, tienen incidencia destacada en sus perspectivas.

Asimismo, no encontramos significativamente comentarios reflexivos acerca de la violencia que el varón puede ejercer sobre sí mismo de diferentes maneras (negligencia frente a su salud; conductas de riesgo; accidentes de tránsito por imprudencias; etc.) Parece ser un componente invisibilizado en este contexto.

Dado que los argumentos que apelan a una supuesta esencia biológica se encuentran ampliamente diseminados en los discursos explicitados en las entrevistas, presentaremos un número importante de testimonios alusivos que evidencian el espectro de contenidos obtenido intentando, a su vez, aportar lecturas diferenciales entre ellos.

Encontramos en varias de las respuestas argumentos de neto corte esencialista biologista, que apelan incluso a lo que serían evidencias científicas confirmatorias, tomadas como criterios de verdad absoluta. Dichos condicionamientos de origen biológico, definirían las diferencias constitutivas entre hombres y mujeres.

Mira... Yo no estoy muy de acuerdo con la igualdad Yo creo que el género marca diferencias y las diferencias son importantes, esteeee...

Entrevistador: ¿Qué quiere decir cuando dice que el género marca diferencias?

Yo creo, lo biológico, tá y los roles que lo biológico nos hacen adaptar en la sociedad y por lo menos en la nuestra. Lo biológico nos marca ciertos roles. El hecho absolutamente fundamental de la maternidad marca un rol biológico absolutamente diferente estee.... y que eso implica diferencias. Creo que el hombre y la mujer tienen procesos de pensamiento diferentes y eso tiene que ser respetado. Es la única forma que entiendo la igualdad, que tiene que ver con el respeto a las diferencias. Eso es igualdad para mí, el respeto a la diferencia. La condición de la mujer, la condición femenina, la condición del hombre. En general el tema de la violencia se refiere a la que ejerce la sociedad o los varones sobre las mujeres. Es un tema que no somos iguales, no somos diferentes. Nos expresamos de maneras diferentes, nos comunicamos de maneras diferentes, conceptualizamos el mundo de manera diferente. Tenemos una condición biológica diferente. El sólo hecho de tener una sexualidad diferente marca una vida que no es igual a la del hombre. (...) Hay trabajos científicos serios donde se muestra que nuestros cerebros funcionan de manera diferente, parten de la diferencia de sexo, tá. Las mujeres aprenden a hablar antes que los hombres, desarrollan un mayor número de habilidades lingüísticas que los varones. Tienen un mejor desarrollo de la sociabilidad que los varones. Los varones se demuestran más hábiles físicamente, tenemos mejor manejo de los espacios tridimensionales que las mujeres. Pero en el contexto social ellas se manejan mejor que los hombres. Tiene que ver con la diferencia del funcionamiento de nuestros cerebros. (E.30)

La agresividad puede ser una forma de defenderse. El hombre está más preparado biológicamente para defenderse, tiene más masa muscular, aumento de testosterona. Prepara su cuerpo para defender, a sus crías, a su hembra. Quizá sea más biológico. Yo creo que en algunas situaciones se puede dar agresividad pero para defenderse. (E.32)

El testimonio siguiente denota una división sexual que coloca la actitud sumisa del lado de la mujer y, en contrapartida, una respuesta diferente (reacción y enfrentamiento) del lado del varón. Se aprecia que la respuesta no es clara en cuanto a dar una explicación más reflexiva y definida, en tanto refiere cuatro componentes (dos de ellos categorizables como biológicos): “testosterona”; “mayor fuerza física”; “carácter” (condición claramente adscrita a lo psicológico); “tema cultural”.

Entrevistador: ¿Y por qué crees que las mujeres son habitualmente las víctimas?

... y la mujer, el tema cultural, más de sumisión ¿verdad? El hombre físicamente, si uno se pone a mirar, no sé si es efecto de la testosterona o qué, digo, mayor fuerza física, probablemente un tema de carácter. (E.3)

A continuación, presentamos una respuesta donde se define que la actitud diferenciada entre hombres y mujeres en un contexto de violencia, está referida a cuestiones hormonales inscriptas en el sexo de cada persona, y es, por ende, de orden claramente natural. Habría sujetos que carecen de “elementos de control” de estas respuestas biológicas, lo que hace presumir que el resto de los varones se auto mantendrían a raya en virtud de un ejercicio de contención y freno de sus impulsos naturales.

Pero si hay una relación de conflicto dónde se va al enfrentamiento físico, el más fuerte lleva las de ganar, eso es un elemento biológico claro, ser y hasta el propio sexo te lleva hormonalmente a reaccionar ante una situación de violencia de una forma diferente, hay razones naturales en ese sentido y que sí, que capaz que es gente que no tiene los elementos de control y que están alterados emocionalmente, psicológicamente o psiquiátricamente, lo llevan a reaccionar tan violentamente y se agrede a su pareja... (E.6)

El siguiente segmento de discurso da cuenta de una reflexión muy concreta y de una explicación bien reduccionista que coloca el problema en una cuestión de tamaño.

Uno es violento, con lo que puede violentarse, no se violenta contra una pared. Le pegaré una vez, pero no le puedo pegar dos, ni cinco. Le pegás a un niño o a una mujer o a alguien más débil, física o psicológicamente, y hay probablemente por una razón anatómica nomás, la violencia se ejerce contra las mujeres y los niños porque son más chicas, y la ejerce el hombre que es más grande pero... (E.19)

Ahora veremos como, a pesar de mencionar como prioritarios aspectos psicológicos, y aludir al condicionamiento histórico social de ciertas respuestas genéricas, el peso de “la naturaleza biológica” vuelve a aparecer en un sitio relevante opacando al resto de las variables en juego.

Ahhh, por un lado por la complejidad física del hombre, por otro lado por su formación por su forma de ser educado, por todos los valores que le han sido transmitidos transgeneracionalmente, del pasado que ya lo traen, y transculturalmente que

incitan a la violencia e incluso los propios compañeros de trabajo que lo ven con buenos ojos y lo contextual también, no es lo mismo zonas como éstas que otras zonas donde la mujer pueda defenderse más, tenga mejores abogados, etc., donde tiene todo un sistema legal que la va a proteger. (E.20)

La masculinidad puede jugar en la forma de expresar o de ejercer la violencia. Habitualmente el hombre tiene una forma de ser psicológico que está determinada por lo genético, lo hormonal y lo cultural. Entonces en general, en general la violencia en el hombre, la que surge en la realidad, habría que ver más en detalle, la violencia en el hombre en general y fundamentalmente tiene un mayor componente de agresividad y fundamentalmente de agresión física, posiblemente por las características morfológicas, es más fuerte que la mujer. Entonces en general. No sé si lo que más juega es lo cultural, lo morfológico o lo genético. (E.24)

Yo creo que es un problema social y cultural, biológicamente también, genéticamente vos ves que hay familias que hay una incidencia en distintos miembros, pero sobre todo son problemas sociales y culturales, problemas sociales primero que nada y los problemas culturales también son de gran responsabilidad....arriba también socialmente hay una lucha, antes la vida era mas tranquila había menos estrés, había mas ratos de pensar y meditar. (E.25)

No, yo no... o sea, no coincido en que el hombre sea violento por naturaleza. Creo sí que culturalmente, el hombre tiene una trayectoria... histórica en nuestra sociedad occidental y cristiana como se le suele decir, donde el hombre es el que domina, el hombre es el que maneja, el hombre es el que decide, entonces eso de alguna manera lo pone en un plano de superioridad frente a la mujer, esteee... una superioridad de bueno, que a veces se hace abuso de poder. Y además, contando con que en general tienen mayor poder físico, mayor fuerza física, una forma de... de ejercer ese poder ante cualquier llamémosle 'rebelión', es aplicar la fuerza. (...) Porque la historia también nos muestra con las conquistas, con los pueblos, al primero que se quiera rebelar, un ejército para poner las cosas en orden, bueno, yo creo que se traduce también en que, digamos, siempre alguien quiere tener más fuerza que el otro y dominar.(E.12)

Por varios motivos. Los motivos psicológicos son los más fuertes. En caso de una discrepancia son... es más fácil, por su naturaleza biológica acudan a la fuerza y a la violencia. Eso hablando de violencia física. Es mucho más difícil que un niño ejerza violencia física contra los padres. En segundo lugar, creo que el lugar del hombre en la sociedad lo hace más propenso a eso... el hombre por causas sociales e históricas ha ejercido un rol de poder dentro de la sociedad. (E.1)

Todos los testimonios reseñados en este apartado -ejemplos paradigmáticos de tantos otros de este tenor- se inscriben, dentro de un espectro que va desde lo ostensible a lo implícito, en lo que podríamos definir como explicaciones de cuño sociobiologisista. Las mismas remiten el comportamiento humano a esencias biológicas, con especial énfasis en la masa muscular y el tenor hormonal, y características prescriptas genéticamente. Es evidente que, llevadas a su máxima expresión, las teorías socio-

biologicistas -ya sea dentro del paradigma de una disciplina o de una matriz ideológica individual- son claramente reduccionistas y fuente de errores interpretativos importantes. Asimismo, en aras de la honestidad intelectual y de una postura crítica, el mismo aserto puede aplicarse para las perspectivas “culturalistas” a ultranza.

Tendencia hacia el ámbito extra-hogar

La lógica dualista que prescribía para la mujer la pertenencia exclusiva al ámbito doméstico, y para el varón el ámbito público y el mundo extra-hogar, viene cayendo en desuso. Aún así, algunas respuestas señalan este aspecto como significativo. Esta división sexual de tareas y ámbitos tuvo un determinante histórico muy fuerte en el marco de la Revolución Industrial, donde se fue modificando la estructura familiar basada en la producción artesanal, textil, agrícola, etc., dando paso a diferenciaciones radicales entre géneros y entre generaciones (en un contexto de explotación capitalista que generaba, para muchos/as sujetos que poblaban la clase proletaria, condiciones de vida inhumanas).

Porque culturalmente, desde tiempos inmemoriales son los hombres los que hacen la guerra, la caza, todas estrategias valoradas socialmente. (E.5)

El comentario anterior pone el acento sobre un aspecto por demás relevante: las actividades particularmente realizadas por varones tienden a ser significadas socialmente como importantes. Como contrapartida, el valor de un número de tareas fuertemente adscriptas a roles femeninos, por lo general, es invisibilizado en sus aspectos significativos y trascendentes, y no se les asigna valor. Las actividades clásicamente realizadas por mujeres, y ellas mismas, son devaluadas sistemáticamente, tendencia que viene sufriendo modificaciones en las últimas décadas.

Veamos un testimonio donde se desliza una evidente naturalización que sustenta una explicación biológico-esencialista para dar cuenta de este reparto de roles tan polarizado y fruto de inequidad.

Este... y después, otros factores que influyen en menor medida pero, la condición biológica de la mujer y la tendencia natural a quedarse con los hijos dentro de la casa y el hombre a salir, eso quizás venga... sea ancestral, en su tendencia a salir, el hombre sale y está mucho más afectado por todas las presiones de la sociedad. (E.1)

Protector

Como expresamos más arriba, esta categoría es consignada por Gilmore (ob. cit.) como uno de los componentes determinantes del modelo de masculinidad dominante en varias culturas. Con todo, es evidente que constituye en muchas oportunidades la contra cara de prácticas de control, dominación y sometimiento, con el consiguiente efecto de dependencia y desempoderamiento para el caso de la mujer.

Esta condición de protector de su grupo familiar se ve invertida cuando se instala la violencia doméstica. Parecería que las condiciones que se requieren para cumplir tal función se dislocan y se vuelven, negativamente, contra los otros/as miembros de la familia (en especial hacia la mujer).

... la verdad es que no sé, es una contradicción. Me imagino que el hombre violento debe expresar habitualmente su necesidad de proteger a la familia, pero no sabe cómo hacerlo y no sabe encontrar los canales. Creo que es un condicionamiento cultural y social y se debe encontrar en el ámbito familiar con elementos desencadenantes. (E.1)

Y yo creo que acá tiene que ver lo que hablábamos antes, de que tiene que ver estas... estas cosas de género claramente instaladas, ¿no?, qué se espera del hombre y qué se espera de la mujer. Se espera que el hombre en última instancia sea el protector, ¿no?, y en definitiva sea el que utiliza la fuerza física, la mujer no. (E.14)

Eeee... lógicamente que es mucho más... frecuente la violencia sobre las mujeres, sobre todo por las diferencias... físicas y también sociales en el sentido de la sociedad machista que, que, que uno vive. Pero sobre todo lógicamente el hombre desde el punto de vista físico tiene mayor esteeeee... fuerza, también muchas veces genera una influencia psicológica y hasta económica, ¿no?, porque a veces uno ve... pacientes que... mujeres que lo que hacen es cuidar el hogar y dependen del esposo para que las cuide y del punto de vista hasta económico, entonces es un tema sumamente difícil de abordar, ¿no? ... (E.17)

Mantenerse y mostrarse en un lugar de poder y dominación

El esquema dominador-dominado(a) produce efectos dilemáticos, promotores a su vez de significados y lógicas de sentido que sostienen códigos vinculares específicos. Esta estructura que define formas de percibir, sentir, pensar y actuar, condiciona la necesidad masculina de dominar y perpetuar dicho posicionamiento, so riesgo de quedar desplazado hacia el otro polo y devenir dominado. No olvidemos que la fragilidad de la identidad masculina requiere dar muestras constantes de pertenencia genérica, verdadera trampa social que, lejos de enriquecer y dignificar, empobrece en muchos sentidos, en tanto encorseta el comportamiento con mandatos genéricos hartamente estereotipados.

“La masculinidad es, entonces, una construcción ideológica que acontece no sin esfuerzo y nada tiene que ver con una supuesta esencia que define condiciones a priori para uno u otro sexo. Requiere decididamente de un verdadero ‘trabajo de género’ (Kaufman, 1998). Se trata de correr permanentemente sobre un ‘deber ser’ dinámico que normatiza el desarrollo subjetivo del varón. La masculinidad es tanto un componente de un complejo proceso social en transformación permanente, como un catálogo de condiciones y determinantes que se circunscriben en torno a seres discretos (con relati-

va capacidad singular para apropiarse del modelo prescripto de forma más o menos innovadora y crítica)” (Amorín, 2007: 16)

Las relaciones de dominación -para el caso que nos ocupa, materializadas en el plano interpersonal- están referidas a acciones y prácticas de apropiación mediante el despojamiento del otro(a). En tal condición, se produce una limitación de derechos básicos, y una alienación de la alteridad. Es obvio que esta “voluntad de poder” no sólo perjudica al dominado(a), sino también a quien la ejerce.

Repasemos algunos testimonios que dan cuenta del mandato de dominio que pende sobre los varones:

Me acuerdo de un conocido que decía, relativamente de bien nivel cultural y proveniente de un medio rural. Decía que a las mujeres había que pegarles de vez en cuando para tenerlas, tenerlas bajo control y para que supieran el lugar que ocupan, ¿no? Me parece una forma de expresar la masculinidad... (E.1)

Yo creo que... es lo que decíamos, de esa concepción patriarcal y autoritaria, que concibe a la hombría vinculada con esas relaciones de poder. Que identifica hombría con dominación sobre la mujer y el resto de la familia. Pero eso me parece que es una construcción social y que además la propia realidad la lleva a cuestionarla. Porque sus efectos sobre la sociedad son muy negativos. Entonces, no será una batalla fácil pero, es un elemento que debe formar parte de los cambios progresistas, y de los cambios que hoy están planteados. (E.18)

En relación a este ítem hay que agregar que, dentro de estos mandatos de género, se encuentran aquellos que pautan, para el varón, la constante necesidad de evidenciar una imagen de fortaleza, a la par que no debe dar señales externas de debilidad, fragilidad y dependencia.

Creo que el hombre que pueda ser víctima de violencia, que va a ser menos cantidad de casos, al moverse en una sociedad machista creo que el... el verse o denunciarse como víctima de violencia de género, creo que todavía lo disminuye más en su capacidad... esteee... en su imagen propia que esteee hace que no denuncie. No sólo por el número, pero los poquitos que haya que el hecho de ser una sociedad machista como que queda mal visto, se va a ver peor personalmente que todavía de ser víctima de violencia denunciarse como... como víctima de violencia de género. (E.16)

Asertividad y pragmatismo

Los mandatos y estereotipos de género reservan para el varón un comportamiento asertivo, expeditivo y resolutivo frente a situaciones problemáticas, lo que se refleja en algunas de las respuestas obtenidas. Para algunos/as expertos/as en el tema, esta condición estaría generando niveles de malestar que impulsan a las transformaciones en las relaciones inter-genericas y en la constitución de la identidad de género.

“La asertividad se ha inhibido en las mujeres, para reafirmar así su estatuto subordinado y se ha hipertrofiado en los varones para consolidar su dominio genérico. Una de las razones por las cuales el sistema polarizado de géneros está en crisis, se relaciona con el carácter nocivo que tienen esos arreglos para la salud física y mental, ya que cultivan personalidades rígidas y estereotipadas” (Meler, 2000: 85)

En nuestro medio, una reciente investigación sobre masculinidad y adultez, deja en evidencia la importancia que tiene el comportamiento asertivo para los varones:

“Nótese que aquello que les gustaría mejorar puede definirse, genéricamente, como una mayor capacidad proactiva, y en el marco de lo que se conoce como asertividad, entendida como condición inherente a la capacidad personal para comunicarse con otros/as, en la que se logra un equilibrio en la transmisión de lo que se quiere expresar. Sería un ejemplo de comunicación “madura” donde no se manifiesta la agresividad ni la sumisión al interlocutor/a. Es de presumir que esta necesidad que sienten estos varones de mejorar dicho aspecto está en consonancia con mandatos sociales donde el éxito individual es un valor supremo” (Amorín, ob. cit.: 227-228)

Los siguientes testimonios se sustentan en la idea de que el varón tendría (a diferencia de la mujer) una capacidad resolutive muy desarrollada, y sería capaz de decidir prestamente y tomar la resolución más pertinente, lógica y adecuada ante determinadas situaciones problemáticas:

Si reacciona normalmente se va de la casa, dice “hasta luego, me voy”. Se consigue otra pareja, o se va a vivir solo, se va de la casa... No sé si la mujer hace lo mismo, podría hacer exactamente lo mismo y sería una reacción natural y lógica. (E.6)

(...) es una sociedad de perfil machista, digo, el hombre siempre ha venido liderando a nivel político, a nivel social, en todas las instituciones. Ahora se ha visto más, sobre todo en este gobierno, que participan las mujeres. (E.3)

Sensibilidad diferente

Si bien, *grosso modo*, desde muchas respuestas se propone que -salvo aspectos muy específicos como puede ser la crianza de hijos/as pequeños- mujeres y hombres no difieren sustancialmente a instancias de su identidad de género en cuanto a su sensibilidad y receptividad respecto de las cuestiones del mundo que los rodea, encontramos en nuestros entrevistados también perspectivas diferentes a esta (aunque en una proporción muy minoritaria). Aún así creemos oportuno consignarlas en este análisis. Nos parece importante también señalar que, inquiridos específicamente acerca de la violencia doméstica, se observan muchas referencias a la violencia ejercida por la mujer hacia el hombre y/o hijos/as (en general con tono matizador y relativizante para con la violencia ejercida por el varón).

Entrevistador: En cuanto al tema más de la atención de casos de violencia doméstica, ¿percibís, tenés la impresión, de que la condición de género, que sea hombre o mujer quien atienda, influye, sesga...?

Ah, yo creo que sí. Digo, una mujer va a entender muchísimo más ... la mujer hoy por hoy, como están formando a las trabajadoras y trabajadores de salud, digo, una mujer va a entender muchísimo más porque creo que lo ha vivido tal vez el... el problema de... de violencia, y el hombre como que no... no le da la importancia que tiene que darle, ... (...)... lamentablemente... no tendría que ser así, pero digo... hay, hay una sensibilidad diferente entre el hombre y la mujer. (E.13)

Sí, es una pregunta filosófica, este... No sé si la comparto totalmente, pero me gustó mucho una explicación que oí por ahí, que el hombre tiene mucha dificultad de expresar sus sentimientos, y que el único sentimiento que le está permitido expresar por condicionamiento cultural es la violencia. Que le cuesta expresar cariño, que le cuesta expresar afecto, que le cuesta expresar sensibilidad y que lo aceptado, lo socialmente aceptado es la violencia... (E.1)

No obstante lo anterior, algunos testimonios dan cuenta de la des-sensibilización que puede provocar la formación profesional en medicina, tanto en hombres como en mujeres, produciendo códigos de comunicación médico/a-paciente claramente no saludables, en tanto atentan contra el trato humano y la calidez en la comunicación.

Pero le repito, creo que todavía sigue siendo mayoritario el trato eee... técnico... distanciado de la mujer, sus problemas son suyos, a mí lo que me interesa es si le duele la cabeza o si está sangrando por algún lado. (E.15)

Me parece que muchas mujeres se desensibilizan de sus congéneres a lo largo de la profesión. Me parece que la actitud es prácticamente similar. Esto que le decía, que la Facultad de Medicina es una Facultad fundamentalmente somática les llega también a las mujeres, y pierden a lo largo de la carrera quizá aquellas cosas que, o las pierden o por lo menos no las tienen tan a flor de piel como uno piensa que debería ser, no? (E.10)

Veámoslo en palabras de un ex - Catedrático de pediatría e historiador de la ciencia:

“El médico ha dejado, ya lo hemos dicho, de ejercer con arte, es decir, oír, comprender, ofrecer, de seducir me atrevería a decir. (...) El clínico se ha volcado acuciado por la técnica hacia los otros dos componentes de la medicalización: el profesionalismo y la materialización del mal y ha obviado o ha dejado de saber contestar con sabiduría ciertas y esenciales preguntas que le formula, tácita o explícitamente, su paciente: ¿qué es mi mal? ¿de dónde viene? ¿por qué a mí?” (Mañé Garzón, 2000: 38).

Es de destacar la sorpresa que en algunos entrevistados despierta el hecho de que un equipo conformado por varones esté trabajando con enfoque de género, e investigando el problema de la violencia doméstica. Podemos inferir que, la expectativa más difundida al respecto consiste en que este tipo de abordajes, y el trabajo con

estas problemáticas, es un tema de y para las mujeres. Asimismo, constatamos que, para el caso de las instituciones que lo han instrumentado, la conformación de los equipos de trabajo para atención a la violencia de género es, casi exclusivamente, femenina.

No, yo lo que veo, me asombra que ... me asombra bien, para bien, no para mal, que un hombre me venga a hablar del tema género. Digo, no es frecuente, no creo que haya escuchado a otro hombre que me haya hablado del... digo, como que género es un problema de las mujeres, ¿no?, un... son... no, me parece bárbaro que un hombre me venga a hablar de género, por lo menos no soy el único que pienso esteee... en eso. Sé que hay muchos que... están a favor de... de marcar la política de género. No es común, no es común. Yo un poco embromo a las muchachas de acá de la Comisión de la Mujer, cuidar privacidad ¿no?, que es la Comisión de la mujer y que hablan sobre género, yo yo estoy... compré, compré el discurso, digo, pero el problema es que ... les digo ¡pero no hay ningún hombre trabajando acá! ¿Y porqué no hay un hombre? ¿No? Digo, porque si es una política que tenemos que integrarnos todos, sumarnos, claro, entonces es confundir mujer con género y entonces digo, pero... me llama la atención, digo, y eso hace años, y son sólo, sólo... entonces, que un hombre me venga a hablar de género no es común. Así que bueno, bienvenido [se ríe] (E.13)

Aspectos que pueden asociarse a fragilidad emocional en la constitución de género masculino

Los estudios de varones y nuevas masculinidades vienen dando cuenta, a estas alturas con aproximadamente 25 años de desarrollo, de componentes que habían estado invisibilizados respecto de condiciones paradójicas que conlleva la constitución de la identidad de género en el hombre. El ejercicio patriarcal del poder y su efecto de dominación concomitante, cuando se analizan desde las nuevas teorías surgidas del trabajo con enfoque de género, muestra una contra cara insospechada: los privilegios históricos emanados como corolario de prácticas sexistas ancestrales exigen un alto costo, y no menos inestabilidad y esfuerzo. El propio proceso de constitución y construcción de identidad y subjetividad masculina está impregnado de complejidades varias.

Ya hemos abordado esta condición en trabajos anteriores:

“La condición precaria, y la fragilidad subjetiva que caracterizan las condiciones del género masculino, no son novedad para quienes pretendemos trabajar desde un enfoque de género estudiando las masculinidades. Dicha situación se asocia a las peculiares dinámicas que condicionan el proceso continuo de construcción de la masculinidad en el interjuego inter, intra y transubjetivo. La identidad masculina se nutre a lo largo de toda la vida de mecanismos centrípetos de interiorización e inclusión de determinadas condiciones, y mecanismos centrífugos de externalización, proyección y exclusión que actúan desde los inicios mismos de la vida del niño. La fuerte relación simbiótica y de apego que el bebé mantiene con su madre, conllevaría un efecto identitario paradójico: todo varón transitaría originariamente por una profeminidad (Stoller, 1968) que luego

va a requerir de complejos procesos de desidentificación para devenir varón (Greenson, 1968)” (Amorín: ob. cit.: 21-22)

En las respuestas de nuestros entrevistados pueden rastrearse comentarios que aluden a este aspecto de fragilidad y “debilidad” emocional para el caso del varón (por lo menos en lo que respecta a algunos tipos de situaciones). Se observan comentarios que dan cuenta de la propensión a conductas adictivas; necesidad de descargar tensiones por vía de comportamientos agresivos; mala tolerancia a la frustración; impulsividad; no control de las emociones; inestabilidad; inseguridad. Si bien estas referencias están mayoritariamente adscriptas a situaciones específicas, dan cuenta de aspectos presentes en el varón y no en la mujer (salvo casos excepcionales).

No sólo presiones que pueden afectar, me imagino otro tipo de presiones, situaciones anómalas como vicios, que se pueden captar con mucha más facilidad fuera del ambiente del hogar que dentro el ambiente y estoy pensando, vamos a decirlo, estoy pensando en el alcoholismo, ¿no? Creo que es un factor que tiene que influir enormemente en las situaciones de violencia, ¿no? (E.1)

Sí, hay biológicamente gente violenta, eso no lo voy a discutir, eso es así, hay gente predispuesta a la violencia. Ahora, eso de descargarse... a veces un poco la frustración del hombre, ¿no?, digo, está ... está muy complicada... yo he visto también, digo, por eso yo cuando hablo de género no hablo sólo de mujer, hablo de género, porque también, en una sociedad machista, que te educaron para que vos mantengas tu hogar, para que vos seas el jefe de familia, y en muchas situaciones, el desempleo, el hombre no trabaja, está en la casa sin hacer nada, a veces la que trae el puchero pa’ la casa es al revés, es la mujer... digo, todo eso como desestabiliza un poco más al hombre y lo hace más agresivo, no con... con todos, yo creo que el hombre agresivo no es agresivo sólo con la mujer, es agresivo con todos. (...) para mí no hay justificación, sea biológicamente... bueno, a no ser que tengas alguna patología psiquiátrica que bueno, ahí sí, pero lo que se llama un ser humano normal, yo... la verdad que no la justifico. Por más mal que te vaya en la vida... no te podés descargar con nadie, con nadie. (E.13)

El hombre que le pega a la mujer es porque es inseguro, más que virilidad y que machismo, porque si le pega es porque tiene miedo que ande con otro, que haga lo que... que no le haga caso... (E.13)

Sí, sí, pero también cuando yo digo esto de manifestación de impotencia lo estoy planteando desde determinados... referentes sociales, culturales y teóricos. Seguramente actúa también un sistema de valores que juega a tratar de apuntalar la autoestima, la identidad de la persona, bueno tá: yo agarro y rompo todo, digamos, yo soy el número uno, soy el más fuerte, el sentirse fuerte desde ahí, ¿no? Esteee... son sistemas de validación sociales, culturales, ¿no?, que apuntalan o no y favorecen o no. (E.14)

Sí, sí. La depresión la ves, las adicciones, el consumo de alcohol sobre todo. Hombres que venían trabajando y perdieron su trabajo, hombres de la edad media, a

los cuales les es muy difícil reinsertarse laboralmente. Es más fácil para una mujer de edad media salir a trabajar que un hombre. Parte de la cuestión de género. Un hombre no va a buscar trabajo de servicio doméstico, hacer limpiezas. A una mujer de 40 ó 50 años es posible salir a hacer limpiezas. Esa mujer se terminan convirtiendo en el sostén de la casa, el hombre empieza a alcoholizarse. (E.30)

Esta modificación de los roles está en pleno proceso, lo cual genera mucha inseguridad. Los hombres solemos ser muchos más inseguros en nuestros papeles sociales, familiares y personales. Eso también está marcado por lo biológico muchas veces.

Entrevistador: ¿Por lo biológico?

Sí, es un tema que yo discuto con algunos psicólogos. Los hombres necesitan demostrar cada vez la masculinidad. (E.30)

MASCULINIDAD IDEAL

La heterogeneidad de discursos recogidos entre nuestros entrevistados no obsta para que podamos identificar, en forma general y amplia, representaciones pertenecientes a un imaginario que denota ideologías de género donde se trasuntan lógicas de inferiorización de la mujer, a la par que el varón es ubicado en sitios de dominación y poder. Entendemos esta disposición asimétrica como corolario de un modelo de masculinidad hegemónica² que -si bien con matices cada vez más variados- no deja de encorsetarnos a todos/as de una u otra forma. Las transformaciones significativas que han modificado los estereotipos de género femenino vienen produciendo un reacomodo sinérgico en lo que a los varones respecta, aunque aún queda mucho por recorrer.

Como suele ocurrir para el caso de estrategias metodológicas y de técnicas como las utilizadas en nuestra investigación, se perciben respuestas en el marco de lo que podemos denominar como “el deber ser”, que evidencian una imagen de lo que se entiende como “políticamente correcto”, y que denotan un modelo idealizado de masculinidad al que debería llegarse. Enunciar contenidos discursivos esperados y valorados socialmente, y evidenciar comportamientos connotados como “normales” y “saludables”, son aspectos incorporados a los mandatos prescriptos para el género masculino, de allí la importancia que tiene dar cuenta de ellos.

Dentro de este modelo que inferimos de algunos comentarios obtenidos en el trabajo de campo, y que trasunta criterios ideales para una masculinidad menos estereotipada por el influjo de lógicas patriarcales, podemos destacar elementos tales como: sensibilidad y afectividad exteriorizada; receptividad; comunicación franca y abierta

² “El concepto de hegemonía utilizado para hablar de la masculinidad se entiende más como un proceso que como algo terminado. La hegemonía es ‘la cuestión de cómo grupos particulares de hombres encarnan posiciones de poder y bienestar, y cómo legitiman y reproducen las relaciones sociales que generan su dominación’ (Carrigan, T, Connell, R. et al., 1987: 179). La hegemonía tiene formas de expresión diferencial en cuanto a clase social, pero es siempre subordinando a las mujeres (desde la niñez a la ancianidad) y a los niños de diferentes maneras, utilizando desde la persuasión hasta la violencia física” (Ramírez, 2006: 41).

con las generaciones más jóvenes (en especial para con los hijos/as); calidez; comportamiento ajustado a lo que socialmente se espera como “normal” (trabajar, tener familia y protegerla y proveerla); dignidad; integridad; solidaridad.

Resultan significativas las referencias a la importancia que se le asigna a la conformación y mantenimiento de una familia, dando cuenta de mandatos culturales de enorme potencia, que siguen moldeando conductas y comportamientos (por lo menos para el caso de adultos/as medios en adelante), a pesar de que en la actualidad asistimos a transformaciones radicales en las lógicas de conformación y desarrollo de parejas y familias.

Ser sensible, escuchar a los hijos, creo que hay que ser bien macho para eso. Yo me siento más hombre, cuanto más cerca estoy de mis hijos, y de los niños. De los bebés... Me siento mucho más pleno como hombre y como persona. (E.19)

¿Qué significa? Un verdadero hombre es es... simplemente tener un comportamiento adecuado a nivel social, ser... un verdadero hombre es aquel que trabaja, que es servicial, que es amable, que tiene una familia, que... que le da un bienestar a su esposa, a sus hijos, es aquel que le da amor a sus hijos, es aquel que tiene una familia... una familia contenta, una familia normal, eso... es un verdadero hombre, ¿no? (E.17)

Mantener la dignidad, es la persona que va a actuar siempre de acuerdo a lo que piensa. Cuando no puede actuar de acuerdo a lo que piensa porque a veces la vida impide hacerlo, debe participar en esas situaciones a disgusto o en contra de lo que piensa. Eso es la dignidad. (...) En ese entorno sí, para hablar de hombre verdadero, hombre integral es la solidaridad. Desde ese punto de vista porque todos los demás valores, en una escala que la comunidad entiende como buenos, en general, se basen en esos dos casos, en la dignidad y la solidaridad. (...) Ser honesto es una postura de dignidad, de recto Ser probo es una expresión de dignidad. (E.24)

Uno como hombre tiene necesidades de una familia, son de las cosas básicas, como tal el verdadero hombre o se siente desarrollado como verdadero hombre cuando tiene una familia, cuando constituye eso que capaz en forma no teórica que se denomina hogar. El hogar es con lo que uno se siente a pleno con una familia. (E.26)

Nótese la importancia atribuida a la conformación del grupo familiar y, concomitantemente, al ejercicio de la paternidad en relación a este sui generis modelo ideal de masculinidad. A este respecto, los planteos de estos varones se hacen eco de una realidad que vienen evidenciando la gran mayoría de las investigaciones acerca del tema, en cuanto a que una de las transformaciones más destacadas, para las llamadas nuevas masculinidades, es el innovador ejercicio del rol y la función paterna:

“Nos encontramos en un momento privilegiado para redefinir el perfil de la paternidad actual en cuanto que la crisis de la masculinidad hegemónica y tradicional ha

arrastrado consigo al modelo de paternidad imperante, haciéndolo entrar en crisis sinérgica con las radicales transformaciones que sufren los agrupamientos familiares hoy. Los comportamientos parentales desplegados por los varones evidencian gran diversidad, paradojas, contradicciones y oscilaciones, siendo preciso abordarlos como objeto de estudio. La condición paterna no se adquiere de la misma forma que antes (...)" (Amorín, ob. cit.: 158)

"Las prácticas asociadas a la paternidad diseñan nuevas significaciones y discursos en una trama de producción de subjetividad donde la complejidad de la interacción entre los diversos componentes es la tónica. Las nuevas representaciones sociales y significaciones subjetivas son el sustrato de inéditos modelos de paternidad que cobran vida encarnados en la cotidianidad masculina que se tensan en el interjuego entre tradición e innovación, conservación y transformación. El padre en tanto sinopsis privada del rol del estado, con sus funciones de fecundador, protector, proveedor, cuidador, educador, mentor, viene perdiendo significación imaginaria (Gil y Núñez, ob. cit.)". (ídem:166)

CAMBIOS EN EL MODELO DE GÉNERO MASCULINO

En consonancia con lo consignado en el apartado anterior, el análisis de contenido muestra claras y generalizadas referencias a transformaciones en la estructuración del género masculino desde unas décadas atrás.

En los testimonios seleccionados al respecto se destacan modificaciones referidas a las transformaciones evidentes en el género femenino, y sus efectos en los estereotipos masculinos. Se mencionan, entre otros, aspectos referidos al ámbito educativo, laboral, sexual, doméstico, etc.

Y... y en lo social, creo que uno tiene que reconocer que estamos en una sociedad que... más allá de que va cambiando, es una sociedad de perfil machista, digo, el hombre siempre ha venido liderando a nivel político, a nivel social, en todas las instituciones. Ahora se ha visto más, sobre todo en este gobierno, que participan las mujeres. Tenemos tres ministras, ¿no? En nuestra profesión, ojo, creo que a la larga no creo que se revierta, en ese sentido, si no me equivoco, cuando yo cursé, ya eran más las mujeres que varones cursando. Yo no sé si en breve, si ya no lo son. (E.3)

Yo lo veo, terminamos de comer y yo lavo los platos y mi padre no lo hacía. Son cosas, tal vez hay un cambio pero no se si tan profundo como tiene que ser. (E.3)

Respecto de estas expresiones que dan cuenta de una franca percepción de la existencia de nuevos códigos comportamentales inter-genéricos, algunos entrevistados son capaces de reflexionar acerca de las inercias obstaculizantes que interfieren las transformaciones, merced a esquemas y lógicas históricamente arraigadas que coexisten e interactúan con las novedades. El siguiente testimonio nos parece un ejemplo paradigmático:

En los últimos 30 años vienen cambiando rapidísimamente. Esto de los roles de la mujer. La mujer jefa de hogar, era algo casi inexistente hace 30 ó 40 años atrás. La mujer mantiene la casa mantiene a los hijos, sin cónyuge cada vez es un fenómeno cada vez más extendido y cuando lo hay... muchas veces como jefe de hogar es inoperante, en el sentido de ser quien aporta, quien coopera, quien ayuda en la casa, quien ayuda en la casa con la tarea, en el cuidado de los hijos. Con quien compartir la vida y bueno en esa concepción que tiene muchos años y bueno... (suspira) y bueno viene del siglo XIX eh, eh. La mujer debe estar en la casa para criar los hijos y complacer al marido. A la vista está, eso se ha modificado radicalmente. Sin embargo la mayoría de los cónyuges siguen esperando, a pesar de que las mujeres trabajan tanto como ellos, cuando ellos llegan a la casa que la comida esté hecha, la casa limpia y encima atenderlos. Para uno es bárbaro. (E.26)

Justamente, es de orden mencionar aquí que, en el contexto general de las llamadas nuevas masculinidades, los estudios e investigaciones deberían intentar des-pistar la verdadera dimensión de esta transición. Creemos que aún no existe una comprensión acabada respecto del tenor de las modificaciones que viene sufriendo el eje cultural de poder dominador-dominado(a) (que, por otra parte, tiñe no solo las relaciones de género, sino también las generacionales y las de clase). Está por verse si los cambios se están operando en un nivel aparente y de superficialidad o, por el contrario, en una dimensión estructural y consistente. Sí es constatable que las transformaciones innovadoras en vías de desarrollo y consolidación tiene mayor pregnancia en determinados sectores poblacionales (en particular la clase media³), dependiendo, además, de factores religiosos, económicos, ideológicos, étnicos, generacionales, entre otros.

GÉNERO FEMENINO

El género, tanto en sus aspectos descriptivos como en su condición de categoría de análisis es, por definición, relacional. En términos simples esto implica que, tanto en lo referente a significados, discursos, prácticas y representaciones, como a efectos de emprender cualquier análisis desde este enfoque, no podemos desmarcarnos de una suerte de asimilación recíproca interactiva entre la condición genérica masculina y femenina. De allí que nos parezca necesario incluir en este análisis algunas respuestas que dan cuenta de representaciones acerca de la mujer. Algunos planteos dentro del material recogido en las entrevistas en profundidad deslizan criterios esencialistas que intentan explicar conductas femeninas.

Así, por ejemplo, la condición biológica tendría especial relevancia en lo que respecta a determinar algunas prácticas femeninas. También, sería “natural” el cuidado de

³ Infinidad de estudios sociológicos y psicológicos muestran que los/as sujetos pertenecientes a sectores socio-económicos medios son más permeables a los cambios de esta naturaleza, en particular en virtud de su tránsito educativo y prácticas de socialización. No olvidemos que es en este segmento poblacional donde se metabolizan más específicamente las transformaciones que en el rol de la mujer vienen aconteciendo sostenidamente en las últimas décadas.

los hijos/as y la adscripción al ámbito doméstico. Esto la preservaría, y la expondría menos que al varón, a las tensiones del dispositivo social.

Este... y después, otros factores que influyen en menor medida pero, la condición biológica de la mujer y la tendencia natural a quedarse con los hijos dentro de la casa y el hombre a salir, eso quizás venga... sea ancestral, en su tendencia a salir, el hombre sale y está mucho más afectado por todas las presiones de la sociedad. (E.1)

Algunos testimonios muestran reflexiones que dan cuenta de que la mujer puede producir, en virtud de desajustes emocionales, reacciones violentas en el varón. Incluso se llega a interpretar que es inherente al sexo femenino la variabilidad de carácter con el consiguiente efecto de inestabilidad emocional.

Digo, puede haber un hombre equilibrado con una mujer desequilibrada y que genere violencia. Creo que debe ser una situación harto común, ¿no? (E.1)

Pero también hay violencia psicológica, y la violencia psicológica muchas veces viene de parte de la mujer hacia el hombre.

Entrevistador: ¿Por ejemplo?

Y... partamos de lo que puede ser los celos, por ejemplo, o... como se dice vulgarmente 'está llenando la cabeza con cosas al... al hombre', esteee... no se me ocurre ahora un caso puntual que pueda ser (...) también puede haber violencia psicológica del hombre hacia la mujer, sin duda, pero esteee... muchas veces es por el entorno... el entorno familiar, es decir la queja de la mujer insistente, por ejemplo con la madre de él, esteeee... generar... situaciones que no ayudan a la convivencia en familia, con críticas, quejas. Puede darse también a la inversa y se da sin duda también a la inversa. Pero creo que muchas veces la mujer utiliza esa... esa arma (E.12)

La mujer tiene fisiológica y físicamente y es natural que así sea una variabilidad en su carácter. Que la mujer no está igual un día que el otro. Y de pronto le puede resultar al otro día. Eso se ve, es muy frecuente en la consulta de la mujer. No quiero discriminar. Es sólo una observación sobre un hecho real, concreto en el cual si uno entrevista a una mujer, la propia mujer dice que hoy tal circunstancia le molesta, pero ayer o mañana que quizá no le pueda molestar. (E.28)

También encontramos, vehiculizadas en ciertos tramos del discurso desplegado en las entrevistas, imágenes referidas a cierta condición de la mujer que la refieren en una ubicación desde donde engaña y ejerce manipulación, haciendo uso del beneficio secundario que le darían algunas supuestas prerrogativas genéricas:

Y, es decir, las mujeres exageran en sus patologías, de pronto, para... para zafar un poco del trabajo porque bueno, están... están cubiertas porque... se les tiene mayor... mayor esteee... condescendencia a una ... a una de pronto patología de

una mujer, o un síntoma que ella puede ... manifestar o hacer que lo tiene. Y bueno, por las dudas, este... y dado que... ante el riesgo de ser acusado de... de pronto de un machismo o de ser acusado de problemas de género, este... se prefiere aceptar lo que... la palabra de la mujer y decir bueno tá, tomate unos días libres, descansá (E.12)

Por otra parte, la condición de género femenino produciría actitudes de sumisión, culturalmente determinadas, quedando la mayoría de las mujeres equiparadas a sectores desempoderados (ancianos/as; niños/as):

Entrevistador: ¿Y por qué crees que las mujeres son habitualmente las víctimas?

... y la mujer, el tema cultural, más de sumisión ¿verdad? El hombre físicamente, si uno se pone a mirar, no sé si es efecto de la testosterona o qué, digo, mayor fuerza física, probablemente un tema de carácter. (E.3)

Eso es porque los niños tienen poca voz. Si a los niños se los escuchara, hablarían mucho más. Las mujeres, los niños y los ancianos, son áreas que tienen menos poder, son más subordinados o juzgados en estas relaciones. (E.18)

En correlación con el ítem anterior, se destaca la dependencia de la mujer respecto del varón, tanto en aspectos económicos como de otra índole. Esto generaría, en algunos casos, verdaderas situaciones bizarras que atentan contra la calidad de vida de ambos sexos (a continuación referimos un testimonio ya utilizado como ejemplo en otro apartado de este mismo capítulo):

Y eso, que es reflejo de la sociedad machista es que, por más que la mujer trabaje, lo mayores ingresos son del hombre. Y en situaciones difíciles cuando quiero separarme, como se dice, del dicho al hecho, hay un trecho, importante. Se vuelven tan dependientes económicamente que se ve inviable la separación. Porque dependen del ingreso. Mi esposa me cuenta la historia de una maestra que tiene pareja, que vive con el hombre con el cual estuvo casada, pero que no tienen vida conyugal, tienen hijos, por supuesto, viven juntos porque económicamente les es imposible separarse. Han asumido vivir juntos, cada uno hace su vida por su lado, pero cada tanto salen del brazo, juntos, en los hechos son una familia, tienen hijos compartidos. (E.6)

Y una mujer sola en la sociedad es un poco rara. La mujer acompañada o en pareja tiene un estatus diferente. Se siente protegida, está acompañada y a nivel individual se siente más vulnerable, hasta para ser abordada para entablar una nueva relación. (E.28).

No pocas respuestas asignan importancia radical al ejercicio de la maternidad y aspectos determinados de la crianza femenina de hijos e hijas. Del ejercicio de esta función dependerían componentes de enorme trascendencia para los seres humanos. La ecuación mujer = madre tiene y ha tenido, en el imaginario de nuestra cultura, efectos de enorme significación en lo que respecta al lugar social asignado a la mujer, y ha

conspirado en los polarizados criterios divalentes que sustentan distintas formas de división sexual en diversas dimensiones de la cotidianidad.

El cambio social... yo siempre me acuerdo, cuando completo historias clínicas y en antecedentes laborales las mujeres me dicen "yo no trabajo, soy ama de casa". ¿Cómo que no trabaja? Y muchas trabajan afuera y siguen siendo amas de casa. Yo pude ser criado por mi madre, que era ama de casa y uno ve la atención que te ponía tu madre. La crianza de los hijos es fundamental... (E.3)

Ser la hembra de la especie tiene dos o tres connotaciones que inevitablemente la debe cumplir la hembra. Al ser la hembra de la especie las tiene que cumplir ella por ejemplo: su rol de madre, en cuanto a la relación, tan estrecha y necesaria e indisoluble entre madre e hijo. Desde el punto de vista de la alimentación que eso es que sólo la madre lo puede hacer y que es fundamental para el desarrollo del niño, no tanto del punto de vista de las primeras etapas de lo que significa la lactancia sino de la relación emocional. (...) Eso solo lo puede hacer la madre, es un hecho. La mujer no debe olvidarse que el rol de madres es de ella, no hay otro que lo pueda sustituir.

Entrevistador: ¿El padre no puede apoyar en la lactancia?

Puede apoyar en todo pero la responsable, la responsable, es la mujer. No puede ser cualquier otra persona. Hay que hacer lo que la mujer puede hacer porque hay hasta un determinismo biológico. (...) Históricamente viene que la mujer es... la, el elemento determinante del sostén de la alimentación. Se ha dejado hoy con gran deterioro, la alimentación para toda la comunidad por supuesto que esto hay que manejarlo con un criterio de familia, y no solamente de pareja, de familia. (E.24)

Por eso te decía acá hay mucha responsabilidad de las mujeres. El cambio no tiene que venir de los hombres sino de las mujeres que se organizan. ¿Quién nos educa a nosotros los hombres? Lo que dice, doña María: "m'hijita, sos vos la que educas a los hombres, a los hijos». (E.30)

Se puede inferir, en virtud de la ideología que trasuntan los testimonios anteriores, el desplazamiento de una pesada carga social y una (¿monopólica y excluyente?) trascendente responsabilidad cultural (con su concomitante exigencia de cumplimiento) que recaen sobre las mujeres, situación que parece estar invisibilizada, y no es conciente en general en quienes portan estas representaciones. Nos parece que podemos considerar este fenómeno como una paradigmática sinopsis de una realidad estructural que ha vertebrado, históricamente, el desarrollo de nuestra civilización.

Representaciones y significados de masculinidad en el discurso obtenido del trabajo con los grupos de discusión.

Dentro del trabajo de campo para esta investigación se utilizó, además de las entrevistas en profundidad, la técnica de grupo de discusión (ver pauta en Anexo).

Se instrumentaron dos instancias grupales, una en Montevideo y otra en el interior, en la primera participaron sólo mujeres, y en la segunda hombres y mujeres. Vea-

mos a continuación qué lecturas pueden realizarse, desde el eje analítico “Representaciones y significados de masculinidad”, a propósito del material obtenido.

La referencia más difundida recae acerca de la genérica categorización de “sociedad machista”, como se verá en muchos de los testimonios que ejemplifican cada ítem consignado. Sería esta lógica cultural la que define comportamientos de dominación y sojuzgamiento a los que se ve sometida la mujer por parte del varón. Se entiende que esta forma de interacción así configurada genera representaciones sociales donde la mujer es percibida, y tratada, como inferior. Asimismo y en consonancia con esto, el varón se vería a sí mismo legitimado para desplegar un ejercicio arbitrario del poder, no sólo respecto de las mujeres, sino también en lo que refiere a generaciones más jóvenes, y a otros hombres inscriptos dentro de “minorías” socio-culturales.

Se realiza escasa referencia al hecho de que la mayoría de las mujeres han asimilado estos significados de manera tan invisibilizada, que también contribuyen a sostenerlos y reproducirlos, en una suerte de “complicidad” tácita respecto de las injusticias concomitantes: *“Creo que en realidad, parte de un modelo instaurado en el cual funcionan hombres tanto como mujeres, por supuesto que hay excepciones, pero en las excepciones he visto hombres y mujeres. Ahora, como modelo, la mujer me parece que es tan responsable y tan partícipe como el hombre de reproducir ese modelo, a nivel de todas las instituciones”* (integrante mujer del grupo de Canelones).

Asimismo, los varones no estarían dispuestos a contribuir a la modificación de esta disparidad polarizada que subyace a las prácticas que sustentan las relaciones genéricas (y agregaríamos: inter-generacionales y de clase). Esta perspectiva se presenta como muy poco auspiciosa y el cambio, entonces, no parece ni fácil ni cercano en el tiempo.

División sexual

Los varones estarían dedicados “a otras cosas” respecto de las mujeres, división pautada por prácticas tradicionalmente consolidadas. Tal condición genera actitudes de distancia y alejamiento de ciertas problemáticas sociales (más adscriptas a lo femenino), cuando no de resistencias ante el abordaje de las mismas. Queda así descrita una imagen masculina de distancia y escaso o nulo compromiso ante determinadas cuestiones que requieren sensibilidad, compromiso y solidaridad. También se destaca la ostensible presencia mayoritaria de varones en cargos de jerarquía superior en todos los niveles institucionales, y una suerte de actitud corporativa masculina al servicio de la invisibilización de determinadas problemáticas que afectan prioritariamente a las mujeres.

Coordinación: ¿Creen que los varones con roles de planificación en el sistema de salud son resistentes a visualizar la violencia doméstica como un problema de salud en el momento actual?

(Integrante mujer 1) Es de todas, de todos, es decir, hay una resistencia generalizada, no sé en qué medida creo que hay mayor en los varones, en realidad en los hechos los veo más ausentes. No sé si por resistencia o por tradición de dedicarse

a otro tipo de cosas, lo tradicional de otras actividades. Es de todos, las mujeres también se resisten.

(Integrante mujer 2) (...) como distintos sistemas de poder que se van aplicando, sosteniendo, y los grandes grupos y corporaciones, funcionan y muchas veces también funcionan de estos modos, sin ser explícito. Sí yo creo que sí, que hay, que hay, un pacto colectivo...

Ejercicio arbitrario del poder

El ejercicio arbitrario y despótico del poder aparece como una característica fuertemente adscripta al género masculino. Este esquema se replicaría en general en todas las situaciones sociales, dotando así de una cualidad asimétrica a los vínculos, los cuales quedan pautados por una actitud de “abuso” que no quiere abandonarse por quienes la detentan. Se percibe, entonces, un *statu quo* que tiene muy poco margen para el cambio, y es a la vez muy resistente al mismo.

(Integrante mujer grupo Montevideo) Yo siento que los varones que toman las decisiones de mayor poder y prestigio en las instituciones y que toman decisiones este, en general son médicos que de por sí gozan de las relaciones asimétricas, son varones que suelen, desde el resto de las relaciones de poder, están formados de un modo este que, este, super positivista. Aprenden a conocer de esa manera, no están acostumbrados a intentar cambiar. Abusan de todo lo que esté por debajo en el sistema jerárquico del que ellos disfrutaban y se abusan. Se abusa de las mujeres, se abusa de los jóvenes, se abusa de los negros, se abusa.

Mantenerse en una posición de poder

Los varones son percibidos en actitud de aferrarse a los beneficios que les confiere el lugar que ocupan culturalmente, en virtud de relaciones y prácticas basadas en inequidades y sometimientos varios. Se entiende que el varón obtiene sólo beneficios por ostentar este posicionamiento cultural, y estaría allí muy cómodamente instalado, lo que atenta contra toda posibilidad de modificación espontánea al respecto.

(Integrante mujer Montevideo) (...) me parece que esta cuestión de gozar de un poder y de los beneficios que eso genera es como muy difícil de largarlo también ¿no? O sea como que digamos no tienes grandes costos, digamos, no implica darles problemas tener ese poder, sería más por una cuestión de solidaridad, de responsabilidad, este, social que una intención de cambio, ¿no?

(Integrante mujer Montevideo) Es como hoy dijeron, el tema del poder como que crea la facultad de poder hacer lo que quiere porque tiene el poder, es esa sensación, no será en todos los casos, hay algunos que... Y en esta sociedad machista, entonces ya está asumido que el que tiene el poder bueno, hay ciertas cosas que hace porque tiene poder. Los cargos, todo, la mayoría son hombres también, eso se ha ido modificando, se ha ido cambiando pero, es una sociedad machista...

Formas de procesar el sufrimiento

Se alude a que el varón, en todas las edades, también se ve enfrentado a elevados niveles de sufrimiento tanto emocional como físico, aunque su forma de tramitar estas experiencias es “más silenciosa” que para el caso de las mujeres. Vemos en esta afirmación, consonancia con muchos estudios de masculinidad que abordan el problema de la expresión de afectos en el varón, y su actitud genérica ante el dolor de diversa índole:

Quiero decir que el hombre, el joven, el varón, sufre en silencio, mucho más. Porque la mujer ahora está habilitada, y me alegro. Pero me parece que hay muchos varones que sufren y no, y no, y no pueden decirlo. Entonces, para mí está muy bien todo el trabajo de campo que están haciendo, pero la parte que falta es trabajar con él o la victimaria. (Integrante mujer grupo Canelones)

Cabe mencionar aquí que el propio cumplimiento de mandatos y estereotipos de masculinidad, y el ajuste al modelo social exigido, conllevan indisolublemente niveles muy altos de malestar, invisibilizados las más de las veces, pero no por eso inoperantes. Tanto desde el punto de vista psicoanalítico referido a ideales del yo y conflictos inconscientes, como desde la perspectiva de género y sus aportes en torno a estereotipos, prescripciones, proscripciones y mandatos, la condición de “superioridad” masculina es fuente de inevitable malestar para los varones:

“Pero este poder puede convertirse en fuente de enorme dolor. Sus símbolos constituyen ilusiones infantiles de omnipotencia, son imposibles de lograr. Ningún hombre es capaz de alcanzar esos ideales. Por otra parte todos experimentan necesidades y sentimientos que se consideran inconsistentes con el concepto de masculinidad y estas necesidades se convierten en fuentes de enorme temor” (Carril, 2003: 21).

GÉNERO FEMENINO

También pueden rastrearse dentro del discurso grupal representaciones referidas a un imaginario acerca de lo femenino. A este respecto, se destacan ciertas capacidades que tendrían relación con la maternidad.

Quizás la diferencia pueda ser la comprensión, esa, que la mujer está más cerca, el rol materno, todo. La mujer está más cerca de comprender... me parece. (Integrante mujer grupo Montevideo)

Otro dato significativo, que creemos importante consignar, refiere a la casi exclusiva conformación femenina de los equipos de salud que atienden situaciones de violencia doméstica. Tal vez podamos referir esta realidad a uno de los fuertes mandatos y prescripciones de género que pesan sobre el sexo femenino: hacerse cargo, asistir y cuidar de los demás; actitud en general envuelta en una disposición de entrega “maternal”, y de “ser para el otro/a”. *“Cuidado y feminidad son dos caras de la misma moneda, están mutuamente relacionados”* (Aguirre y Batthyány, 2003: 9)

(Integrante mujer grupo de Canelones) Yo vengo recorriendo un poco los efectores de salud, los equipos, justamente con la temática de violencia doméstica, asesorando un poco en lo que es el dispositivo que tienen que organizar, la salud, para el abordaje de la violencia doméstica, vengo recorriendo los equipos, y vengo percibiendo realmente..., no sé si me da tanto como para dividir por géneros, porque en general son mujeres las que están en los equipos, en pocos equipos hay hombres, estoy tratando de hacer memoria y no me acuerdo de ninguno que hubiera varones, pero vengo sintiendo una resistencia importante en el sector salud, a abordar la temática.

(Integrante mujer grupo de Canelones): (...) somos un equipo de cinco personas, un poco para transmitirles que estamos en el sector salud, en un equipo que tiene una doctora, una asistente social, una licenciada en enfermería, la hermana que también es enfermera, y yo que soy psicóloga. somos un equipo de cinco personas, un poco para transmitirles que estamos en el sector salud, en un equipo que tiene una doctora, una asistente social, una licenciada en enfermería, la hermana que también es enfermera, y yo que soy psicóloga.

Es de destacar nuevamente, tal como lo hicimos al analizar las entrevistas, la importancia que se le asignó por parte de varios de los implicados/as en este estudio al hecho de que un equipo de varones (en alusiones a nuestro grupo) esté trabajando con enfoque de género en el estudio de estos problemas.

Conclusiones

En términos generales encontramos similares representaciones y significados de masculinidad que emergen del análisis de contenido del material producido en las entrevistas y los grupos de discusión.

Las grandes categorías que consignamos y ejemplificamos con testimonios varios se resumen en:

- a) Rol de proveedor
- b) Fortaleza física y condicionamiento biológico
- c) Tendencia hacia el ámbito extra hogar
- d) Protector
- e) Mantenerse y mostrarse en un lugar de dominación
- f) Asertividad y pragmatismo
- g) Sensibilidad diferente
- h) Aspectos que pueden asociarse a fragilidad emocional en la constitución del género masculino
- i) División sexual
- j) Ejercicio arbitrario del poder
- k) Forma de procesar el sufrimiento

Destaca la pregnancia de las referencias a esencialismos biologicistas para dar cuenta de determinados comportamientos, aún cuando se alude a determinantes socio-

culturales, no quedando claro, las más de las veces, la significación de cada factor y la interacción entre ambos. Asimismo, percibimos constantes alusiones a la condición machista del dispositivo social, pero con escasísimas menciones a dicha condición cuando se hace referencia a la esfera personal.

También constatamos declaraciones relativas a un modelo ideal de masculinidad revestido, por definición, de un “deber ser” no fácilmente alcanzable (cuando no imposible). Es destacable la asociación a este respecto con la conformación de una familia definida como “normal” (el modelo de familia nuclear con un padre protector y proveedor en el sentido material y afectivo parece el más potente y valorado). De allí que podríamos arriesgar a traducir que: el hombre no estaría completo sino hasta conformar y mantener una familia, con especial énfasis en el ejercicio saludable de la paternidad.

Se alude con frecuencia al cambio social que vienen sufriendo los roles masculinos (secundarios a las transformaciones femeninas). De todos modos este cambio en roles y funciones se ejemplifica, en lo que al ámbito doméstico se refiere, con lugares comunes como ser “cambiar pañales” y “lavar los platos”.

Grosso modo, las representaciones que dan cuenta de un imaginario referido a lo femenino ponen el acento en las exclusivas y trascendentes tareas “inherentes” (naturalizadas) a la maternidad. Asimismo, la mujer aparece también como discolorada y manipuladora en aras de la consecución de beneficios secundarios respecto a las prerrogativas emanadas de su condición de género. No obstante lo anterior, los/as participantes en esta investigación dan cuenta de percibir el paulatino empoderamiento que en términos generales, y no sin un alto costo en esfuerzo y lucha, viene logrando la mujer.

En sentido amplio se aprecia que la amplia mayoría visualiza que las mujeres están mucho más implicadas que los varones en cuestiones de género, y en particular en lo referente a violencia doméstica. De allí que, en más de una oportunidad, se nos haya explicitado la sorpresa y el agrado ante el hecho de que un equipo conformado por varones esté realizando este proceso de investigación en torno a temas tan sensibles.

Bibliografía

- Aguirre, R. y Batthyány, K. (2003): El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de los resultados de la encuesta sobre usos del tiempo: desigualdades sociales y de género. Udelar-UNICEF. Montevideo.
- Amorín, D. (2007): *Adulterio y masculinidad. La crisis después de los 40*. Psicolibros-Waslala. Montevideo.
- Badinter, E. (1993): *XY La identidad masculina*. Alianza. Madrid.
- Carrigan, T, Connell, R. *et al.* (1987): *Toward a New Sociology of Masculinity. The Making of Masculinities*. Boston. Unwin Hyman.
- Carril, E. (2003): De cuando las mujeres se quejan, los varones se enferman y I@s terapeutas no escuchamos. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. Tomo VI. N° 3. AUDEPP. Trilce. Montevideo.
- Castells, R. (1998): *La era de la información*. Vol. II. Alianza. Madrid.

- Gil, D. y Núñez, S. (2002): *¿Por qué me has abandonado?* Trilce. Montevideo.
- Gilmore, D. (1994): *Hacerse hombre*. Paidós. Barcelona.
- Greenson, R. (1968): "Des-identificarse de la madre. Su especial importancia para el niño varón". En *Revista de la Asociación Argentina de Psicoterapia para Graduados*. N° 12. Buenos Aires.
- Kaufman, M. (1998): "Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres". En Valdés, T. y Olavarría, J. (eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. FLACSO-UNFPA, Santiago de Chile.
- Mañé Garzón, F. (2000): "Historia de la profesión médica y de la relación médico-paciente con referencia a la sociobiología, a la selección natural y a la espiritualidad". En: *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la infancia y adolescencia*. Mayo. 2000. APPIA. Montevideo.
- Meler, I. (2000): "La masculinidad. Diversidad y similitudes entre los grupos humanos". En Burín, M. y Meler, I. *Varones*. Paidós. Buenos Aires.
- Ramírez, J. (2006): "¿Y eso de la masculinidad?: Apuntes para una discusión". En: Caeaga, G. y Cruz, S. (coords.) *Debates sobre masculinidades*. UNAM. México.
- Segato, R. (2003): *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires.
- Seidler, V. (2000): *La sinrazón masculina*. México. Paidós.
- Stoller, R. (1968): *Sex and Gender*. Jason Aronson. Nueva York.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE NUESTROS ENTREVISTADOS

François Graña

Introducción

En este capítulo analizaremos lo que nos han dicho los entrevistados sobre la problemática de género y la desigualdad; procuraremos entender qué les sugiere la llamada “perspectiva de género”. El itinerario que sigue la exposición no supone necesariamente un orden jerárquico. Hemos dividido el análisis en cinco partes:

- i. Comenzaremos por mostrar cierta toma de distancia personal realizada por algunos entrevistados respecto de la violencia de género; esta distancia tiene por efecto -no necesariamente buscado- la tematización de la VDCM como una práctica monstruosa o anormal de la que se sienten netamente ajenos.
- ii. Nos ocuparemos luego de cierta tendencia a la “banalización” de una problemática de género que se da por conocida y aceptada, pero que a menudo se reduce a cuestiones de términos; en ciertos casos se llega a sostener que la igualdad de género es ya un hecho.
- iii. Le seguirá el examen del enfoque “biologista” o “naturalista” presente en muchas apreciaciones; más allá de diferencias -a menudo importantes- son numerosos los entrevistados que explican la VDCM ante todo por una agresividad masculina natural o por su mayor fuerza física.
- iv. En cuarto lugar, analizaremos una llamativa recurrencia de numerosos entrevistados: el señalamiento de casos en que los varones son víctimas de violencia a manos de sus parejas.
- v. Por último, nos detendremos en la perspectiva de quienes expresan preocupación, temor o fastidio por las “exageraciones” contenidas en los reclamos de igualdad de género.

Antes de entrar en tema, haremos algunas apreciaciones sobre el tipo de análisis del contenido de las entrevistas que hemos realizado. El material con el que hemos trabajado los co-autores de esta publicación es, claro está, exactamente el mismo: la transcripción textual de lo dicho por nuestros entrevistados. Sin embargo, el abordaje es forzosamente diferente; precisamente en estas diferencias reside –al menos es nuestra expectativa- la riqueza y complementariedad del trabajo visto como totalidad. Renglón seguido, nos referiremos a las condicionantes del discurso que sobre la problemática de género han emitido nuestros entrevistados; luego, reflexionaremos sobre los recaudos que estas condiciones imponen al analista. Pero nos parece necesario hacer antes algunas precisiones rápidas acerca de la entrevista como técnica en las ciencias sociales.

La entrevista es una herramienta de producción de saber y no una “toma”, al modo de una muestra de sangre que se extrae del paciente. Contrariamente a cierta ilusión corriente pero falsa, el discurso del entrevistado no es algo que “ya estaba ahí” y que simplemente nos limitamos a recoger. Se espera que *-ceteris paribus-* varias muestras de sangre tomadas del mismo paciente sean iguales; por el contrario, sucesivas entrevistas a un mismo informante generarán productos discursivos diferentes. Si no se tiene en cuenta esta condición de *constructo* que signa el contenido de una entrevista, se corre el riesgo de atribuir a la persona o a su grupo social ciertas apreciaciones que pueden haber sido inducidas *en y por* el contexto del diálogo. Es así que la labor del analista debe iniciarse con una confesión: sólo podemos estar absolutamente seguros de las palabras que han sido pronunciadas, ya que su sentido es *interpretable*. Debemos renunciar igualmente a otra fantasía positivista: el control de todas las variables que inciden en la entrevista y que pueden afectar su contenido. Todo esto hace que el producto del análisis sea, en definitiva, *una hipótesis interpretativa*. Esta hipótesis podrá ser más o menos plausible, más o menos convincente: de esto sólo podrá juzgar la “comunidad virtual” de lectores y lectoras.

Hechas estas precisiones, veamos ahora el “contexto discursivo” en que tuvieron lugar nuestras entrevistas; nos preguntaremos luego sobre las implicancias de dichos elementos de contexto para el análisis. Esta explicitación hace las veces de luz amarilla intermitente que señala al investigador los límites y alertas de su trabajo interpretativo (y en el mismo acto, brinda pistas para una lectura crítica). Se espera así optimizar la pertinencia del análisis, o al menos, minimizar los márgenes de error. En este sentido, es importante identificar los principales factores intervinientes en el diálogo con nuestros informantes, y reflexionar luego acerca del modo en que deberán ser tenidos en cuenta.

A nuestro juicio, las situaciones de entrevista han estado mediadas por tres circunstancias: a) los entrevistados pertenecen a una capa socio-cultural excepcionalmente expuesta y permeada por la tematización del género, la problemática de la equidad, el rechazo a toda discriminación; b) se trata -en casi todos los casos- de profesionales de la salud física y/o mental directa o indirectamente concernidos por la atención a víctimas de la violencia de género, y *saben* que han sido seleccionados en ese carácter; c) *saben* que son instados a contestar preguntas destinadas a conocer sus percepciones sobre la atención a las víctimas de violencia de género.

Estas circunstancias no pueden más que condicionar su discurso; y si en el análisis de sus palabras ignoramos o pasamos por alto estos importantes condicionamientos, arriesgamos fracasar en el trabajo interpretativo. Por lo antedicho, es esperable una actitud alerta del entrevistado; a menudo se siente escuchado y escrutado con atención, por momentos percibe que sus dichos pueden ser empleados “en su contra”. Apresurémonos a reconocer que no le falta razón, ya que *nos hemos propuesto hurgar en sus percepciones y así se lo hemos hecho saber, palabras más palabras menos*. Queremos aprehender las nociones recibidas y los prejuicios culturales atribuibles a la ideología patriarcal y al androcentrismo; por lo tanto, cualquier señal de subestimación de las mujeres o de banalización de la violencia de género será puesta bajo sospecha de sexismo. ¿Y si tuviéramos ante nosotros a un hombre que le ha levantado la mano a su

esposa, o un colérico que “pierde la paciencia” con facilidad, que grita y amenaza con estallar...? Es evidente que, si fuera el caso, no lo sabríamos *jamás* (al menos, de boca de nuestro entrevistado). Pero por otra parte, este razonamiento llevado al límite puede deslizar hacia la condena *ex ante* del varón que se vuelve sospechoso impenitente, y que deberá “demostrar su inocencia”. Nuestro abordaje analítico deberá estar acompañado, por lo tanto, de un doble recaudo: a) con la lectura atenta de los dichos de nuestros informantes procuramos comprender lo que nos dicen, pero también buscamos interpretar lo que soslayan; b) valiéndonos de una consciente auto-vigilancia de la labor interpretativa, procuramos evitar el sesgo de nuestras propias sospechas o expectativas. Razones de más para que nuestras hipótesis interpretativas arraiguen claramente en el “terreno firme” del texto, es decir en la transcripción escrita de las palabras de nuestros informantes voluntarios.

Veamos otro importante condicionamiento del discurso de los entrevistados, igualmente atribuible a su situación de profesionales que tienen a su cargo una responsabilidad social directa por los cuidados del cuerpo y de la salud de las personas. En tanto tales, se sentirán obligados a censurar enérgicamente a sus congéneres pegadores o violentos. La actitud “políticamente correcta” en relación al tema es a todas luces la condena y la indignación. Los entrevistados perciben con toda claridad que las cosas ya no son lo que eran en términos de género, igualdad y lucha contra la discriminación. Y por esto mismo, sienten que dichos cambios influyen sobre lo que las personas *deben manifestar* si no quieren ser sospechadas de machistas, anacrónicos, etc.: “...se han ido generando como lugares comunes, donde llega un momento en esa construcción social que quienes no lo integran en su discurso al menos, no están adecuadamente aggiornados” (E.9).

La “institucionalización” de una política de género y equidad por parte de la actual administración de gobierno ha profundizado esta tendencia a la incorporación discursiva de la problemática. La violencia de género, percibida y denunciada de más en más en tanto manifestación descarnada de machismo, constituye precisamente una agresión a la integridad física de las mujeres. Puede así entenderse que el reclamo de equidad entre géneros como “deber ser” oficial, sea particularmente coercitivo en la conciencia de quienes se sienten mandatados por la sociedad toda para velar por la salud de las personas: “queda bien hablar de... problemas de género y el concepto género, entonces se emplea, pero se emplea como una muletilla, no como un hecho asumido” (E.15)

Una manifestación clara de este “deber ser”, es cierta tendencia al empleo de un lenguaje cuidadoso, que hemos podido detectar en numerosos tramos de las entrevistas. Tomemos por caso el responsable de un servicio asistencial que empieza por reconocer la ampliación de los derechos de las mujeres y la generalización de una problemática de género como conquistas sociales importantes. Luego, nos dice que tal como están las cosas actualmente, hay que velar por no “pasarse para el otro lado”. En definitiva, está muy bien todo eso del género, pero ojo con una excesiva permisividad hacia las mujeres: “...nos estamos yendo un poco pasados de la media”. En apoyo a su reflexión, nos propone un ejemplo tomado de su experiencia cotidiana:

...es decir, las mujeres exageran en sus patologías, de pronto, para... para zafar un poco del trabajo porque bueno, están... están cubiertas porque... se les tiene mayor... mayor estee... condescendencia a una ... a una de pronto patología de una mujer, o un síntoma que ella puede ... manifestar o hacer que lo tiene (E.12)

Los puntos suspensivos indican las pausas en que el entrevistado se detiene para elegir cuidadosamente sus palabras. Estas pausas, junto a la reiteración de ciertas expresiones, dejan entrever el esfuerzo de autocontrol que el hablante impone a sus palabras. Así por ejemplo, en los últimos puntos suspensivos parece haber reprimido la expresión “simular” o “inventar”, para sustituirla por un giro mucho más prudente: “manifestar o hacer que lo tiene”. Si reformuláramos este fragmento discursivo prescindiendo de las ambigüedades y titubeos, el resultado bien podría ser el siguiente:

...las mujeres exageran en sus patologías (...) para zafar un poco del trabajo, porque están cubiertas, porque se le tiene mayor condescendencia a una patología de una mujer, o un síntoma que ella puede manifestar o hacer que lo tiene.

Este mismo entrevistado expresa que los hombres “están influenciados por todo este concepto de la igualdad de género”. Pero el contexto de su afirmación nos indica que, contrariamente a lo que pudiera pensarse, se refiere a una influencia *negativa* ante la cual hay que estar alerta, y no de un paso más hacia la democratización de las relaciones entre hombres y mujeres. Esto, porque la influencia del “concepto de la igualdad de género” induce en ciertos médicos tratantes de pacientes mujeres, el “temor de que se les acuse de... de desigualdad”; por ello, muy a menudo “prefieren aceptar lo que está planteando la paciente, aunque de pronto no es real y tienen la sospecha de que no es real” (E.12)

Queda finalmente una precisión por hacer. En este trabajo no nos hemos propuesto juzgar a nuestros informantes ni aplicar a sus declaraciones un rasero de “perspectiva de género correcta” que obrara en nuestro poder. En esa medida, nos permitiremos a menudo *extrapolar* ciertas apreciaciones y aun aislarlas del contexto personal del entrevistado. En muchos de los casos que examinaremos en estas páginas, el mismo entrevistado ha hecho manifestaciones matizadas y aun *opuestas* a aquellas en las que nos hemos detenido. Siempre que hacemos esto, es porque entendemos que el fragmento, frase o expresión analizados están dotados de una significación que *trasciende* tanto la intención como el discurso global del hablante.

Ahora sí damos lugar al análisis, siguiendo el orden arriba explicitado. Comenzaremos con lo que hemos llamado cierta “ajenidad” en relación a los responsables de VDCM, perceptible en los dichos de nuestros informantes.

Género y violencia, un problema de otros

Nuestros entrevistados, todos varones y profesionales de la salud, son -y se sienten- doblemente responsables por la salud de las pacientes víctimas de VDCM: en tanto pacientes y en tanto mujeres. En tales circunstancias, se ven fácilmente llevados a mul-

tiplicar las demostraciones de “ajenidad” ante las situaciones de VDCM sobre las que hablan a solicitud de sus entrevistadores. Es muy corriente por ejemplo, un modo de referirse al “hombre violento” que parece aludir poco menos que a otra especie o sub-especie humana, o al menos a una categoría socio-cultural radicalmente distinta de la propia: “Me imagino que el hombre violento debe expresar habitualmente su necesidad de proteger a la familia, pero no sabe cómo hacerlo y no sabe encontrar los canales” (E.1)

No hay aquí necesariamente una voluntad de engaño o enmascaramiento; más aun, es humanamente entendible que el profesional *necesite* tomar distancia personal de las situaciones referidas. Pero no es menos cierto que un efecto no buscado de esta ajenidad, es la visualización de la violencia de género como *práctica aberrante*: si la veo de este modo, me resulta más fácil hablar de ella “desde afuera”; y por añadidura, queda implícito que no tiene nada que ver conmigo. En esta perspectiva, las mujeres golpeadas son vistas como víctimas de seres monstruosos, es decir, de individuos que se salen de la norma. Por ese camino, se transita hacia una forma de entender la violencia doméstica en tanto práctica extra-cotidiana y patológica. Llegados a este punto, la VDCM se ha desconectado completamente de sus raíces socio-culturales, ya no puede ser remitida al terreno común de lo aprendido; han sido excluidas de la problemática *todas las personas “normales”*, es decir, la enorme mayoría de hombres y mujeres. Así lo da a entender otro profesional de la salud entrevistado: siempre que “hay un hombre que castiga y que tampoco está sano”, debe entenderse que “algo está pasando” para que “agreda a las personas que ama” (E.6). Si castiga, no es “sano”: esta sencilla operación clasificatoria desempeña la función de una amputación; se induce así un tratamiento “local” de los casos de VDCM, aislados de toda conexión de sentido con la trama cultural que los continenta, con lo aprendido por parte de los hombres y mujeres involucrados. El caso deberá ser aislado y tratado como cualquier otra patología: “hay una enfermedad, este hombre está mal”, continúa el mismo entrevistado. Esta medicalización de la violencia de género conlleva irremediabilmente la “desocialización” de la problemática; ésta queda subsumida en la dicotomía salud/enfermedad y por esta vía se esfuma como síntoma social y cultural. Otros entrevistados lo dicen aun más directamente:

...yo pienso que hay trastornos psiquiátricos que los llevan a esa forma de conducta, que es no sé si como una forma de expresar esa masculinidad, no lo sé eso, pero pienso que hay una alteración mental que los lleva a ese deterioro, ¿no?” (E.8)

No puede dejarse de consignar la existencia entre nuestros entrevistados de apreciaciones muy lúcidas sobre el punto: “...esto no es un problema psico-mental. Hay determinadas expresiones que uno puede vincular a la psicopatía, pero son las expresiones extremas. Pero yo creo que esto no, esto tiene que ver con lo cultural, no con la salud mental” (E.9). En suma -y salvando excepciones como la que acabamos de citar- aparece particularmente acentuada en el personal de salud esta patologización del fenómeno de la VDCM. Esta visión no es, por cierto, privativa de nuestros entrevistados: no han “inventado” nada; basta recorrer las noticias de prensa que dan cuenta de hechos

de violencia doméstica para encontrar una terminología que sitúa a sus perpetradores en algún punto de intersección entre la enfermedad mental y la criminalidad. Pero los efectores de salud parecerían encontrarse particularmente empujados a buscar respaldo en tales enfoques. En nuestra hipótesis, esta tendencia es a la vez *efecto* y *causa* de esta relativa “ajenidad” en la que muchos de nuestros entrevistados se colocan al discutir sobre la problemática de género a propósito de su práctica profesional.

Esta ajenidad se manifiesta también en los términos en que muchos de los entrevistados plantean la problemática de género. A menudo parecen dar por descontado la naturaleza exclusivamente “femenina” de la problemática: en definitiva todo este asunto trata de problemas vividos por ellas, hablamos de género siempre que tematizamos la desigualdad sufrida por las mujeres; por lo mismo, son ellas las principales personas interesadas en esta tematización. Una cosa lleva a la otra, y finalmente se termina -o se empieza- pensando que la cuestión de género es un asunto... de mujeres. Nos dice un entrevistado a quien hemos invitado a definir su noción de perspectiva de género: “Son todos aquellos derechos..., pienso yo..., son todos aquellos derechos que debe tener la mujer, más allá de lo sexual, todos los derechos de ser mujer, que deben ser respetados, y que prácticamente no lo son...” (E.20). Otro entrevistado especialmente sensibilizado por la problemática, también desliza “... falta de respeto al criterio de género, falta de ... de compromiso con los derechos de las mujeres” (E.15). La cuestión de género es a menudo expresamente catalogada como una problemática eminentemente femenina en la que -eventualmente- los varones solidarios o sensibles ante la injusticia pueden sentirse involucrados. Significativamente, se trata aquí de alguien que alude a texto expreso al carácter patriarcal de la sociedad en que vivimos, y destaca en ella el lenguaje masculino predominante en cuyo contexto la búsqueda de la igualdad supone “imponer nuevos términos”. El entrevistado conoce y defiende la perspectiva de género, y es precisamente esta conciencia que vuelve aun más significativo su *lapsus*. Nos animamos a sostener que, de haber tenido oportunidad de releer su entrevista, habría modificado aquello que muy probablemente no quiso decir. Pero precisamente por esto, su desliz verbal puede verse como *síntoma* de un juicio arraigado que ha burlado la vigilancia “bien pensante”.

Encontramos otra manifestación de esta ajenidad masculina en las palabras de un entrevistado que coloca la perspectiva de género como un problema concerniente a “los derechos de los géneros”. La expresión parece algo forzada, dado que abarca a la humanidad toda; pero si tiene esa amplitud, ¿porqué entonces este rodeo en lugar de hablar de “la gente”, “todo el mundo”, o de “los derechos humanos” lisa y llanamente? Por otra parte, el reclamo de respeto a ciertos derechos presupone que éstos son -o pueden ser- conculcados o ignorados; de lo contrario, ni siquiera hablaríamos de “derechos”. La exigencia de respeto de ciertos derechos es el correlato de situaciones de desigualdad e injusticia, en ausencia de las cuales cesaría toda exigencia. Este razonamiento obvio, casi tautológico, nos muestra precisamente que la expresión “los derechos de los géneros” carece de sentido específico si nos apegamos a las palabras, ya que podría sustituirse por “los derechos humanos”. Pero entonces, ¿qué ha querido decirnos nuestro entrevistado al expresarse de este modo? Veamos el empleo de la expresión en su contexto. Preguntado acerca de la perspectiva de género, nos dice:

...es muy difundida y complicada de entender. Pero, bueno, me parece que es una herramienta que se está utilizando para poner sobre el tapete los derechos de los géneros, sobre todo del género oprimido, sojuzgado (E.10)

El giro expresivo que hemos subrayado, tiene por efecto cierta “moderación” de la cuestión de la desigualdad entre los géneros, y eso *a pesar* de la alusión directa a la opresión de *uno de los géneros*. Si el género es precisamente una noción *relacional*, unos y otras están definidos *en y por* sus relaciones mutuas. Si se entiende -tal como parece hacerlo el entrevistado- que la perspectiva de género conduce a “poner en el tapete” los derechos tanto de hombres como de mujeres, es que tanto ellos como ellas podrían encontrarse en situación de indefensión o inferioridad respecto del otro término de la relación. Pero el entrevistado se apresura a especificar que se trata “sobre todo” de los derechos “del género oprimido, sojuzgado” en referencia a las mujeres, aunque curiosamente no lo haga con todas las palabras sino que lo dice *en masculino*. A pesar de esto, es claro que señala expresamente a las mujeres como “el género oprimido”. Pero ello no impide que haya dejado sentada la posibilidad de que los derechos de los hombres puedan *también* ser menoscabados. Parece expresarse así cierto afán por evitar “exageraciones” a la hora de cuestionar la desigualdad real entre unos y otras. Es como si nos estuviera diciendo “aunque es cierto que ellas están más desprotegidas que nosotros, no olvidemos que todos tenemos derechos”. Se opera de esta manera cierto desdibujamiento de la desigualdad, a pesar del empleo de los términos “opresión” y “sojuzgamiento”. Pueden verse aquí dos manifestaciones de dirección opuesta: una *conciencia discursiva* (opresión, sojuzgamiento) en cortocircuito con la *conciencia práctica* (“los géneros” tienen mismos derechos).

En suma, queremos señalar que esta tendencia discursiva a auto-percibirse “fuera del problema de género” es más pronunciada de lo que podría parecer en un primer abordaje en el que nos limitáramos a registrar los posicionamientos explícitos de los entrevistados respecto de la perspectiva de género. En el mejor de los casos el entrevistado podrá sentirse más o menos sensibilizado, y reconocer allí la existencia de un problema grave que se ha vuelto de más en más visible. Pero sólo excepcionalmente sentirá que la violencia de género lo interpela en tanto varón, con independencia de su biografía o de su relación personal con el tema. Asimismo, estamos sin duda recorriendo un terreno atravesado en mil direcciones por la complejidad, que incluye entre otras, apreciaciones de una gran lucidez. Véase ésta por ejemplo:

...nos enfrentamos a la disociación entre aquello que entendemos como roles de género y como derechos de género racionalmente, ideológicamente, porque adherimos a eso, y nuestras prácticas que un día y el otro también nos muestran disociados (E.9).

Nos ocuparemos en el siguiente apartado, de la tendencia a subestimar la cuestión del género como problemática social. Algunos entienden que ya no hay diferencias atribuibles a género, otros parecen reducir todo el asunto a cuestiones de términos o a problemas formales y jurídicos. En todos los casos, la resultante –no necesariamente deliberada- es la “banalización” de la llamada perspectiva de género, y la dificultad para discernir entre sexo y género.

La banalización del género

En una porción muy significativa de entrevistas, los hablantes dan por conocida y aceptada la noción de igualdad entre mujeres y hombres, al punto de que a menudo parecen escandalizarse ante la persistencia de los prejuicios y la discriminación. Sus palabras nos sugerirán una metamorfosis del *deber ser* en realidad tangible. Englobaremos aquí el discurso de personas que se expresan de modo diferente y que a menudo han opinado de manera muy diversa en otros tramos de la entrevista. Sin embargo, comparten una similar actitud hacia la problemática de género; en todos los casos, la abordan como si sólo se tratara de una cuestión de semántica, de definiciones conceptuales o de acuerdos. Esto es lo que puede desprenderse de sus dichos, tal como pretendemos mostrar renglón seguido.

Por otra parte, esta tendencia reiterada en tantos casos no parece casual; nos hemos preguntado qué más puede decirse acerca de su origen común, qué más comparten estos entrevistados más allá de sus diferencias. Para quienes entienden que todo este asunto puede reducirse a palabras, *las diferencias de género no significan nada importante en su propia vida cotidiana*. O mejor dicho, nada que los induzca a la reflexión o al análisis crítico. No estamos en condiciones de aportar evidencia empírica que dé un sustento más sólido a esta hipótesis; sólo un buceo en profundidad en la historia de vida de nuestros informantes lo haría posible. El material de entrevistas resulta absolutamente insuficiente en este sentido, de modo que en este contexto deberemos contentarnos con la sospecha. En cualquier caso, dicha sospecha es suficiente para dejar claramente establecida la condición de *emergente* de esta tendencia común a una banalización de la problemática de género. Hechas estas puntualizaciones, pasamos a considerar algunas manifestaciones concretas de esto que hemos querido llamar “banalización” de la problemática de género, en plena conciencia de que en muchos casos estaremos “exagerando para ver mejor”.

Comencemos con una apreciación representativa de este reduccionismo de la problemática de género a una cuestión de términos. En este caso, el entrevistado lo dice con todas las palabras. Le hemos preguntado a qué atribuye que se hable cada vez más de género y perspectiva de género, a lo que nos responde:

Y... yo creo que hay que imponer nuevos términos para concientizar de una nueva situación de la mujer, de una situación de igualdad, de derechos... Hasta ahora todo el lenguaje... estamos en una sociedad patriarcal, todo el lenguaje ha sido masculino, ¿no? Y bueno, es una forma de defender y de ir ingresando en el colectivo de la gente, esa igualdad de derechos que tiene la mujer (E.20)

Muy sugestivamente, nuestro interlocutor percibe la tematización actual de la problemática del género ya no como el efecto de transformaciones sociales *reales* sino más bien como una operación discursiva tendiente a “imponer nuevos términos”. Estos cambios en el lenguaje serían entonces la puerta de acceso al cambio de mentalidades hacia “esa igualdad de derechos que tiene la mujer”.

Veamos ahora otra aproximación algo diferente. Hemos preguntado al entrevistado 3: “se habla cada vez más de perspectiva de género, se habla de equidad entre

mujeres y varones. ¿A que lo asocias?”. En su respuesta, afirma de manera muy enfática “...sinceramente somos seres humanos”, para agregar inmediatamente: “Hombres con mayúscula, hasta eso, cuando se dice hombre como género humano, ¡y justo nosotros somos hombres! Pero digo, por favor: igualdad ante todo...” Tal parece que una ruidosa declaración de principios bastara para ahuyentar cualquier duda sobre su condición de hombre partidario de la igualdad. Ni bien examinamos algo más detenidamente sus palabras, notamos que la condición femenina que “uno hasta sinceramente admira” no es otra que la del *statu quo* de roles estereotipados. Una declamada admiración por su esposa parece buscar compensar a ésta por una asumida desigualdad en la distribución de roles; esta desigualdad, sin embargo, no será nunca cuestionada a lo largo de la entrevista: por el contrario, el acto mismo de aludirla *en esos términos* sustituye cualquier tematización:

Mi señora trabaja, es estudiante, se está por recibir de médico, y tenemos hijos y se dedica a todo. Lo mío viene más para seguir estudiando, seguir trabajando, pero los hijos, yo llego tarde... Sinceramente, el peso que tiene la mujer

En ese contexto no llama mucho la atención que la señora esté a punto de ser “médico”. En cambio, ¿porqué “sinceramente”? La expresión –que aparece aquí por segunda vez en pocas líneas- denota la condición de *confesión íntima* dirigida a quien ha formulado la pregunta sobre un tema tan importante; *confesión cómplice* que transmite a quien seguramente puede entenderlo (precisamente un varón como él), un reconocimiento de la notoria situación de desigualdad. Reconocimiento que por otra parte no pretende convocar a la discusión de la desigualdad, sino que se llama a silencio admirado por “el peso que tiene la mujer”.

En un segundo tramo de su exposición en que manifiesta similar reconocimiento dirigido a “las mujeres”, este mismo entrevistado se presenta como un abanderado de la igualdad en su actividad profesional: “...yo siempre me acuerdo, cuando completo historias clínicas y en antecedentes laborales las mujeres me dicen ‘yo no trabajo, soy ama de casa’. ¿Cómo que no trabaja? Y muchas trabajan afuera y siguen siendo amas de casa”. Recordemos -a riesgo de ser reiterativos- que no hay aquí necesariamente una actitud deliberada ni una mera pose. Pensamos que es el efecto de convicciones acendradas que se manifiestan aun sin la plena conciencia del hablante. Éste, por el contrario –y con él la mayor parte de los entrevistados- despliega más bien un importante esfuerzo de autocontrol de sus palabras; ninguno de ellos querría verse tildado de “machista” o prejuicioso en estos temas. Es claro entonces que, más allá de intenciones, las palabras aquí citadas traslucen una convalidación de la desigualdad *en nombre de la igualdad*. Con base en lo que ya nos ha expresado respecto de la división de roles en su pareja, aventuramos que le basta enfatizar airadamente que las amas de casa *trabajan*, para sentirse a salvo de todo reproche de discriminación.

Banalizar la perspectiva de género equivale, en los hechos, a no verla como problemática que arraiga hondamente en relaciones socio-culturales entre hombres y mujeres. Otra forma de esta particular ceguera consiste en postular que en realidad *no hay diferencias* entre ellos y ellas. Al expresarse de este modo, muchos están diciendo que

no debe haber diferencias; esto equivale a decir -para ellos- que no las hay. Lo que lleva en suma a entender que *está mal sostener que somos diferentes*, y que aquí reside gran parte del problema. Veamos por ejemplo esta proposición:

...yo entiendo que es un criterio en el cual deben existir los mismos derechos y las mismas obligaciones para el género masculino y femenino y con la diversidad de los individuos (E.23)

Véase cómo, preguntado sobre su concepto de género, el entrevistado ha creído pertinente referirse a un mundo inexistente del *deber ser* con idénticos derechos y obligaciones para hombres y mujeres, para “la diversidad de los individuos”. No nos dice una palabra de las relaciones de género tal como se presentan -a su criterio- en el mundo real. Pero si entiende que *deberían existir* derechos igualitarios, se desprende que para él *no existen realmente*. ¿Porqué este “salteo” del mundo real, sustituido por un enunciado sobre otro mundo ideal inexistente? Diremos que opera aquí la fantasía de un mundo social que puede reducirse a palabras; los enunciados y declaraciones operan como exorcismos que pulverizan las relaciones y los roles sociales. Apenas un minuto antes, su respuesta a la pregunta acerca de las razones por las que términos tales como género y perspectiva de género se han vuelto corrientes, navegaba en generalidades:

¿A qué lo atribuyo?...ahh...pienso que son muchísimos los factores que deben estar influyendo en eso...pero...estee...digo, hay toda una serie de condicionantes a nivel socio económico, cultural, político estee...que me parece que en estos momentos hacen eclosión en un sistema que afecta fundamentalmente a una serie de cambios y adaptaciones que tenemos que tener en nuestro sistema que no estamos preparados ni educados para tenerlo

La pregunta con que inicia su respuesta -reiterando las palabras del entrevistador- así como la expresión “ahh” con que marca una breve pausa, denotan sorpresa; tal parece que procura ganar tiempo para ordenar sus ideas. Pero prestemos atención al comentario en su totalidad: podría versar casi sobre cualquier otra cosa ya que no hay aquí género, ni hombres, ni mujeres. Nos parece esto significativo de lo que hemos propuesto más arriba: los temas sobre los que instamos al interlocutor a que se exprese, le resultan abstractos y más fácilmente conectables con formulaciones de deseos de un mundo mejor, que con realidades tangibles y por tanto analizables, discutibles.

En un contexto en que las relaciones de género se ven como asuntos abstractos o “teóricos”, algunos sentirán que basta la sola convicción personal de que “no hay diferencias” para que el mundo de los prejuicios, la discriminación y la desigualdad queden reducidos a una sarta de disparates incomprensibles. ¿Cómo pueden ser tan numerosos quienes “no lo entienden de la misma manera”?, se indigna este entrevistado:

....no hay diferencias entre... por, por... tema de género entre un hombre y una mujer. Para todos los aspectos de la vida, laborales, sociales, educativos, no, no, no sé. Pero uno tiene una formación liberal de toda la vida, yo que sé. Esto que uno entiende así, muchas cabezas no lo entienden de la misma manera, ¿no? Eso está claro (E.7)

Se ha “resuelto” de este modo la desigualdad limitándola a un problema de convicciones personales; al tiempo, el hablante encuentra en su propia “formación liberal de toda la vida” una explicación sencilla y terminante a su neta auto-exclusión del rebaño formado por “muchas cabezas” que insisten en ver diferencias allí donde no las hay. Con la muletilla “yo qué sé” busca atemperar cualquier impresión de soberbia o inmodestia que pudiera desprenderse de esta evaluación de sí mismo. Parece firmemente convencido de que con estas palabras ha resuelto el nudo principal de los problemas y no queda más que poner manos a la obra: “eso está claro”, pasemos a otra cosa. Agrega -en tono de broma- que la igualdad debe entenderse y practicarse “también para lo malo, ¿eh? Las mujeres no ... no, no endulzan la política, pueden ser tan valuadas como los hombres. Pero eso es igualdad de género también”. Este comentario está supuestamente dirigido a ciertas mujeres responsables de políticas de género que el entrevistado evoca, en tono de “es lo que siempre le digo”. Parece sugerir de este modo un abordaje del asunto que podría traducirse de esta manera: “está muy bien todo eso de reclamar igualdad; ¡pero las quiero ver arremangarse y hacer todas esas cosas que hemos hecho siempre nosotros!”.

En otra de sus manifestaciones, la banalización que venimos tematizando aparece asociada con cierta “ceguera conceptual” que lleva al entrevistado a hablar de “sexo” cuando se le ha preguntado por “género”. En realidad, es muy entendible que para quien “no ve” las diferencias en términos de roles y de poder desigual, se esfume la frontera sexo/género y esté persuadido de estar hablando de lo mismo. Igualmente entendible resulta que quien no perciba desigualdades reales sustantivas, entienda que el problema de la igualdad se resuelve en el ámbito formal por excelencia, es decir en el terreno jurídico-legal. Preguntado acerca de “qué significan los conceptos de género e igualdad de género”, el entrevistado 11 responde:

Eso que estuvimos hablando hoy en cuanto a igualar los derechos a los dos sexos. Ta, por supuesto, hay cosas inherentes a cada sexo, pero digo... (...) Puede haber problemáticas, o roles determinados en la familia, por ejemplo. Pero en cuanto al nivel legislativo, participación en los cargos de poder electivo, empresarial, o las leyes estas con un montón de códigos, en cuanto a la condena social a una mujer, que eso sea igual.

Notemos aquí, en primer lugar, la respuesta tajante de nuestro interlocutor; estrictamente, ya ha dado por respondida la pregunta con este breve y contundente puñado de palabras: género e igualdad de género es “igualar los derechos a los dos sexos”. Lo que dice luego pretende ser una explicación más detenida de aquella primera idea central, para así circunstanciarla o para limar aristas (“tá, por supuesto...” es una expresión coloquial que solemos emplear para moderar lo que acabamos de decir). Pero lo que en realidad dice es *muy interesante*, y trasciende el simple desarrollo de la primera proposición. No debe pasar desapercibido aquí el neto corte privado/público, donde el primero - roles familiares- supone “cosas diferentes a cada sexo” y el segundo un problema de legislación que levante “la condena social de la mujer” y posibilite entonces “que eso sea igual”. En suma, la desigualdad de género que verdaderamente importa es la que se

resuelve en el plano legal; en cambio, las diferencias existentes en los roles familiares son “cosas inherentes a cada sexo”, por tanto de ellas ni hablemos.

Citaremos a continuación otra respuesta a esta misma pregunta sobre los conceptos de género e igualdad de género, en que el entrevistado incurre en idéntica confusión al anterior entre género y sexo. Nuestro interlocutor ha entendido que el respeto a la igualdad de género es sinónimo de respeto a la diversidad sexual, y así lo expresa detenidamente. La pregunta estuvo introducida por la aseveración siguiente: “de más en más se ha hecho habitual en estos últimos años cada vez más el uso de términos como género, perspectiva de género, igualdad de género”. Por esto, no hay duda en cuanto a que el entrevistado piensa estar hablando de género e igualdad al referirse al respeto a las opciones sexuales o “diversidad de género”. Veamos ahora sus palabras:

Sí, se refiere fundamentalmente a género, el concepto de... sobre todo la la... sexualidad identificada en cada persona, ¿verdad?, género... femenino, también está, hay que... respetar, el género en sí mismo, sobre todo el sexo del punto de vista... también por ejemplo los... homosexuales si se sienten mujeres es género como mujer, en el sentido de... y ... eee... y bueno, respetar el género como tal, respetar a la mujer como tal, los derechos de la misma así como también de los hombres o o ... de cada diversidad en todo su ... su sentido, en el homosexual respetar su género como tal o... la diversidad de género, y bueno, la ... el respeto de cada uno de los mismos (E.17)

El entrevistado va y viene en torno a la misma idea, animado tal vez por la preocupación de ser claro y no dejar la pregunta sin respuesta. En la medida en que no tiene nada más para agregar al punto, parece evidente que ha quedado atrapado en la sinonimia sexo/género. En su percepción, la igualdad de género se identifica con el imperativo ético de respeto por los homosexuales (“si se sienten mujeres es género como mujer”) y por “la mujer como tal”, así como el respeto de los derechos de hombres y mujeres.

La separación conceptual entre sexo y género es la piedra de toque del estudio de las relaciones entre hombres y mujeres que procura entenderlas como estructuras sociales y no como imperativos biológicos. Asimismo, la confusión entre ambas nociones denota una percepción “biologista” de los comportamientos y roles asumidos por unos y otras en la vida social. Seguiremos ahora las huellas de esta “naturalización” de los comportamientos de género en los dichos de nuestros informantes. Podrá verse que no se trata –por lo general- de un discurso que reniegue explícitamente de la perspectiva de género, sino de apreciaciones ambiguas o contradictorias que reclaman un trabajo interpretativo para así conectarlas conceptualmente con ciertos prejuicios arraigados.

Los genes siempre vuelven

Biología, cultura y “naturalización” de lo social se entrelazan inextricablemente en todos los relatos sobre los orígenes de la aventura humana. La figura del guerrero y el cazador, el macho fuerte y agresivo, ha acompañado por milenios la autoconciencia mas-

culina. Desde el fondo de los tiempos, el predominio del varón se ha investido de justificativos religiosos, míticos o biológicos. Esta dilatada persistencia histórico-cultural explica porqué aun después de la “revolución sexual” del siglo XX en Occidente, el mito de la dominación masculina basada en la superioridad física conserva gran parte de su fuerza persuasiva. Hemos encontrado en numerosas apreciaciones de los entrevistados, este argumento de la “naturaleza biológica” en la base de la VDCM. Así por ejemplo:

... es más fácil, por su naturaleza biológica [los hombres] acudan a la fuerza y a la violencia. Eso hablando de violencia física. Es mucho más difícil que un niño ejerza violencia física contra los padres. En segundo lugar, creo que el lugar del hombre en la sociedad lo hace más propenso a eso... el hombre por causas sociales e históricas ha ejercido un rol de poder dentro de la sociedad (E.1)

En estas pocas líneas aparecen entremezcladas tres argumentaciones bien diferentes. Por una parte, la alusión a la naturaleza biológica parece referirse a la agresividad masculina como rasgo comportamental constitutivo. En este sentido, los hombres ejercerían violencia física empujados por una agresividad “natural” y no porque sean más fuertes que las mujeres. Pero inmediatamente aparece en escena un impedimento propiamente físico de los niños para ejercer violencia sobre sus padres: esto sería infrecuente *porque* no son suficientemente fuertes. Por último, la VDCM resulta del “rol de poder dentro de la sociedad” ejercido por el hombre: aquí se esfumó tanto la “naturaleza biológica” como la supremacía física, y la violencia doméstica aparece como una resultante puramente socio-cultural. Puede apreciarse así una percepción de conductas de género que fluctúa entre lo biológico y lo social, en cierto modo “a espaldas” del hablante: éste no parece consciente de ello.

Luego, encontramos la atribución causal más definidamente biológica, ese “elemento biológico” siempre pronto a manifestarse, apenas contenido por una delgada pátina civilizatoria:

Pero si hay una relación de conflicto donde se va al enfrentamiento físico, el más fuerte lleva las de ganar, eso es un elemento biológico claro... hasta el propio sexo te lleva hormonalmente a reaccionar ante una situación de violencia de una forma diferente, hay razones naturales en ese sentido ... capaz que es gente que no tiene los elementos de control y que están alterados emocionalmente, psicológicamente o psiquiátricamente, lo llevan a reaccionar tan violentamente y se agrede a su pareja...(E.6)

Son muchos más los entrevistados que hacen de las diferencias físicas el fundamento último de la VDCM: no nos ocuparemos de todos; en este análisis hemos renunciado a la exhaustividad, optando por la selección de fragmentos discursivos significativos. Haremos un breve flash de otras apreciaciones que emprenden similar rumbo “biologista” o “naturalista”.

En la medida en que “hay un género mucho más fuerte que el otro” -razona un entrevistado- “el género femenino se ve muy disminuido en cuanto a las posibilidades de violencia, física, sobre todo”. El posible freno que las mujeres pueden oponer a la impo-

sición violenta del varón, es un “poder de disuasión” del que carecen a menudo. ¿En qué consiste este poder de disuasión que puede actuar de contrapeso ante el hombre violento? Pues es algo que sólo poseen ciertas “mujeres mucho más agresivas” que lo enfrentan: “...te meto un revólver... me pegás otra vez y te pego un tiro” (E.11). Otros enfoques igualmente enfáticos respecto de la centralidad de la superioridad física como detonante y aun causal de la VDCM, relativizan de una u otra manera su carácter unilateral. Veamos tres casos típicos. Cierta entrevistado propone que en nuestra sociedad occidental “el hombre es el que domina, el hombre es el que maneja, el hombre es el que decide, entonces eso de alguna manera lo pone en un plano de superioridad frente a la mujer”; a este poder se acumula un “mayor poder físico” que pone en acción “ante cualquier llamémosle ‘rebelión’”. Finalmente, asocia este poder masculino con la historia de conquistas y de ejércitos “para poner las cosas en orden” (E.12). El entrevistado 24 asigna “un mayor componente de agresividad y fundamentalmente de agresión física” a los varones debido a sus “características morfológicas” aunque luego atempera su afirmación diciendo que “no sé si lo que más juega es lo cultural, lo morfológico o lo genético”. Otro entrevistado discurre en torno a la mayor frecuencia de “la violencia sobre las mujeres” en virtud de que “sobre todo lógicamente el hombre desde el punto de vista físico tiene mayor esteeee... fuerza”, aunque se agrega también “una influencia psicológica y hasta económica” que vuelve la situación de VDCM “sumamente difícil de abordar” (E.17) por parte de las víctimas.

Nos ocuparemos ahora de una paradoja que hemos encontrado en la conciencia discursiva de muchos de nuestros informantes voluntarios. Tal como comentábamos más arriba, los entrevistados son en todos los casos, varones pertenecientes a una capa socio-profesional excepcionalmente expuesta a la tematización del género, a la prédica en torno a la equidad entre mujeres y hombres, a la crítica del “machismo puro y duro” que ya nadie justifica y del que todos se apresuran a desmarcarse. Por lo general, han incorporado al lenguaje y a la reflexión corriente, apreciaciones y preocupaciones igualitaristas que hasta hace bien poco tiempo eran privativas del feminismo. Este proceso es en parte real y en parte superficial o meramente discursivo; no tiene una interpretación sencilla ni lineal. Por una parte, la incorporación de las preocupaciones “de género” en la vida cotidiana -y sobre todo en la práctica profesional así como en las relaciones laborales- es indicador de cambio genuino; nos señala una transformación *real* en la vida social, una *legitimación efectiva* de los reclamos igualitarios, la *constitución incipiente* de una nueva ética de las relaciones humanas que estigmatiza la discriminación de las mujeres y proclama la equidad como un acto de justicia. Por otra parte -y en la medida en que la cultura patriarcal permanece hegemónica- esta misma incorporación de preocupaciones de género que se ha legitimado, vuelve más invisibles las convicciones y actitudes androcéntricas; el lenguaje más crudamente “machista” retrocede, aprende a esconderse, es suplantado por una tematización más cuidadosa de la problemática de género.

No hay aquí necesariamente -repetámoslo- una voluntad de escamoteo o engaño; esta precisión no es banal, ya que nos permite tomar distancia de una “demonización” de las conductas masculinas que llevaría a ocultar de nuevo la raíz socio-cultural de la

discriminación y del patriarcado. Quien piense efectivamente que la dominación masculina y la discriminación femenina resultan de una conspiración deliberada de los hombres, se sentirá tentado a convocar a las mujeres a una guerra tribal para derrocar al género dominante. Parece claro que por esa vía, se tenderá a subestimar el fondo común de convicciones aprendidas y retransmitidas generación tras generación, que se encuentran en la base de los comportamientos relacionales de mujeres y hombres y que los dotan de esa extraordinaria persistencia y reactividad.

Veamos ahora una manifestación concreta de esta dualidad entre la legitimación explícita del rechazo a la discriminación, y la persistencia de convicciones discriminatorias. Nos parece éste un punto crítico en el “des-cubrimiento” de la perspectiva de género latente en el personal de salud entrevistado:

El hombre que le pega a la mujer es porque es inseguro, más que virilidad y que machismo, porque si le pega es porque tiene miedo que ande con otro, que haga lo que... que no le haga caso... (E.13)

Hay aquí, claro está, una inmediata condena y rechazo al “hombre que pega”, en tanto supuesta expresión de virilidad o de machismo. Pero detengámonos un instante en las explicaciones o atribuciones causales a las que recurre nuestro entrevistado, rápidamente y sin mayor reflexión. Si es una persona insegura, el “miedo que ande con otro” lo llevará a golpear a su pareja... tal parece que sólo se diferencia del “no pegador”, en que éste no es inseguro, por tanto no experimentará tal miedo y de este modo no se sentirá llevado a emplear violencia. Más significativo aun: si ella “no le hace caso” y además él se siente -circunstancial o estructuralmente- inseguro, entonces *se expondrá a ser golpeada*. Lo que escapa a este modelo explicativo basado en la ecuación inseguridad/violencia, es la raíz misma de la violencia. Es claro aquí que la inseguridad desataría un comportamiento violento; pero queda así sobreentendida *la existencia previa de una latencia pronta a manifestarse*: ¿porqué, si no, esta conexión causal entre inseguridad y violencia de género? Siguiendo el razonamiento del entrevistado, bien podríamos decir que, en contrapartida, el hombre seguro controla sus impulsos y por tanto no golpea a su pareja aun si ella no le obedece.

Minutos antes, este entrevistado discurría, a propósito de su rechazo a la VDCM: “Por más mal que te vaya en la vida... no te podés descargar con nadie, con nadie”. Hay aquí un ligero trastocamiento expresivo que no podemos pasar por alto; en el contexto de su reflexión, surge claramente que nuestro interlocutor ha querido decir “no te *debés* descargar con nadie”. Es decir, se trata de una práctica condenable, incorrecta, que el varón seguro y dueño de sí *debe* evitar, *debe* controlar. Pero si *debe* controlar, es precisamente porque *puede* no hacerlo. ¿Y porqué piensa que el varón *puede* pegar, puede incurrir en prácticas de VDCM? Esta es, a nuestro juicio, la pregunta clave *que nuestro interlocutor ya ha contestado* cuando afirma que “...hay biológicamente gente violenta, eso no lo voy a discutir, eso es así: hay gente predispuesta a la violencia. Ahora, eso de descargarse... a veces un poco la frustración del hombre, ¿no?”. Mismo razonamiento basado en el descontrol de impulsos cuya existencia se da por descontado sin cuestionamiento alguno, se encuentra en su comentario sobre el estrés, el desempleo,

etc., que "...desestabiliza un poco más al hombre y lo hace más agresivo". Es claro aquí que, en la descripción de nuestro entrevistado, ciertas circunstancias vuelven "más agresivo" al hombre y por tanto predispuesto a ejercer VDCM; no se trata más que de una cuestión de grado, y una vez más, planea la noción de una agresividad "natural", "biológica", etc., que *debe* ser continentada porque *puede* descontrolarse.

Esta noción de una "inseguridad" que estaría en la base de la VDCM se reitera en el discurso de numerosos entrevistados, al modo de un sentido común que se comparte acríticamente; de ahí precisamente la importancia que tiene para nosotros su examen. Veamos otro ejemplo de su tematización:

...uno para ser hombre no precisa estar pegando por ahí para sentirse hombre, me parece realmente un concepto... errado, son personas lógicamente inseguras, que expresan sus sentimientos a través de esa agresión a otras personas (...) la inseguridad que ellos mismos deben de tener, entonces pegándole a alguien sintiéndose más fuerte que otros se deben sentir más seguros, me imagino... (17)

Aquí de nuevo se manifiesta la mencionada dualidad entre la conciencia lúcida o "imperativo ético" del rechazo a la VDCM por una parte, y una atribución -biologista- de tendencias estructurales constitutivas del varón que *pueden* inducirlo a la violencia. Si la vigilia del "deber ser" desfallece -por la razón que sea- la conducta masculina *puede* caer bajo el dominio de impulsos brutales que se volverán irrefrenables. Notemos en este caso la notoria suavidad de la expresión de condena al pegador, elegida luego de una pausa reflexiva (tal como nos lo indican los puntos suspensivos): el pegador adolece de un "concepto errado". En ningún caso las palabras elegidas deben ser consideradas azarosas o casuales: éste es un principio metodológico que guía la tarea interpretativa. Más aun en el contexto de esta investigación, dado que se trata de personas de educación formal superior y por lo general diestras poseedoras de un léxico amplio. ¿Porqué entonces este benevolente "concepto errado" que se atribuye al pegador, así constituido en alguien que se equivoca y que tal vez deberíamos instar a enmendar su error? La respuesta no es fácil, y -como es de rigor en todo este análisis- sólo hay lugar aquí para hipótesis más fundadas o menos fundadas. El modo expositivo de nuestro interlocutor nos ha sugerido una persona singularmente continentada y analítica; probablemente sienta que hay apenas una distancia fácilmente franqueable, una frágil estructura racional, que media entre el "pegador" y quien "no precisa andar pegando" para "sentirse hombre". Siguiendo este supuesto, podemos agregar que el contexto de entrevista lo ha colocado por un momento en situación de diálogo con su par de género dominado por la inseguridad, y ha dudado un instante antes de optar por la expresión "errado". Sigue luego pisando con cuidado el terreno de la caracterización a estas "personas lógicamente inseguras", cuya "agresión a otras personas" no son otra cosa que expresión de "sus sentimientos". Este cuidado aporta cierta plausibilidad a nuestra hipótesis.

Introduciremos un tercer caso ilustrativo de la dualidad que estamos examinando. Nos las habemos ahora con una percepción que denota una fina elaboración teórica sin duda atribuible a la actividad profesional del entrevistado (en este caso un psicólogo). Preguntado acerca de la autopercepción de la virilidad del hombre pegador, nos dice que

la expresión “impotencia” es más adecuada que “virilidad”. Pero nótese que no le hemos pedido que caracterizara al perpetrador de VDCM sino que nos hablara de la *autopercepción* de la virilidad en el mismo: se trata a todas luces de dos cosas muy diferentes. Puede verificarse a lo largo de la transcripción del intercambio con el profesional, que escucha con atención y responde con cuidado y parsimonia. En base a esta constatación, aventuraremos que el *quid pro quo* señalado no es casual sino sintomático, y así lo trataremos. Estas son sus palabras:

... el hombre pegador demuestra ser más impotente que viril, no puede solucionar ... no sé si es viril la palabra, pero digamos en ese sentido de virilidad y eso... eee... soluciona de la forma más arcaica posible, más primaria posible, soluciona entre comillas digamos, o sea... llega hasta el acto de violencia, el acto de golpear implica claramente una impotencia claramente en el poder solucionar de otra forma, ¿no?, o sea, son como las reacciones más primarias, digamos (E.14)

La impotencia aparece aquí como el efecto de una incapacidad para solucionar cierto conflicto. Esta incapacidad desencadena un “acto de violencia” al que finalmente se llega. Si la violencia es en definitiva una expresión de impotencia “en el poder solucionar de otra forma”, debe entenderse que es el *recurso último*, y éste a su vez no es otra cosa que una reacción “primaria” o “arcaica”. El entrevistado nos señala así el proceso de regresión que, a su criterio, recorre el pegador; por el contrario, la superación del conflicto “de otra forma” supondría niveles superiores de elaboración. Muy significativamente, el entrevistado emplea la analogía del niño que “se defiende pegando porque no tiene herramientas, no tiene acceso a determinados niveles que le permitan simbolizar, que le permitan como proyectar y solucionar de otra forma”. Queda así trazado el cuadro de una involución con la que se explicaría la conducta del hombre pegador. En definitiva, volvemos a encontrar una elaboración —en este caso mucho más refinada— de la imagen de la agresividad natural o primitiva que *puede* manifestarse de modo incontrolado. El hombre envuelto en un conflicto de género que “no puede solucionar”, se hunde en la impotencia y actúa dando paso a sus “reacciones más primarias”, es decir, pre-existentes, latentes, y dadas ciertas circunstancias, erigidas en “la forma más arcaica posible” de resolución “entre comillas”.

La naturalización de los comportamientos de género —y por tanto, de la VDCM— no sólo justifica las relaciones existentes entre las mujeres y los hombres sino que reduce las distancias entre unos y otras. Se está fácilmente dispuesto a admitir que “somos iguales” más allá de obvias diferencias sexuales. Bastará dar un paso más para sostener que la VDCM no tiene sexo y que por tanto debería de haber más víctimas masculinas de las que se admite habitualmente. Veamos los argumentos con que nuestros informantes explican porqué se oye hablar tan poco de estos casos.

El varón golpeado

Una extraña fantasía recorre las entrevistas: el caso del varón golpeado por su pareja que no llega a la opinión pública porque no hace la denuncia precisamente por

razones de “machismo”, por temor al ridículo o sencillamente porque no es recogido por la prensa. No puede más que llamar la atención esta inversión de roles a contrapelo del sentido común, y que no encuentra asidero alguno en la información disponible ni en la literatura que se ocupa de la violencia de género. Nos detendremos en algunas de sus manifestaciones con el propósito de hurgar en el mecanismo intelectual que les da sentido. Nuestros informantes no ignoran el hecho de que en la enorme mayoría de los casos de denuncias de violencia doméstica las víctimas son mujeres. Precisamente les hemos preguntado qué piensan de esta circunstancia, y nos ocuparemos aquí de algunas de sus respuestas. Muchos de ellos han enfatizado que no debe subestimarse la situación en que las víctimas son niños o ancianos, y que en no pocos casos las propias mujeres son sus victimarias. Pero aquí nos detendremos en los que han discurrido acerca de la situación de las víctimas masculinas, sosteniendo que *debe haber* hombres golpeados por sus parejas. Con una única salvedad -algo ambigua- los entrevistados no aducen conocer o haber oído hablar de esposos víctimas ni de mujeres victimarias de su pareja. Esto vuelve más llamativa la preocupación que manifiestan por un abordaje supuestamente equilibrado, “sin prejuicios”, de la problemática de la violencia de género: se trata así de una preocupación “en abstracto” por tener en cuenta estas situaciones, aun cuando piensan que son poco numerosas y sin siquiera contar con evidencia alguna de su existencia efectiva.

Comencemos con un discurso muy típico entre los que hacen cuestión de señalar la situación poco conocida, vergonzante, del varón golpeado. Este “hombre” genérico al que se refiere, parece realmente estar aludiendo al alma masculina, y el comentario adopta un tono intimista en el que vibra la empatía del entrevistado con estos pares de género doblemente víctimas: porque sufren violencia física, y porque un “pudor personal” muy masculino los mantiene amordazados:

... el hombre tiene, quizás ese pudor de no denunciarlas. Creo que la mujer también tiene pudor en denunciarlas pero eso lleva a denunciar menos, en la globalidad. Y yo creo que, en la proporción, el hombre denuncia menos, más por pudor personal. O sea, que en el mismo número de casos, se van a denunciar más por mujeres que por hombres (...) Pero creo que ese hombre sometido a situaciones de violencia, por ser sometido, no lo denuncia, o no es denunciado (E.19).

Seguiremos con un entrevistado que discurre en torno a la idea de que los casos de violencia doméstica en que la víctima es un hombre, se encontrarían camuflados o diluidos por un flujo comunicacional signado por la -falsa- identidad entre VDCM y violencia hacia las mujeres:

creo que la la ... información hacia la población es más encaminada hacia la víc... la mujer víctima de violencia que hacia los hombres víctimas de violencia, como que incluso los spots televisivos, la propaganda es esteeee... más dirigida hacia una mujer violentada que hacia un hombre violentado (E.16)

Aparece aquí la noción de un desequilibrio en la información, atribuido a cierto sesgo de los medios de comunicación favorable a la “mujer violentada” que oculta o

minimiza la existencia del “hombre violentado”. El entrevistado siente que los spots televisivos engañan al televidente; en honor a la verdad -parece querernos decir- deberían ser más ponderados y alertar igualmente acerca de la violencia de género perpetrada por ellas hacia sus parejas. Significativamente, no se le ocurre que esta propaganda “más dirigida hacia una mujer violentada” pueda estar apoyada en datos preexistentes. Es decir, presume que el predominio de alusiones a mujeres víctimas de VDCM en la TV es arbitrario ya que no contempla los casos de víctimas masculinas, aun cuando reconozca que son “menos cantidad de casos”. Sigue este mismo entrevistado:

... creo que el hombre que pueda ser víctima de violencia, que va a ser menos cantidad de casos, al moverse en una sociedad machista creo que el el... el verse o denunciarse como víctima de violencia de género, creo que todavía lo disminuye más en su capacidad ... esteee... en su imagen propia que ... esteee ... que no denuncie

Así, el contexto de la “sociedad machista” en que vivimos llevaría a ocultar vergonzosamente su condición de “víctima de violencia de género” como una denigración, una disminución de su “imagen propia”. Notemos que se ha lanzado a explicar porqué el hombre así humillado no denuncia, basándose en la mera presunción de que “puede haber perfectamente violencia de la mujer hacia el hombre”. No alude a ningún caso real del que tenga conocimiento directo o indirecto; sin embargo, algo lo persuade firmemente de que *deben existir* y que han sido escamoteados por medios de comunicación sesgados, y que sobre todo están silenciados por efecto de prejuicios machistas que vuelven denigrante para la propia víctima la violencia de que habría sido objeto.

Nos parece claro que hay aquí una *considerable desmesura*, en lo que hace a la relevancia atribuida a la violencia doméstica perpetrada por mujeres sobre sus parejas. Pero tal despropósito no pasaría de anecdótico o apenas marginal, si no fuera porque tiene *efectos* sobre el modo en que son percibidas las relaciones entre géneros. Ninguno de los entrevistados asigna a tales casos *sui generis* la misma importancia de los casos reconocidos como mayoritarios, en que las mujeres son víctimas de sus parejas: esto es muy claro y unánime. Pero vemos en el afán por rescatar estos casos del olvido mediático o del silencio vergonzante de las víctimas masculinas, la voluntad de reestablecer un “equilibrio” roto por la falta de ponderación de los medios ¡o por los propios prejuicios dominantes! Puede leerse en las entrelíneas “no exageremos, ellas también pueden ser violentas”. ¿Cuál es la raíz de una percepción tan firme, tan ampliamente fundamentada? Las palabras que siguen -pertenecientes al mismo entrevistado 16 que continúa así su reflexión- nos aportan una pista decisiva:

...el que tiene más... esteee... capacidad física como para violentar a otra persona, como que es más frecuente la violencia del hombre sobre la mujer que al revés, pero creo que ... pero creo que por impacto social, de volumen de cantidad de casos, estee ... es mucho mayor la violencia del hombre sobre la mujer.

La violencia “del hombre sobre la mujer” representa una mayor “cantidad de casos” porque éste tiene más “capacidad física”, y *además* porque produce un mayor “im-

pacto social". Este último punto es un corolario evidente de todo el razonamiento anterior de nuestro entrevistado acerca de los medios de comunicación y de los problemas de "imagen propia" que reviste la denuncia para los hombres que sufrirían maltrato físico a manos de sus parejas. Pero atendamos las primeras palabras del fragmento: el entrevistado sugiere que el principal factor explicativo del desequilibrio cuantitativo que favorece a los hombres es la fuerza física. La expresión coloquial "como que", de uso corriente en nuestro medio, suele emplearse como sinónimo de "es como si"; aquí sin embargo, pone en conexión causal la "capacidad física" mayor de los hombres con su resultado: la mayor ocurrencia de casos de "violencia del hombre sobre la mujer". *Se han esfumado aquí las relaciones de poder simbólico y cultural entre ambos géneros, éstas han quedado reducidas a un enfrentamiento físico en el que gana el más fuerte.* Esta reducción es clave para dar cuenta del empeño que con el entrevistado procura rescatar del olvido los casos de violencia hacia los varones por parte de sus parejas. Si todo se limita a la capacidad física para ejercer violencia directa, se deberá responsabilizar a las mujeres por su cuota parte: en definitiva no son más violentas, sencillamente porque se lo impide su constitución física. Ahora podemos por fin entender esta voluntad de reequilibrar el "signo de género" de la violencia doméstica, a contrapelo de lo que gritan a los cuatro vientos todas las estadísticas.

El examen de esta entrevista nos ha permitido identificar los principales componentes de la fantasía del varón golpeado. Consideraremos ahora las palabras de otro entrevistado que afirma conocer casos de mujeres victimarias. Le hemos señalado - como a los demás- que "en la mayor parte de los casos de denuncia de violencia doméstica, es notorio que las víctimas son mujeres"; renglón seguido le preguntamos qué piensa de eso. Su respuesta se inicia con un enfático "yo creo que sí, que evidentemente la mayoría de las víctimas de violencia doméstica son mujeres, estoy seguro". Señala luego que la creación de una Comisaría de la Mujer junto a la existencia de la Comuna Mujer montevideana, amparan a las denunciantes; éstas ya no deben "exponerse tanto frente a hombres que lo ven natural" (se refiere al hecho de violencia doméstica denunciado por su víctima). En este nuevo contexto institucional "la mujer se anima más, al haber una Comisaría donde va la mujer y es atendida por otra mujer...". Luego, su exposición desliza hacia tipos de denuncia cuya efectivización ve "muy difícil todavía": niños que denuncien malos tratos recibidos de sus tutores, hombres que den cuenta de malos tratos sufridos a manos de "la mujer"; entre éstos, "...de diez, uno irá a denunciar que la mujer ejerció violencia física o algún tipo de violencia". Le preguntamos porqué, y ésta es su respuesta:

... el hombre hasta se debe sentir hasta ridículo de ir a hacer una denuncia 'me pegó mi mujer'... nunca me puse a pensar bien porqué, pero algo de eso tiene que haber, ¿no? Pero que estoy seguro porque conozco gente que ha tenido... ha sido víctima de violencia *por* su mujer: hay. Ahora, ¿denuncias? No vi a nadie que un juez a una mujer le dijera 'no se puede acercar cien metros a la redonda de ...', le haga el área de exclusión... no conozco nada de eso, la verdad que no conozco, pero de mujeres sí (E13)

De este modo, las denuncias hechas por mujeres víctimas se han visto institucionalmente facilitadas y esto contribuye a explicar su volumen. En cambio, debería haber más denuncias de varones maltratados; su escaso número es únicamente atribuible al temor al ridículo, es decir a factores culturales. Luego, el entrevistado recurre al absurdo para ilustrar su apreciación acerca de un desequilibrio entre estos distintos tipos de denuncias; es evidente que a su criterio, dicho desequilibrio no se corresponde con la realidad.

Un tercer entrevistado nos dice "... la mayoría de los casos por lo menos que surgen, que están en la prensa o que se denuncian, son los casos de la violencia hacia las mujeres". Le hemos preguntado porqué esto es así, y contesta:

Bueno, yo creo que puede haber hasta un poco digamos de ... de ... ahí sí que entra el machismo de que el hombre no va a hacer una denuncia de que está siendo... de estar sufriendo violencia por parte de la mujer aunque de pronto la mujer lo puede estar... hay mujeres que pueden golpear. Pero en general el hombre es el que hace... eee, la mujer es la que denuncia y la que más se manifiesta como violencia es la ... es la física (E.22)

Vuelve aquí el discurso de la superioridad física en toda su dimensión de factor determinante de la primacía masculina en los casos de VDCM. Agrega luego que sólo esta modalidad de violencia "...es la que, digamos, se puede probar de alguna manera, es decir, la violencia psicológica es difícil de probar". Pero no por azar ha establecido un corte neto entre distintos tipos de violencia -a los que después agrega la económica- para enfatizar la física. Agreguemos las palabras de otros entrevistados que abundan en similar dirección:

... las formas de violencia que recibe el hombre, no son físicas, o son en menor proporción físicas, y el hombre tiene, quizás ese pudor de no denunciarlas. Creo que la mujer también tiene pudor en denunciarlas pero eso lleva a denunciar menos, en la globalidad. Y yo creo que, en la proporción, el hombre denuncia menos, más por pudor personal. O sea, que en el mismo número de casos, se van a denunciar más por mujeres que por hombres (...) Pero creo que ese hombre sometido a situaciones de violencia, por ser sometido, no lo denuncia, o no es denunciado (E.19).

También:

pero también existe la violencia de la mujer hacia el hombre, donde el que es golpeado es el hombre. Esto se esconde mucho más porque es un tema cultural. Si la mujer no se animaba a hacerlo público, hacia el hombre mucho más es más mal visto. El mal visto es el golpeador pero el golpeado es más mal visto, de segunda categoría (E.31)

Las luchas feministas por la igualdad de derechos y oportunidades son lógicas y aceptables, pero ¡cuidado con pasarse de rosca! Este espíritu planea en las palabras de numerosos entrevistados que manifiestan preocupación por el equilibrio y la pondera-

ción y reaccionan contra las “exageraciones”. Quien sólo contara con los dichos de algunos de ellos, sería persuadido de que la paridad de género es ya una realidad tangible. Pondremos ahora a consideración estas argumentaciones.

El movimiento de péndulo

Es mucho lo que se ha investigado y escrito acerca de la “crisis de la masculinidad” asociada al cuestionamiento de la supremacía histórica del varón en los principales órdenes de la vida: social, económico, sexual, etc. En palabras del escritor chileno Marco A. de la Parra: “Si durante mucho tiempo el rol masculino tradicional hizo sufrir a la mujer, el nuevo rol femenino está abriendo nuevas heridas y no ha dejado en buen pie tampoco al hombre” (de la Parra 1996:43). El avance de las conquistas femeninas, la legitimación institucional de los reclamos de igualdad de género, el incremento de la sensibilidad social ante la discriminación y el abuso de poder masculino, ponen en jaque al machismo cerril y colocan a la defensiva a los varones más “conservadores”. Pero las cosas ya no son lo que eran en el plano de la distribución de roles entre los sexos; el umbral de aceptación y “tolerancia” masculinas hacia el reconocimiento social de los derechos femeninos se eleva incesantemente, al ritmo del proceso sostenido de cambios en las relaciones entre géneros.

Pueden percibirse en las palabras de muchos entrevistados las huellas de estas luchas sociales. El *statu quo* masculino tradicional no se rinde sin dar batalla, claro está; el hábito, el sentido común, el lenguaje, constituyen estructuras socio-culturales históricas, modeladas a lo largo de procesos seculares y aun milenarios. Si bien estas estructuras no son eternas, se modifican muy lentamente y abogan indefectible e incansablemente en favor del androcentrismo y el poder patriarcal. Revisaremos aquí algunos de los comentarios en que nuestros entrevistados ponen en palabras cierta desazón y fastidio ante un avance femenino aceptado... pero que no debería extralimitarse. La imagen del péndulo -expresamente empleada por uno de ellos, como veremos renglón seguido- ilustra inmejorablemente la perspectiva de algunos de estos varones. Por lo general están sinceramente dispuestos a reconocer que las mujeres han vivido por siglos en la opresión, y que los tiempos han cambiado para bien en dirección de una mayor justicia y equidad. Pero se inquietan ante las “exageraciones”; parecerían querer decir “está bien: equilibremos, ¡pero cuidado con irnos para el otro lado!”

Respecto de los temas de género y perspectiva de género cada vez más presentes en la atmósfera social contemporánea, nos dice un entrevistado:

...es un proceso que se viene dando desde hace años y que tal vez haya empezado con los procesos del feminismo y de la lucha de las mujeres por la igualdad de los derechos y que fue como madurando en el concepto que no sólo es una lucha de... por la igualdad, sino que la igualdad es algo lógico (E.12)

Como vemos, inicia su reflexión con un claro reconocimiento de la igualdad como producto de las “luchas de las mujeres”. Se expresa con mucha precisión al afirmar que estas luchas por la “igualdad de los derechos” fueron “madurando en el concepto” (de

género): la tematización del género, su presencia como preocupación social candente, resulta de aquellas luchas de las mujeres. Al final del fragmento encontramos una idea sobre la que nuestro informante volverá más adelante: la igualdad alcanzada, además de una conquista, es “algo lógico”. Veamos qué nos está queriendo decir; para esto sigamos el hilo de este mismo comentario, que hemos dividido en dos fragmentos sólo a efectos del análisis:

Es decir, no hay razones para pensar de que tiene que haber diferencias entre los sexos para cualquier función o cualquier desarrollo de la vida, ¿no?, ya sea hasta en el hogar, una mujer no tiene porqué cocinar y el hombre traer el dinero, eso era en la época de mis padres, hoy en día las tareas todas se tienen que compartir, ambos trabajan, ambos hacen las tareas del hogar, cuidan los hijos.

Notemos al pasar que se desliza aquí la conocida confusión entre sexo y género; como es de rigor en este trabajo, no puede pasar desapercibida dado que *denota* la tendencia del hablante a asociar roles masculinos y femeninos con la condición biológica. Por lo demás, este comentario encierra con total nitidez la igualdad que él entiende “lógica”, el umbral que se muestra dispuesto a aceptar, así como su fundamento: “no hay razones” para establecer “diferencias entre los sexos” en este terreno. ¿Las hubo en el pasado? Tal vez sí, tal vez no. Pero en definitiva, la desigualdad existente en el pasado quedó huérfana de “razones” y esto -que ya no merece discusión alguna- ha instalado el cambio en la sociedad. Igualdad debida a las luchas de las mujeres: de acuerdo, así lo afirma expresamente; pero nos dice además que *de todos modos* era “algo lógico” llegar al punto en que nos encontramos.

Volvamos ahora a las dos últimas líneas del fragmento anterior. En primer lugar, acaba de referirse a las luchas de “las mujeres”: ésta es con seguridad la expresión omitida en la pequeña pausa seguida por el cambio de preposición. Y ahora, ¿qué quiere decir esto de que “no sólo es una lucha de [las mujeres] por la igualdad sino que la igualdad es algo lógico”? Con apoyo en su desarrollo posterior sobre la inexistencia de “razones” que justifiquen desigualdades ya obsoletas, nos atrevemos a decir que a su criterio, aquellas diferencias “propias de mis padres” habrían caído en desuso por falta de asidero “lógico” *aun sin las luchas de las mujeres*. Y precisamente nos explica a continuación que es la propia sociedad que ha ido madurando: “Es decir, creo que ... que ha ido madurando la sociedad hasta el punto de ir entendiendo desde las capas más altas hacia abajo, de que esa igualdad realmente es algo lógico”. Agrega luego que el actual gobierno ha aportado también lo suyo con un “mayor hincapié” en los temas de género y la “situación de igualdad”. Y aquí vienen los problemas:

Yo creo que tiene mucho que ver la impronta que está dando este gobierno. Lo cual no quiere decir que eso no genere también esteee.... problemas, porque a veces es como un movimiento de péndulo ¿no?, vamos para otro lado

Traza luego un cuadro detallado de situaciones laborales planteadas entre el personal a su cargo, en las que enfatiza el empleo de la fuerza física para ciertas tareas. Es muy medido en sus palabras, algo ambiguo por momentos. Finalmente, manifiesta con

claridad que a menudo “las mujeres exageran” en ciertos reclamos laborales amparándose precisamente en su condición femenina. Nuestro informante nos deja a entender que se trata de comportamientos abusivos porque se apoyan en la “condescendencia” de superiores masculinos que temen ser tildados de discriminadores. Esto es lo que nos ha querido decir en suma con la analogía del péndulo. Probablemente estas exageraciones de las mujeres y este temor de los hombres deban adjudicarse a aquellas “luchas de las mujeres”; son luchas justas y compartibles, pero hacen que nos vayamos “para el otro lado”, y de todos modos la sociedad -que ha ido “madurando” y “entendiendo”- ya no las necesita. Volvemos a encontrar aquí una convicción profunda que ya habíamos constatado: la igualdad ya ha sido básicamente alcanzada, se trata ahora de preservar-la tanto de trasgresiones como de exageraciones.

Veamos ahora otra respuesta a la misma pregunta sobre el empleo corriente de los términos “género” y “perspectiva de género”:

E: Me parece que género es una construcción cultural, pero me parece que hay mucha pavada, si uno empieza a despejar, por ejemplo en el uso de las las/los, que los ediles tengan que ser edilas (da muchos ejemplos, habla muy rápido), si no, la industria (fabril) debería ser fabrila. Hay una aspiración de roles que no es tan equitativa, que no debería ser igual porque no somos iguales, pero... (E.5)

El entrevistado no esconde aquí un franco fastidio al que da rienda suelta luego de dejar sentado -muy fugazmente- que entiende y comparte la noción de género. Atrincherado en lo que parece la defensa de un uso “correcto” del idioma, arremete contra uno de los efectos visibles de la pugna por la equidad. Reconoce que el género es “una construcción cultural”, pero ignora -o tal vez no quiera ver- las marcas de la desigualdad y el androcentrismo en la lengua “oficial”. El ejemplo con el que ridiculiza el empleo del género -fabril/fabrila- denota una subestimación de la importancia del lenguaje en la construcción y aceptación del mundo social tal cual es.

Es mucho lo que se ha dicho sobre los efectos “invisibilizadores” de las mujeres que comporta el idioma. Hemos escrito en otra parte: “El lenguaje está moldeado por las relaciones de poder entre los sexos; las mujeres aparecen excluidas en tanto sujetos de experiencia, el discurso de pretensiones universales identifica género humano con sujeto masculino, la definición de las mujeres se hace desde una perspectiva androcéntrica” (Graña 2006:112). No es lugar aquí para abundar en el punto. Notemos, para terminar, que esta reacción del entrevistado ante “muchas pavadas” en la generalización del lenguaje corriente parece indicar una insatisfacción más profunda. Esta insatisfacción explota en las últimas palabras de la cita: la “aspiración de roles” “no debería ser igual porque no somos iguales”, afirmación coronada con un “pero...” que parece expresar una aceptación resignada.

Pondremos ahora a consideración el discurso de un entrevistado que se hace eco del proceso histórico de “reivindicación de la mujer” que logró romper con la tradición y rebelarse contra el lugar “subyugado” que se le había asignado “dentro de la familia y la sociedad”. En el pasado, la mujer “no tenía las mismas posibilidades de desarrollo que el hombre” -continúa- lo que constituye sin duda “un hecho que surge

de la realidad objetiva, descriptiva”. Hasta aquí su reconocimiento a una perspectiva de género que pone de relieve este trastocamiento histórico profundo del lugar ocupado por la mujer. A partir de aquí, se centrará en las prevenciones que le merecen este proceso. Su noción clave es que “la vida no regala nada, las cosas hay que conseguirlas peleando”. Reclama un “apoyo no asistencialista” a “esa mujer”, y se preocupa por ciertas atribuciones que pueden no haber sido conquistadas “por su esfuerzo personal”. ¿Desde qué lugar emite nuestro informante estas alertas? No lo dice expresamente, pero parece claro que el sujeto omitido es masculino; en palabras llanas, su reflexión discurre en torno a una tutoría ejercida por los hombres sobre este proceso de emancipación femenina. Ellas no deberían sentir que las cosas se consiguen fácilmente, sin pelear. Y para esto, nosotros los hombres no debemos caer en el asistencialismo:

... todo este nuevo emprendimiento apunta a apoyar a esa mujer. Va a tener valor en la medida en que sea un apoyo no asistencialista (...) sino que sea un apoyo estimulando las características personales de cada una de las mujeres para que ellas busquen un camino propio. Resulta un poco confundido y algo un poco infantil esa propuesta de que en el parlamento haya que colocar un número determinado de cargo para las mujeres, la cuota (E.24)

En buen romance: si quieren más, que luchen. Se adivina aquí la convicción de que la equidad *ya es un hecho*, por cuanto ya han sido removidos los obstáculos que subyugaban a las mujeres. Y puesto que ya no hay barreras de género que impidan el libre desarrollo de las personas, ¡que cada cual atienda su juego, sea varón o mujer! En esa perspectiva, la paridad política le parece “un poco tonto”. Vuelve a decirlo con la mayor claridad: “Me parece muy bien, darle caminos [a las mujeres] para que los transiten pero no a partir de una actitud asistencialista”. Aquí trasluce de nuevo la apelación a un tutor de la igualdad de género: cierto colectivo abstracto que no es nombrado, pero que es indudablemente masculino y que tiene a su cargo la delicada misión de “darle caminos” a las mujeres sin deslizar en el “asistencialismo”.

Examinaremos renglón seguido, los términos empleados por quien defiende a texto expreso la perspectiva del justo medio: a ambos lados y cuidando una estricta equidistancia, “machistas” y “feministas” representan enfoques unilaterales igualmente equivocados. Se percibe aquí con fuerza -de nuevo- la convicción de que hombres y mujeres han alcanzado ya la paridad social una vez que las mujeres han conquistado un “mayor margen de acción”:

Yo creo que, vamos a no pensar ni en el machismo ni en el feminismo, no creo que los machistas tengan razón ni que las feministas tengan razón, no todo es mujer y género ni todo es hombre y género, yo creo que ha sido importante, mujer y género ha sido importante, para que socialmente afuera de la casa la mujer tenga un mayor margen de acción que se lo ha ganado legítimamente y se la merece, pero también pienso que se ha llegado a un grado de exigencia muy grande y se está extralimitando... (E.25)

Relata luego que en el ámbito de dirección donde co-participa son sólo cinco hombres y las mujeres los triplican, y bromea "...entonces yo les digo ustedes nos dominan y hacen lo que quieren". Retoma a continuación su *leit motiv*: "los extremos no sirven para nada, y no sé hasta dónde... creo que tenemos que empezar a olvidarnos de eso y empezar a trabajar como estamos trabajando" dado que "la mujer está muy valorada (...) y ha demostrado que tiene una capacidad excelente para gobernar, para dirigir, para mandar". Notemos al pasar, que esta última proposición solapa otra: la mujer *debió* demostrar tal capacidad ante su juez masculino, quien finalmente ha quedado satisfecho por su excelencia. Poco más puede comentarse de este enfoque que se explica muy bien por sí mismo y que es representativo a cabalidad de la teoría del péndulo. Junto a los demás entrevistados ya citados, conforman el grupo de informantes que mejor traduce a palabras y actitudes cierta "ceguera de género" que los convence de que la igualdad es ya una realidad social.

Finalmente, vale la pena transcribir la respuesta de este mismo entrevistado a la pregunta acerca de su concepción de género:

No me he preocupado en pensarlo ni en entenderlo porque considero que yo, como [Director Departamental] estoy obligado puntualmente a solucionar los problemas de un sector o del otro sector, acepto las luchas de mujer y género, las acepto indudablemente, pero creo que tenemos que pensar con otros criterios, el sector de mujer y género no tiene que ser un sector de lucha, tiene que ser un sector de integración, tratar de pensar que los problemas de las mujeres son de todos y las soluciones de todos

Alcanza aquí su cenit la idea de una pretendida ponderación que impone equidistancia ante los reclamos sectoriales, entre los que se encuentran los de "mujer y género".

Algunas conclusiones

Nos toca vivir una época de cambios profundos en las relaciones entre mujeres y hombres; la llamada "perspectiva de género" se ocupa de la tematización de estos cambios, y los aborda en tanto *relaciones sociales* fundadas en la desigualdad. Es ya largo el camino recorrido por las mujeres en la conquista de derechos que hasta hace bien poco eran exclusivos de los hombres. Sin embargo nuestras sociedades siguen siendo *estructuralmente androcéntricas*, es decir, constituidas en base a la preeminencia masculina en todos los ámbitos de poder y de decisión social. La "condición femenina" sigue asociada al sojuzgamiento, a la inferiorización, al maltrato y a la violencia directa ejercida por hombres.

El vaso está medio lleno, *pero también* medio vacío: la expresión popular ilustra muy bien la actual situación en las relaciones entre los géneros. Y es también una analogía que se presta para caracterizar la *percepción* que tienen del género los varones que hemos entrevistado. Así, en su enorme mayoría reconocen la existencia de una problemática de género signada por la desigualdad y la discriminación sufrida por las mujeres. Pero muy a menudo sus palabras dejan traslucir que ven allí "problemas de

mujeres”; está muy bien que los varones sensibles a la injusticia sean solidarios con ellas —se lee en las entrelíneas de alguna entrevista- pero no deja de ser un asunto que incumbe sobre todo a ellas. En definitiva, esta percepción desliza fácilmente hacia una concepción de género en que desaparece el carácter *relacional* y todo parece reducirse a mujeres por un lado y hombres por otro.

Queremos hacer notar que aquí no está en juego una mera definición conceptual, sino un enfoque cargado de consecuencias muy prácticas. Quien piensa que, en definitiva, la VDCM es un problema que sufren las mujeres, muy difícilmente escapará a la tentación de remitir las situaciones concretas a la existencia de “monstruos”, de personas violentas que ni siquiera merecen llamarse “hombres”. Es indudable que muchas veces la violencia directa contra la mujer asume formas criminales y su perpetrador provoca un repudio visceral. Pero es igualmente cierto que la percepción unilateral de la violencia doméstica como una *práctica criminal y/o aberrante* impide preguntarse acerca de sus raíces culturales, es decir, acerca de lo aprendido por todos y por todas y no sólo por los “monstruos”.

Hemos llamado “ajenización” a este ejercicio discursivo realizado por algunos de nuestros entrevistados, que los lleva a ahondar la distancia entre “la gente como uno” y las situaciones de VDCM. Se trata por cierto de una tendencia entendible, no hacemos aquí una condena moral ni un juicio sumario: cualquier varón “bienpensante” puede sentir el legítimo impulso de aparecer personalmente desmarcado de prácticas tan obviamente condenables. Y este impulso tal vez sea más fuerte en varones que son además efectores de salud directamente involucrados en la atención a víctimas de VDCM. Pero aquí no nos interesa *justificar* este discurso sino mostrar que su extrapolación puede hacer perder de vista lo más importante: *el anclaje socio-cultural de las prácticas de VDCM*. Y esto es precisamente que sucede cuando el varón tiende a auto-excluirse de la problemática por vía de una simple constatación: “yo no soy un pegador”. Mal podrá cuestionarse entonces —a sí mismo y a sus pares de género- en tanto varón: la violencia de género será “cosa de otros”.

En este capítulo pusimos a consideración cierta “banalización” de la problemática de género según la cual algunos entrevistados reemplazan —discursivamente hablando- las desigualdades *reales* por la igualdad que *debería de haber* entre hombres y mujeres. Algunos parecen pensar que bastará enunciar la igualdad y el fin de la discriminación para erradicar los problemas de género. Hemos visto que muchos afirman enfáticamente “no hay diferencias”: quienes así se expresan nos están diciendo que no están de acuerdo con la desigualdad y que habría que terminar con ésta de una buena vez. El reconocimiento y la condena a la discriminación por razones de género es, en sí mismo, un paso significativo; y es también un síntoma del proceso real de cambios que vuelve visible una problemática hasta hace bien poco soterrada y silenciada. Pero cuando ésta es limitada a una cuestión declarativa, es que se parte de una profunda subestimación de los hábitos y convicciones acendradas que impiden la igualdad de género.

Tras las argumentaciones de nuestros entrevistados pudimos percibir la convicción de que, en el fondo, las víctimas de VDCM son mayoritariamente mujeres porque los hombres son físicamente más fuertes. Parece así entenderse que es ésta la principal

desigualdad, y que si no fuera por una constitución física diferente, tal vez ni siquiera estaríamos hablando de violencia doméstica. Esta convicción leva a algunos entrevistados a pensar que debería de haber más casos de hombre maltratados de lo que habitualmente se reconoce. Suena razonable: no todas las mujeres son “menos fuertes” que sus parejas. ¿Pero porqué, entonces estas situaciones de VDCM en que las víctimas son masculinas, estarían subrepresentadas o se hablaría menos de ellas? Algunos nos han hablado del “pudor personal” y de la “imagen propia” del varón humillado; otros culpan a los medios, más proclives a denunciar los casos de violencia contra las mujeres. Pero lo más significativo, es que parece buscarse por esta vía un “reequilibrio”, una vuelta al justo medio en el que debería encontrarse el fiel de la balanza. En suma, tras la protesta por el olvido de los casos de varones golpeados vuelve desaparecer la desigualdad estructural entre géneros, unos u otras pueden ser igualmente violentos y las diferencias de registro deben remitirse a la desigualdad física. Si ellas no son más violentas, es porque su fisiología se lo impide.

No menos importante resulta una segunda implicación del discurso en torno al varón golpeado: “el mal visto es el golpeador, pero el golpeado es más mal visto, de segunda categoría”. Si el golpeador es éticamente condenable, el golpeado ha perdido su dignidad personal; el golpeador *debería* controlarse pero el golpeado y no se salva del menosprecio de sus iguales de género. Reaparece tras estas proposiciones la desigualdad esencial entre hombres y mujeres; está en el orden de las cosas una primacía masculina que *no debe* manifestarse como un acto violento pero que *puede* hacerlo. En ese contexto, la víctima masculina de violencia doméstica se vuelve acreedora a un repudio comparable al suscitado por un acto *contra natura*.

En síntesis, las palabras empleadas por nuestros entrevistados para referirse al género traslucen las contradicciones, los avances como también las resistencias masculinas a la equidad y al fin de toda discriminación por razones de género.

ACERCA DE LAS CONCEPCIONES DE GÉNERO Y SALUD Y LA RELACIÓN CON LA ATENCIÓN A LA VCDM EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA

Carlos Güida

Concepciones sobre Género y Salud

Desde hace dos décadas, los estudios de la mujer y los estudios de género vienen generando conocimientos que dan cuenta de la consolidación de las inequidades entre mujeres y varones en lo referente a la salud, a través de múltiples ejes de problematicidad, como los son el estudio de los programas sanitarios, las características del vínculo en la consulta clínica, el análisis de la calidad de atención, la accesibilidad a los servicios y la producción de conocimientos en los procesos salud – enfermedad – atención. Al decir de Dora Cardaci: *“Diversas investigaciones que incorporan el género en sus análisis han contribuido a poner de manifiesto cómo está presente esta categoría en los riesgos y protecciones que se toman frente a diversas enfermedades, la percepción de los síntomas, la organización y desarrollo de la atención en salud, la prioridad para el otorgamiento de apoyos financieros, las preguntas que se hacen los investigadores, las investigadoras y los clínicos, el diagnóstico de un padecimiento y las decisiones respecto a su tratamiento”* (Cardaci, 2004).

Sin embargo, en muchos casos, se ha limitado a equiparar la “variable sexo” con la “variable género”- lo que ha provocado la equiparación de aquellos aspectos determinados biológicamente con la construcción social de masculinidades y feminidades. La epidemiología clásica - apoyada en la demografía y en la estadística - heredó este error conceptual con su respectiva traducción metodológica. Así, muchos estudios epidemiológicos han aportado a la medicina clínica en lo que refiere a la distribución de los riesgos relativos, en ocasiones asociados al hecho de pertenecer a uno u otro sexo, además de otras variables sociodemográficas, temporales, etarias, étnicas. Luego, la variable “sexo” se tradujo en variable “género” y el género se transformó en una variable.

Otro de los aspectos que ha sido críticamente señalado refiere a la enunciación de la necesaria inclusión de la dimensión de género en objetivos y marcos conceptuales de investigaciones, programas y proyectos, para luego diluirse en metodologías y acciones que pierden el carácter relacional y remiten a la descripción de la condición de las mujeres (Güida, 2003) o de mujeres y los varones en sus papeles sociales, sin lograr que *género* sea una categoría de análisis relacional y sin mayor pretensión de cuestionamiento de los aspectos estructurales que sustentan la inequidad. Una muestra de dicha dificultad, la encontramos en el Glosario del documento “Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género” (OMS, 2002, p. 5), cuando se plantea que:

“El **análisis de género** define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel”

En dicho documento se alterna el uso de los términos “perspectiva” y “perspectivas” de género, tanto como se utiliza en forma indiscriminada “género” y “géneros”, lo que de por sí demuestra cierta inconsistencia teórica. Si nos detenemos en la mencionada definición, refiere a los riesgos, limitaciones y problemas de salud de las mujeres por un lado y de los varones por otro, desde una posición funcionalista, basada en los papeles sociales y eludiendo la interdependencia y del carácter relacional del concepto que pretende definir.

Elsa Gómez (Gómez, 2002), una pionera en las Américas en incorporar la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas en salud, aclara algunas de estas confusiones:

“La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico:

- En el estado de salud, la equidad de género encauza el logro, por parte de mujeres y hombres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social.
- En la atención de la salud - que es uno de los muchos factores determinantes del estado de salud - la equidad de género implica que: a) los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; b) los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada sexo; y c) el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades.
- En la participación para la producción de la salud, la equidad de género exige que se distribuyan con equilibrio y justicia entre los sexos las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión”.

En el “Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay” (Aguirre, R. et. al, 2006) – encomendado por el propio Programa Salud de la Mujer y Género y apoyado por la OPS -, las autoras advierten que:

“Comprender las transformaciones que se han verificado en el ámbito familiar y la responsabilidad que por la división sexual del trabajo dentro del hogar se le ha asignado a las mujeres en esta función, contribuiría a que las políticas sanitarias sean más justas

y eficientes. Ello deberá ser considerado en los cambios que propone el Modelo de Atención de la Salud cuidando la articulación entre la producción de salud en el nivel familiar y en el nivel institucional...El acercamiento a las familias que el nuevo modelo propone y la atención primaria debe desarrollar una relación virtuosa que no consolide la división del trabajo y las desigualdades de género existentes.”

Durante décadas, y aún con cierta vigencia en determinados programas de atención en salud y de asistencia a la emergencia social, el paradigma dominante ha sido el denominado “mujer en el desarrollo”. Ello ha sido problematizado por Rebecca de los Ríos y posteriormente por otros/as autores/as al analizar el lugar asignado a las mujeres, en tanto “insumo” para la concreción de objetivos de las políticas integracionistas (de los Ríos, 2004; Armas, 2005; Güida et. al, 2007). Comenzamos analizando entonces, el aporte de uno de los entrevistados, un decisor en políticas sociales en salud”:

Nosotros hicimos el PAIM, que es un programa de atención integral a la mujer. Ese programa fue hecho... es hecho, está llevado por la División Salud, pero este... en bastante conexión con la Secretaría de la Mujer. Nosotros en lo que es la parte de planificación familiar, educación sexual y todo lo que refiere a ese tema, y la participación de la usuaria, que es lo más lindo que tiene el PAIM, que son administradas por las propias vecinas, ellas este... trabajan dentro de las policlínicas, dan información, los métodos anticonceptivos los... si bien los indica la ginecóloga o el ginecólogo de la policlínica, son las vecinas que hacen la venta y la administración de... de los diferentes métodos de planificación familiar. Y en eso somos pioneros, yo puedo decir con orgullo que... que en salud, nosotros hace años que estamos trabajando con las vecinas de Montevideo. (E.13)

El entrevistado, se posiciona justamente desde del enfoque “mujer en el desarrollo Tal como se plantea desde dicho enfoque, le cabe naturalmente a las mujeres desarrollar tareas de cuidado de otras mujeres en la comunidad, cubriendo las *necesidades prácticas de género* (Molineux, 1985), al hacerse cargo de la gestión social de los métodos anticonceptivos, así como lo han hecho históricamente en la colaboración con las campañas de vacunación, en la organización de eventos para recaudar fondos que viabilicen a las policlínicas barriales, entre otras acciones. Oscila el discurso del entrevistado entre el *enfoque de bienestar* y el *enfoque de eficiencia*, muy lejano del *enfoque de empoderamiento* (Moser, 1991). Sin embargo, las mujeres no serían parte del equipo de salud, sino que serían convocadas en tanto “vecinas”, “usuarias”, “promotoras” o “agentes comunitarias”.

El involucramiento de las mujeres en el campo de la atención de la salud ha sido recientemente descrita en Uruguay, al analizar las modalidades de participación ciudadana en seis experiencias específicas¹ (Rudolf et al, 2007) y donde queda en evidencia que las mujeres constituyen la inmensa mayoría de quienes sostienen las acciones de

¹ A través de un estudio multicéntrico, cuali – cuantitativo denominado Participación Ciudadana en el MERCOSUR Ampliado, que en nuestro medio ha analizado al Programa APEX – Cerro, las policlínicas comunitarias, las comisiones de salud vinculadas a los gobiernos locales de Montevideo, la Red de Trabajadores Comunitarios en Salud, el Movimiento Nacional de Usuarios y la Red de Atención en APS de Tacuarembó

promoción, prevención y cogestión de recursos comunitarios. Cabe tener presente que las bases conceptuales del Programa de Atención Integral a la Mujer de la Intendencia Municipal de Montevideo y del Programa Salud de la Mujer y Género realizan avances hacia el empoderamiento y la autonomía de las mujeres. Sin embargo, más allá del posicionamiento de las mujeres que lideran estos procesos, quienes se encuentran inmersos en terreno, los *mandos medios* – administrativos/as, profesionales de la salud – acaban retomando el modelo *mujer en el desarrollo*. El entrevistado, en su carácter de decisor, muestra justamente este proceso participativo canalizado por y desde las mujeres – vecinas.

No tan distante de la experiencia uruguaya, ha sido el planteo ideológico desde el que se ha basado el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) en Brasil - encontrándose luego con obstáculos similares a los que hemos señalado en la implementación en nuestro país. El análisis del PAISM muestra que:

“La participación de las feministas en la construcción del programa fue fundamental para que se planteara un nuevo paradigma en la asistencia a la salud sobre las siguientes bases:

1. El padrón salud - enfermedad de las mujeres está determinado por la construcción social e histórica de la condición femenina y no por la supuesta naturaleza femenina
2. La adecuada asistencia a la salud de las mujeres requiere un cambio en la relación de subordinación del cuerpo femenino a la práctica médica
3. La asistencia debe ser integral en dos sentidos: a la mujer como persona, en oposición a la asistencia a sus órganos, y contemplando los diferentes niveles de complejidad de la asistencia, necesarios para la resolución de sus principales problemas” (di Giacomo do Lago, 2004, p.50).

En nuestra investigación, el discurso de los entrevistados devela una escasa problematización de la dimensión de género en la salud, lo que probablemente se asocie a la vigencia de los paradigmas hegemónicos de género en la formación médica y en las prácticas institucionales, así como al “imaginario masculino” sobre los procesos de salud - enfermedad de las mujeres².

En este estudio se percibe entre los entrevistados, distintos niveles de aproximación al vínculo que podría existir entre la dimensión de género y la salud de las personas. Sin duda ello está relacionado con el nivel de profundidad conceptual respecto a “género”, a la amplitud del concepto de “salud” y al nivel de reflexión previa sobre la posible relación entre ambos conceptos.

En cuanto al concepto de género que manejan los entrevistados existen diferentes aproximaciones, las que pueden agruparse en los siguientes ítems: i) Identificación de sexo con género. ii) Tematización o cosificación: el género es un “tema” o “esas cosas”; iii) Desconocimiento sobre el concepto de “género” asumido por el entrevistado; iv) Género en tanto asociado a la condición de la mujer y/o a la superación de la condición de desigualdad actual de las mujeres; v) Género asociado a “sexualidad” y/o a las

² Considerando que 27 de los 32 entrevistados son doctores en medicina.

opciones sexuales; vi) Género en tanto construcción social y cultural de mujeres y varones; vii) Género asociado a trastornos de la identidad de género.

De las entrevistas pueden distinguirse entonces dos posicionamientos “ideológicos”:

- Los que toman partido por el determinismo biológico. La biología es fundante, luego al mismo se traduce en los roles sociales de mujeres y varones. Hay quienes sustentan cierto criterio fatalista sobre el determinismo biológico y también quienes consideran que, ante la diferencia anatómo-fisiológica, se puede buscar la igualdad de oportunidades, conciliando dichas diferencias. También aparecen, entre estas concepciones más o menos próximas a la sociobiología, las consecuencias indeseables por la alteración del orden natural. Por ejemplo: la amenaza a la unión familiar aparece asociada al multi empleo, veladamente por la no permanencia de las mujeres en el hogar. Es interesante observar cómo ningún entrevistado cuestiona dicha desunión familiar, atribuyéndola a la carga laboral y al rol “naturalmente” proveedor de los hombres. Un médico director de una institución del sub sector privado lo manifiesta claramente:

La familia uruguaya, la gente tiene que estar trabajando en dos o tres lugares, la instancia de reunión familiar cada vez es menos, no dialogan las parejas, no se ven mucho... (E.6)

- Los que se posicionan desde las teorías construccionistas y visualizan el orden de las relaciones sociales de género articuladas con la producción, la sexualidad y la reproducción humana. Dentro de esta posición de los entrevistados se despliega un abanico: desde quienes aluden a la construcción cultural, pero parecen más cercanos en sus palabras al determinismo biológico y social - por lo cual le quitan al sujeto su carácter de producto y productor de realidad social - hasta quienes plantean los roles de género como parte de la tendencia a la repetición de conductas, generación tras generación. Por fin, están quienes utilizan el término “construcción social”, pero que lo desvanecen o contradicen en el desarrollo de su argumentación, como lo hace un médico clínico:

Me parece que género es una construcción cultural, pero me parece que hay mucha pavada, si uno empieza a despejar, por ejemplo en el uso de las las/los, que los ediles tengan que ser edilas (da muchos ejemplos, habla muy rápido), sino la industria fabril debería ser fabrila. Hay una aspiración de roles que no es tan equitativa, que no debería ser igual porque no somos iguales, pero... (E.5)

Justamente, en otros entrevistados, la rebeldía ante el empleo del femenino en el lenguaje, queda patente en la interpretación de las situaciones de violencia hacia las mujeres. Por un lado refieren a las mismas en tanto “pacientes”, lo que muestra la decodificación de la relación de quienes consultan: estamos ante la *relación médico - paciente*. Y lo hacen refiriéndose a ellas mayoritariamente en masculino, sea de manera continua o alterna, como lo hace dos médicos del sector público:

Vos tenés dos horas para ver a 12 pacientes y vos decís “tengo 10 minutos” y la paciente eso lo sabe y está deseosa que vos la atiendas por lo que viene a consultar, si es flujo, si es control de embarazo o qué... y tal vez queda tiempo para que **el paciente** logre la afinidad suficiente para contarme cosas íntimas. (E.4)

Porque aparece un hematoma pero a veces no queda claro que sea por una caída y bueno, tenemos primero que crear nuestra confiabilidad al paciente. Generar estabilidad **al paciente**, para que **el paciente** sienta que **el mismo médico** tampoco va a comentar (E. 29)

Esto muestra cierta impermeabilidad en la forma de interpretar a la mujer en tanto sujeto de derechos, ciudadana y persona plena. Inclusive, para poder visualizarla como ser “bio psico social”, tal como ya definía la OMS en 1948 a la salud. Mary Jane Spink (Spink, 2004, pp. 213) considera al encuentro médico – paciente, en el contexto de un “orden negociado” - término introducido por Anselm Strauss en 1963 - pero resulta difícil imaginar un encuentro verdadero desde esta concepción dominante. Asimismo, para estos entrevistados la referencia a los problemas de salud se reduce a motivos de consulta ya pautados (control de embarazo), o a la propia semiología (el hematoma). Las mujeres se encuentran atrapadas en un imaginario sanitario en el cual “lo público” se codifica en masculino. Aún cuando el entrevistador refiera específicamente a la violencia perpetrada hacia las mujeres, el entrevistado, en ocasiones ginecotocólogo, responde en clave masculina. La relación médico - paciente es entonces una relación entre un hombre médico y *un paciente*.³ Otros actores, también son descritos en el masculino genérico. Un clínico y un decisor del sector público exponen sus argumentos:

El juez de paz me llama y me pide “haceme una valoración de tal paciente”, mandan para valorar, cosas que tendría que hacer el forense, pero si **el paciente** está acá, uno tiene el contacto acá. (E. 11)

Y también un formulario con preguntas para detectar VDCM en **las mujeres** de más de 15 años. ¿Te parece pertinente el hecho de preguntarles a **todas las mujeres** sobre VDCM? Las preguntas, ¿deberían hacerla siempre los médicos o las asistentes sociales, todos?

A mi me parece bien... yo supongo a pesar de mi desconocimiento es que debe ser un asunto... y que este cuestionario puede traer a la luz algo que se puede subsanar, o que sería deseable subsanar y por esa misma razón de ocultamiento, no sé si será por vergüenza o temor, creo que es **el médico** el más indicado porque es con quien **el paciente** se abre y es una figura en quien confía en **el médico**, ¿verdad? (E.1)

³ Inclusive en los textos de enseñanza de referencia en la formación de pregrado en medicina, como lo es el tratado de Medicina Interna Harrison - publicación de referencia de amplia circulación internacional - se cita en ocasiones a las mujeres, refiriéndose a las mismas en tanto “el paciente”. Es ilustrativo el siguiente párrafo: “La necesidad de quimioterapia contra el cáncer en sí con poca frecuencia constituye una base clara para interrumpir un embarazo en marcha, aunque cada estrategia de tratamiento en esta circunstancia debe ajustarse a las necesidades individuales del paciente”. (Harrison On Line en Español, The McGraw-Hill Companies 2006 - parte 5, pág. 171, 2006). Probablemente la traducción al español juegue un papel importante en asignar el sexo masculino a *la paciente*.

La medicina occidental ha tomado durante siglos al hombre adulto como paradigma y ello se hereda a través del proceso de formación, generación tras generación. La mujer, es *lo otro*. Algunas rupturas en este paradigma de los procesos de salud – enfermedad – atención, aparecen asociados a la evidencia médica científica, que muestra que los procesos etiopatogénicos han respondido a modelos centrados en la salud masculina, cuando en realidad existen diferencias entre mujeres y varones y ello está condicionado por los factores socioeconómicos y de género⁴. Así lo expresa un médico decisor:

Desde la salud de las poblaciones históricamente la medicina estudió más y abordó más los problemas de salud del hombre que de la mujer, hubo una etapa un período histórico en el cual se estudiaba las enfermedades que afectaban a los hombres en edad laboral activa y nada más, o sea, que pasaba con los niños, con los viejos y con las mujeres no importaba demasiado. Se avanzó mucho. Después en la medida que se va haciendo más fuerte la conciencia de derechos de todos los sectores de la humanidad se van contemplando otros sectores sociales y obviamente que también a la mujer... aún en muchos países sigue existiendo un rezago entre la salud que se le da a las mujeres y a los hombres, sin ir más lejos si uno toma como ejemplo lo que pasa en Estados Unidos, y sin duda la condición de mayor riesgo sanitario la tiene la mujer negra ¿tá? (E.21)

Este proceso de ir generando evidencia respecto al carácter androcéntrico de los estudios en medicina no ha sido sencillo, sino que ha requerido contar con investigaciones calificadas que han ido logrando vencer algunas de las diversas resistencias⁵.

En los entrevistados que tienen un escaso grado de reflexión sobre género y salud, puede apreciarse en sus respuestas una escasa consistencia argumental al explorar con mayor incisión. Un licenciado en ciencia política y decisor en el campo de las políticas sanitarias expresa:

⁴ Desde la misma fuente se señala que “En el pasado muchos estudios epidemiológicos y de índole clínica se centraban en los varones. En fecha reciente, han incluido números representativos de mujeres, y algunos, como la Women’s Health Initiative, se han ocupado específicamente de aspectos de salud de ellas. Se han identificado diferencias notables por sexo en enfermedades que afectan a varones y mujeres. Los datos de estudios aún en fase de realización habrán de ampliar los conocimientos sobre los mecanismos de las diferencias sexuales en la evolución y el pronóstico de algunas enfermedades”. (Harrison On Line en Español, parte 1, página 11 The McGraw-Hill Companies, 2006)

⁵ Tal como lo describe la periodista Makya Sánchez en el País de Madrid “Todo empezó en 1991, cuando un artículo aparecido en la revista médica The New England Journal of Medicine evidenció que a igualdad de problemas de salud, se lleva a cabo un mayor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en los varones. El estudio, desarrollado por un equipo de la Universidad de Harvard y otro de la Universidad de Maryland (EE UU) sobre una población de más de 80.000 pacientes de ambos sexos, reveló que ante un episodio de infarto de miocardio, por ejemplo, se practicaban muchas más coronariografías (procedimiento diagnóstico y terapéutico) a los hombres que a las mujeres. Los resultados de este trabajo, considerados políticamente incorrectos y corroborados después en otras investigaciones aparecidas en el Journal American Medical Association (JAMA), el Journal American Medical Women Association (JAMWA) y Circulation, levantaron una gran polémica en EE UU, y desde 1993 la Food Drug and Administration (FDA) presiona para que en todos los ensayos clínicos (salvo en los de patología exclusivamente masculina) exista una muestra de mujeres”

...el concepto de salud es mucho más amplio que salud - enfermedad, ¿no? Si nosotros enfocamos el concepto de salud como un concepto de bienestar social, psicológico, psíquico... Sí claro que tiene que ver (*la relación entre género y salud*).

¿Cree que el género influye en el estado de salud de las personas y/o en la atención que éstas reciben en el sistema de salud?

Bueno, quiero pensar que no. Capaz que sí. No me animaría a afirmarlo, pero capaz que sí, influye. (E.7)

Para otros entrevistados, “género” se asocia con problemáticas sociales que influyen en la salud como lo son la pobreza, la violencia o las sustancias psicoactivas. Son temáticas que han sido colaterales a la práctica de la medicina convencional, al menos al modelo individual restrictivo, desde el cual se han formado tantas generaciones de “profesionales de la salud”. Estos condicionantes se hacen presentes en los últimos tiempos, como si se tratase de “novedades” para los sistemas de salud, a pesar de la extensa literatura existente⁶.

Estamos todavía muy en pañales. Muy en pañales. Son todas cosas nuevas que las estructuras sanitarias tienen que... al igual que como decíamos de la droga, ir buscando las soluciones (E.8)

Para algunos entrevistados existe una firme asociación entre género y salud, entendida ésta última como el resultado de un proceso social y cultural, que va más allá del sistema de atención sanitaria. Los roles sociales atribuidos a las mujeres develan una función de cuidado de los otros, que es lo que también se atribuye a los sistemas de atención en salud, y que va acompañado de la postergación en el cuidado personal. Y por otra parte las mujeres, en calidad de usuarias de los servicios, tienen un mayor número de consultas, al menos en determinadas etapas de sus vidas. La atención en salud que reclaman las mujeres se ciñe - según estos entrevistados - a la atención médica, lo que muestra el concepto de salud asociado a la dependencia de los servicios y de las prácticas médicas. Nos situamos en la medicalización de la vida y de los comportamientos de las mujeres. Un decisor en el terreno gubernamental y licenciado en educación, expresa:

Sin duda, porque la salud es un elemento muy integrador, muy integral, que abarca una gran cantidad de aspectos, y entre otros precisamente es el campo de la calidad de vida, en todos sus planos, a las mujeres se les asigna más el rol del cuidado de los enfermos, ¿no? Entonces en general eso tiende a hacer recaer sobre ellas las mayores responsabilidades, en cuanto al cuidado de su familia, y también, en algunas situaciones, a postergar su propia salud, en función de esa responsabilidad familiar. De todas maneras, también sé que las mujeres consul-

⁶ Al clásico planteo de campos de la salud y de los determinantes de salud planteadas por Laframboise - que permitió a Marc Lalonde encabezar la reforma sanitaria en Canadá a mediados de 1970, se ha sumado un nuevo impulso de la OMS (2005) de profundizar en el estudio de los determinantes sociales de la salud.

tan, y consultan mucho, la atención médica. O sea, que hay un nivel, por lo menos frente a la enfermedad reclaman. (E.18)

Las relaciones de dominación de género pueden, inclusive, impedir la consulta de las mujeres a los servicios de salud. Trabajar en el fortalecimiento de la autoestima de las mujeres podría ser un camino para acceder a la consulta, según la lógica del entrevistado. Aquí la consulta es un derecho que para muchas mujeres estaría restringido por el control que ejercen los hombres sobre el cuerpo de las mujeres. Según manifiesta un licenciado en psicología que se desempeña en el sector público:

Yo pienso que si, porque el hecho de que se fortalezca la auto imagen de la mujer, y que se sienta amparada, va a hacer que la mujer deje de estar sometida digamos, a la opinión de un hombre y consulte, y aumente las consultas por motivos propios, sin estar pidiendo permiso, por ejemplo. (E.20)

¿Es el sistema de salud un aliado de las mujeres, que les permitiría liberarse del control masculino, ejercido en la vida privada? Un entrevistado da pistas que ello no es necesariamente así, sino que las propias prácticas sanitarias pueden atentar contra los derechos de las pacientes y usuarias. Y que ello puede estar avalado en los dispositivos de enseñanza, es decir que la formación médica contiene, en su currículum oculto, la violación de derechos fundamentales de las mujeres. La reflexión de un médico decisor sobre el proceso de aprendizaje es sustantiva:

Se podría decir que hoy la salud es profundamente machista. A pesar de que en este momento la mayor parte de mis compañeras de trabajo son mujeres, en pediatría sobre todo. Bueno, yo me he educado en una salud en la que, por ejemplo, los ginecólogos daban clase a un anfiteatro de doscientas personas, introduciendo sus dedos en la vagina de una mujer diciendo: "se palpa el cuello del útero...", eso a un hombre no se lo hacían en general. Me parece que es un... Y bueno, las culturas paternalistas casi siempre son machistas, y la medicina es paternalista, todavía... (E.10)

Las relaciones de poder en una estructura sanitaria fuertemente verticalizada y masculinizada se encuentra en consonancia con un determinado orden social. La medicalización, según surge en un grupo focal, es uno de los dispositivos de control social.

Y además, en el sector salud, en particular ese poder se quiere conservar y es fácil mantener el orden social, porque uno sobre todo en esta sociedad, al estar medicalizada, uno se va apropiando de problemas y los va acallando. Porque al desempleo le damos antidepressivos, a la rabia del adolescente le damos risperidona, a la violencia la dormimos, y entonces se puede incidir en sostener este orden social que daña tanto. (GFM)

En trabajos anteriores (Güida, 2003) hemos planteado que los servicios de salud ejercen diversas modalidades de control sobre y a través del cuerpo de las mujeres. En

realidad, la alianza parece estar establecida entre los varones que ejercen el control en la vida doméstica y las prácticas médicas de control de la sexualidad. Una alianza entre varones que generalmente no se conocen. Hasta en los textos de pediatría pueden encontrarse alusiones al papel de las mujeres y sus prácticas de cura tradicional. Un libro de extensa difusión en la formación en pediatría, ejemplifica la histórica batalla entre la ciencia médica - patriarcal, occidental y cristiana - y las prácticas de cura de transmisión oral - de origen popular, enmarcadas en la pobreza y ejercida por mujeres: en el capítulo "El pediatra en América Latina", los profesores Julio Meneghello y Juan Macaya, recomiendan a "el pediatra latinoamericano" - siempre en genérico masculino - que debe enfrentarse a "la cultura de la pobreza", constituida por "esa masa amorfa que no se ha integrado" y que mantiene "las costumbres arraigadas desde antiguo, muchas de ellas heredadas de sus antepasados aborígenes". Plantean los autores que "se evitarían muchos inconvenientes en la acción médica si el médico conociera esa cultura en la cual *el empacho, el mal de ojo, las meicas*, las parteras, las brujas y quirománticas, la superstición y la adoración idolátrica de las imágenes, son algunas de sus características principales. No se entiende que estas costumbres sean eliminadas en pocos años, pues para conseguirlo, probablemente sea necesario esperar una o dos generaciones, sino que el conocimiento y el buen manejo de ellas permitan, en muchas ocasiones, lograr la confianza de la comunidad, que de suyo es desconfiada, facilitando la introducción de la medicina científica" (Meneghello et. al, 1991, pág. 2, volumen 1)⁷. Una *crusada* pediátrica ante las costumbres de la medicina tradicional, que trasluce el menosprecio sobre las comunidades insertas en la pobreza. Queda claro que quienes transmiten esas costumbres son las mujeres parteras, brujas y quirománticas. Y las que seguirán sus consejos serán, sin duda, las mujeres - madres. Son ellas las que llegan al consultorio con sus hijos enfermos.

Son varios los entrevistados que reconocen a las mujeres como "sujeto de derechos", derechos conquistados históricamente como lo sería la accesibilidad a los servicios. El discurso sobre la diferencia, no aparece solamente asociado al campo de los derechos, sino también en lo que refiere a "lo esencial", a la diferencia que se vuelve insalvable. Según un contador que se desempeña en el sector público:

creo que la salud de la mujer que es distinta, que si la atención por lo menos en las particularidades que tiene la salud de la mujer es diferente a la del hombre... creo que de alguna manera está rezagada la igualdad de género en materia de salud. Si bien se ha ido avanzando como en los temas de decir, bueno: mamografías y estudiar, hacer los estudios particulares que requieren las... que requieren las... las mujeres, se ha avanzado mucho en esos campos, este... creo que todavía quedan este... muchos temas de salud que antes no... o sea, que eran totalmente secundarios para el entorno del ciudadano común en problemas de mujeres... (E.12)

⁷ Libro de referencia en la formación médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en la década de los 90.

Un entrevistado admite las relaciones de dominación – subordinación entre hombres y mujeres, pero la misoginia es un componente de dicha reflexión. Los hombres dominan y las mujeres son dominadas, pero a su vez intentarían lograr el beneficio secundario a la subordinación, al lograr “unos días libres” al ser certificada por un médico. Es decir, el orden de las relaciones de género no puede alterarse; a lo sumo la complicidad del médico se conjuga con el temor a ser considerado “machista”. Esto devela que está mal visto en determinados ambientes (¿médicos?) ser “machista”, a la vez que se acepta un orden establecido.

las mujeres exageran en sus patologías, de pronto, para... para zafar un poco del trabajo porque bueno, están... están cubiertas porque... se les tiene mayor... mayor este...condescendencia a una... a una de pronto, patología de una mujer, o un síntoma que ella puede... manifestar o hacer que lo tiene. Y bueno, por las dudas, este... y dado que... ante el riesgo de ser acusado de... de pronto de un machismo o de ser acusado de problemas de género, este... se prefiere aceptar lo que... la palabra de la mujer y decir bueno tá, tomate unos días libres, descansá. (E.12)

Las concepciones misóginas encuentran un obstáculo ante el avance de los derechos de las mujeres. En definitiva, médicos y médicas no acreditan en el malestar de las mujeres, y en último caso ceden ante determinadas demandas por temor a una posible acusación. El mismo entrevistado, se expide sobre las certificaciones médicas:

hay muchas este... muchas certificaciones de mujeres ... infladas. Y creemos que de alguna manera los médicos, tanto hombres como mujeres, con más razón todavía las certificadoras, pero incluso los hombres por un... creo que están influenciados por todo este concepto de la igualdad de género, y bueno, ante cualquier temor de que se le acuse de... de desigualdad, de tratamiento desigual, prefieren, prefieren aceptar lo que está planteando la paciente, aunque de pronto no es real y tienen la sospecha de que no es real. (E.12)

En uno de los grupos focales, fue posible confirmar por parte de mujeres que están vinculadas a la atención de la violencia doméstica en el sistema de atención y en las organizaciones de la sociedad civil, la concepción que los médicos tienen sobre las mujeres que consultan en salud:

(P1) “Las mujeres son histéricas, quejasas, no saben lo que quieren”

(P2) “consultan muy seguido”

(P1)... “costosas, super demandantes, son costosas, no se puede hablar con ellas, se viven embarazando, se quejan siempre de lo mismo”. Paradigma de menosprecio.

(P3) El tema es que la diferencia, está planteada siempre entre el hombre y la mujer.

(P1)...que las mujeres concurren a los servicios de salud, los hombres no, salvo cuando están enfermos, estiran la pata.

(P3) Es cierto, desde muy temprano concurren las mujeres.

(P1) Exacto, entonces, en realidad, es una forma de fijarse en el público objetivo, de descalificarlo, y de - por ese lado - preservar el derecho a la arbitrariedad en el ejercicio del poder. Si tengo que trabajar con unas mujeres que son histéricas, demandantes, que no saben lo que quieren, son erráticas, irracionales, entonces yo, que estoy por fuera, soy inteligente, soy racional, soy pragmático, soy todo eso, esta gente es subdesarrollada.

Que varios entrevistados entiendan que las mujeres manipulan sus procesos corporales para su propio beneficio, para lograr superar condiciones de desigualdad económica y de género, muestra el peso en el imaginario médico – y quizás también en los diferentes técnicos que trabajan en los servicios - acerca de las mujeres y sus estrategias para superar situaciones adversas. Subyacen prejuicios, como por ejemplo la protección que brinda estar embarazada para que se respeten los derechos humanos (evitación de la violencia doméstica y sexual, acceso a la alimentación adecuada, entre otros). No se cuestiona entonces la sistemática violación de los derechos humanos de las mujeres. En todo caso se avala por omisión y se estigmatiza simultáneamente a las mujeres - desde la adolescencia misma - del uso del *poder maternal*. La referencia a la inexistencia de un proyecto de vida propio ya ha sido descrito como uno de los mecanismos de reafirmación de prácticas de dominación y control social. En estudios sobre adolescencia y sexualidad en nuestro país, el embarazo en la adolescencia, es justificado por algunos médicos como un único camino para quienes no tienen otras alternativas (Vitale, 2005, Güida, 2004) ¿Con quién dialoga entonces un médico que porta estas concepciones fatalistas y estereotipadas cuando le consulta una mujer embarazada en situación de pobreza? ¿Con una víctima? ¿Con alguien que manipula desde la subordinación? Un médico del sub sector público reflexiona:

Yo creo que la mujer a veces es consciente del poder que tiene de poder generar vida intrauterina. Lo usufructúa a veces para defenderse. En algunos lugares muy pero muy pobres a una adolescente da un estatus el estar embarazada. Porque estando embarazada ella sabe que no la van a violar, que no le van a pegar, que le van a dar la mejor parte de la comida. Ella usa esa condición o su poder maternal o de dar vida para poder defenderse de la agresión del medio. No con el fin de que sería, bueno, dar vida porque tuviera un proyecto, una concepción de un proyecto de vida y esta planificado siguiendo un proceso biológico si no lo usa como un recurso más que la biología le dio. (E. 28)

Entrampadas en su condición, las mujeres no tendrían ni siquiera derecho al enojo y menos aún a la rebeldía. Reivindicar la igualdad de derechos supondría exponerse a las reglas de juego en al ámbito de *lo público*, terreno por demás masculinizado. Un entrevistado deja entrever las resistencias culturales en quienes pretenden la igualdad de derechos. La mujer que reclama queda entonces expuesta a una igualdad no equitativa, una igualdad consagrada que no reconocería la particularidad, por ejemplo, del estado de gravidez. Las opciones serían atenerse a la caballerosidad que coloca a las mujeres en la fragilidad naturalizada y en la sumisión, o una suerte de igualdad sin

respeto por las diferencias, una *uniformidad* de los derechos en una sociedad competitiva.

Creo que sí, la condición de género a veces condiciona algunas cosas como también en los hombres. Nos sentimos discriminados en algunos aspectos. No hay que confundir las cosas. La mujer puede y debe ser igual, pero debe aceptar de que si estamos con igualdad de derechos también cabe que algunos no le den el asiento. Yo se lo voy a dar siempre porque entiendo y respeto eso y es parte de su condición; pero que no se enoje con algunos que no le dan el asiento. Algunos hombres dicen: «quieren igualdad, chau al carajo, sube alguna mujer, yo voy sentado y ellas van a ir paradas» (risas) (E.28)

La propia risa del entrevistado parece señalar que es un lugar común el hecho que los varones no consulten, debido al mandato social que fomenta “*aguantar como un verdadero hombre*” cuando existen malestares. Por otro lado, en más de una oportunidad hemos observado la comparación del derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva y específicamente de los exámenes preventivos de neoplasias mamarias y de cuello de útero, con el derecho al examen prostático de los varones. Este aspecto ha llegado inclusive a ser motivo de planteos a nivel parlamentario, cuando se legaliza el derecho a hacerse los exámenes preventivos. Es interesante ver el paralelismo que se plantea entre unos y otros. El derecho de los varones a la salud reproductiva parece reducirse al examen preventivo del cáncer de próstata, examen rodeado además de toda la fantasía homofóbica.

En Brasil, Parry Scott ha analizado las relaciones entre el personal de salud y los varones que se aproximan a los servicios de salud, donde existen imágenes estereotipadas y temores por parte de los equipos sobre los hombres de sectores populares, fundamentalmente de quienes no cumplen el mandato de “proveedor” de sus hogares o están involucrados en actividades ilícitas. Sólo cuando los hombres se transforman en jubilados, cuando están doblegados por la pobreza y por los problemas de salud, pueden participar de las ofertas de abordaje grupal o individual, son bienvenidos en categoría de “abuelos”. Los hombres parecen incomodar a los equipos de los programas de salud familiar, porque no son percibidos como “hombres de familia” - mientras que las mujeres son percibidas como jefas de familia, como “madres de familia” - invisibilizados aún constituyendo el 20% de quienes asisten a los servicios de salud. (Scott, 2005, pp.87/88).

Para algunos de los entrevistados, el vínculo entre género y salud se torna más visible de acuerdo a los motivos de consulta relacionados a los procesos corporales y a la accesibilidad cultural a los servicios. En palabras de un psicólogo:

Y bueno, tiene que ver por ejemplo en problemáticas específicas, ¿no?, como puede ser la problemática del aborto por ejemplo, o la problemática de la reproducción sexual, ¿no? Como que fuera muchas veces en determinados sectores... eh... queda como que fuera un problema de la mujer, y no una problemática de ambos términos, ¿no? Ya no digo ni la pareja, si no de ambos involucrados en eso.

Eh... el tema... el tema de determinados lugares que tiene el hombre y la mujer asignados socialmente, hacen de que muchas veces eh... se dificulte el trabajar por la salud o que inhiba que las personas puedan consultar precozmente por determinadas cosas, yo qué sé, no sólo las mujeres, mujeres para las que todavía sigue siendo como algo vergonzante ir al ginecólogo, por ejemplo, ¿no?, en determinados sectores culturales, hombres para quienes también es vergonzante, yo qué sé, hacerse un análisis de próstata. Que son como... se ve mucho también en la vejez, los viejos... ahí las mujeres tienen una relación más... más fluida, con todo lo bueno y malo que tiene con el sistema sanitario, los hombres quedan como más... como tienen que sufrir, como no pueden expresar [ríe] cuando consultan, consultan ya con patologías ya severas. (E. 14)

Si bien la entrevista de este estudio se enmarca en la violencia doméstica y sin duda ello influye en la construcción de las respuestas por parte de los entrevistados, también podría afirmarse que la asociación entre género y salud sólo puede ser visible para algunos, desde la óptica de la atención a la violencia doméstica hacia las mujeres. Lo expresan así dos médicos:

en la aplicación del sistema de salud, no sé, no me doy cuenta mucho en sí a qué apunta, ¿no? Digo, lograr lógicamente los derechos de la mujer. Una de las cosas, por ejemplo, es la violencia doméstica que es... es un tema sumamente difícil y también difícil de resolverle a la paciente, ¿no? (E.17)

Creo que tiene un impacto este... de salud, muy importante, incluso creo que más importante de lo que pensamos a priori. Este... la forma más fácil de interpretarlo y verlo es en la patología psico - somática, de pronto un trastorno... psicológico, provocado por las víctimas de violencia, incida como una patología este... médica (E.16)

Pero la violencia doméstica que por una parte irrumpe en este momento histórico en la atención sanitaria, a la vez que parece ajena al ejercicio profesional de los médicos, quienes parecen habituados a decodificar de acuerdo a *patologías médicas* y no a *problemáticas sociales*. Parece complejo de “resolverle a la paciente” problemáticas para lo cual la lógica de actuar de acuerdo a especialidades y en las clásicas patologías no daría resultado. La caracterización sobre las mujeres en tanto “demandantes”, “histéricas”, “irracionales” y “manipuladoras” por parte de algunos entrevistados, en el actual contexto donde se debería ser prudente para no ser tildado de *discriminador* o *machista*, constituye sin duda un obstáculo para avanzar en la detección oportuna, la prevención y la atención de la violencia doméstica. Es claro que las concepciones sobre género, salud y calidad de atención están imbricadas e influyen en la visibilidad de los médicos sobre la violencia doméstica ejercida hacia las mujeres. Si en las consultas médicas la mujer es representada en calidad de “el paciente”, siendo motivo de atención parcializada y decodificada en su problemática como *una patología* a ser evaluada y tratada por un especialista, nos encontramos condicionados para:

- no visualizar las causas y los efectos de la violencia doméstica de las mujeres consultantes
- no sentirse implicado en esta grave problemática
- no sentir la necesidad ni el deber de capacitarse ante algo que no se ve y que no es pertinente a la medicina y/o a la especialidad

En definitiva, tal como queda patente en las palabras de un médico decisor entrevistado, el enfoque de empoderamiento de las mujeres y de la perspectiva de género, no puede ser entendido como una “lucha de sectores”. Si bien el planteo aparece como conciliador, reconoce la existencia de “sectores”, que disputan los recursos disponibles. ¿Quién puede darse el lujo de no pensar ni pretender entender la plataforma de las mujeres en el campo de la salud? Cuando ello se enmarca en el ejercicio de un cargo de alta responsabilidad sanitaria, cobra vigencia el poder del modelo médico dominante (Menéndez, 1984) y del modelo hegemónico de masculinidad (Connell, 1998), capaz de desafiar a la línea política y estratégica trazada por el Ministerio de Salud Pública. En palabras de un decisor en políticas sanitarias:

¿Cómo entiende usted el concepto de género que, cómo decíamos está en boga?
 ¿Cómo entiende, en su calidad de director departamental estos conceptos?

No me he preocupado en pensarlo ni en entenderlo porque considero que yo, como director departamental no estoy obligado puntualmente a solucionar los problemas de un sector o del otro sector, acepto las luchas de mujer y género, las acepto indudablemente, pero creo que tenemos que pensar con otros criterios, el sector de mujer y género no tiene que ser un sector de lucha tiene que ser un sector de integración, tratar de pensar que los problemas de las mujeres son de todos y las soluciones de todos no le podemos sacar de repente voluntariamente el trabajo a otro sector para llevar adelante el de mujer y género. Yo creo que está demasiado dimensionado, que no existe en este momento, en mi concepto viste, mis funcionarias por ejemplo son mujeres y confío plenamente en ellas, tengo la subdirectora del hospital es mujer, en este momento en (*menciona ciudad*) hay mas mujeres médicas que varones y me siento trabajando cómodamente por todos los problemas de la salud. (E.25)

El lenguaje parece develar que las mujeres que trabajan para un médico decisor, son parte de su patrimonio. Referencias tales como “mis funcionarias” y “tengo la subdirectora del hospital”, muestra la posesividad que caracteriza a algunos varones en el ejercicio profesional⁸. El hecho de “confiar plenamente en sus funcionarias” no hace más que confirmar que otras mujeres no merecerían, por su condición de tales, la confianza de un director. Este no es un hecho aislado, un discurso a contramano en tiempos en los cuales es necesario simular la adhesión a los derechos de las mujeres. Los textos

⁸ En diversas ocasiones, en la actividad hospitalaria o en el marco de eventos académicos hemos percibido la referencia de varones con cargos de dirección de servicios referirse a “mi sala”, “mis pacientes”, “mi equipo”, a la vez que sostienen un discurso sobre la necesaria interdisciplinaridad.

de medicina muestran los lugares estereotipados de las mujeres, su natural subordinación, su aplazamiento ante la autoridad médica del jefe en el trabajo y del esposo en el hogar⁹. Las mujeres, en definitiva, siempre esperan, sean pacientes en un servicio, sean pacientes en la vida afectiva. Si integran su equipo, entonces deberán ser reconocidas por su eficiencia. Si integran el núcleo afectivo más próximo, soportarán la soledad con una sonrisa en la cara, reflejo de la sumisión. Lo que desde nuestro punto de vista, es una de las modalidades de expresión de la violencia.

El lugar asignado a la atención a la Violencia Doméstica en Sistema Nacional Integrado de Salud

La investigación que hemos desarrollado se enmarca en un cambio promovido por el gobierno progresista en lo que refiere al sistema de atención a la salud. En el transcurso de esta investigación, han sido aprobados a nivel parlamentario y a partir de iniciativas del poder ejecutivo, una serie de proyectos de ley sobre el modelo de atención, el control estatal de los recursos en salud y la extensión de la cobertura, la promoción de la estrategia de APS, la participación de los usuarios y de los trabajadores en los órganos de decisión, la definición de las prestaciones en el marco del nuevo sistema, la rectoría del MSP en el marco de la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, entre otros cambios. Así, han sido creados el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la descentralización de ASSE.

Asimismo, el 2006 ha sido un año signado por varios conflictos sindicales en el sector salud, en varios frentes: el conflicto de las sociedades oftalmológicas, el conflicto con las sociedades anestésico - quirúrgicas, las reivindicaciones de la Federación de Funcionarios de Salud Pública y de los trabajadores de la Salud Privada. Por otra parte, se asiste a cambios en la dirigencia del Sindicato Médico del Uruguay (SMU). Este contexto político, social y sindical no es ajeno a esta investigación. Si bien no se exploran estas temáticas, existen algunos puntos de conexión entre los posicionamientos de los entrevistados ante la relevancia de incorporar la atención de la Violencia basada en el Género por parte del sistema de salud, así como su opinión sobre la reforma en curso.

Desde una década, investigadores/as latinoamericanos/as han comenzado a vincular los procesos de reforma del sistema de salud con algunos tópicos de los procesos de salud enfermedad – atención de las mujeres, fundamentalmente en lo que refiere a la

⁹ Una muestra de ello, se ubica en las dedicatorias y en los agradecimientos de las publicaciones médicas. Visitemos una de ellas, en la cual el autor de la “Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo” (Arias, 1994) se explaya: la dedicatoria principal está dedicada “A *Judy*” en el centro de una página en blanco. Ya en el prefacio aparecen los agradecimientos, dónde además de reconocer el aporte a su obra por parte de un médico residente, manifiesta: “Mi más profunda gratitud a Robyn Meyer, mi maravillosa secretaria, que transcribió el manuscrito de forma rápida y precisa, utilizando muchas de sus tardes y fines de semana”. Y entre otros agradecimientos, el reconocido profesor llega nuevamente a quien merece la dedicatoria del texto y no tiene apellido: “Por último, gracias a Judy, que me ha dado inspiración y apoyo constante y ha soportado muchos días de soledad con una sonrisa en su cara”.

salud reproductiva. La multivocidad del término “reforma”, refleja los diferentes intereses en juego y los paradigmas en los cuales se sustentan los cambios que se promueven, implementan y/o evalúan. Celia Almeida es una investigadora crítica de las definiciones clásicas (la de OMS de 1995, la de Janovsky y Cassels de 1995, la de Knowles y Leighton de 1997, la de Berman y Bosert, de 2000). Según esta autora, éstas son entendidas como:

“(…) meros procesos técnicos naturalizados por la globalización, y que se resuelven en ese ámbito, con el soporte de evidencias empíricas científicamente comprobadas, creyéndose en una supuesta neutralidad de la ciencia. Ese presupuesto permite que solamente que se identifique como “reforma” a aquellos cambios que se adecuen a determinados referenciales, excluyéndose todos los otros cambios de política de salud que no lleven en consideración determinado paradigma; y que se particularice el carácter social de la política de salud, esto es, que se redefina el derecho de la salud, excluyéndolo del elenco de beneficios sociales. (Almeida, 2004)¹⁰

En los entrevistados se encuentran distintas posiciones ante la reforma en curso en Uruguay: desde los que apoyan plenamente esta iniciativa gubernamental, hasta quienes desconocen sus alcances, pasando por aquellos que le realizan cuestionamientos de diferente tipo. Inclusive, se perciben diferencias acerca de las resonancias de la reforma sobre la atención a la violencia doméstica. Y en ello, tanto decisores como clínicos, médicos o profesionales de otras disciplinas se manifiestan de manera heterogénea:

Ahora te viene como línea oficial, como línea institucional, y eso es un antes y un después. Pero yo creo que para ser fieles, si hablamos del ámbito de la salud, una cosa son los documentos oficiales del Ministerio, la línea que puede impulsar un programa o el ámbito normativo del Ministerio, y que puede ser asumido por las autoridades ministeriales, y otra cosa es el cuerpo profesional, los equipos de salud, lo que metafóricamente podríamos decir “la tropa”. Permea toda la estructura sanitaria, pública y privada, con estos elementos, nos va a llevar... estamos en proceso. Hay avances, pero todavía yo creo que hay cosas que se viven como en el plano de lo anecdótico, o en el plano de lo satirizable, como tendiendo siempre a ponerlo en la agenda privada y en la conversación de barrio. (E.9)

La Reforma debe tener mayor difusión. Yo creo que la Reforma es excelente, pero no deja de ser un producto. Al producto lo hacen los usuarios. Entonces yo creo que la gente no tiene la información suficiente para su manejo. Yo no la tengo. (E.19)

No, no la conozco... pero sí. Si creo que está contemplado porque está... eh... se trabaja en todas estas cosas en el marco del nuevo Sistema Nacional de Salud. (E.7)

¹⁰ Almeida define a las reformas como “procesos de cambio estructural en el área de atención a la salud, vinculados a transformaciones más amplias (contexto económico, político, ideológico y social). Esto es, momentos históricos en que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender a la población, así como los roles del Estado (con sus instituciones) y de las organizaciones privadas (tanto de la sociedad civil como del sector empresarial) que actúan en el sector” (Almeida, C; 2004)

Pienso que sí, que incluso hasta se puede encontrar resistencias (E.29)

Otros entrevistados ven en el proceso de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, un camino para evitar que se repliquen estereotipos o como condición *sine qua non* para promover cambios respecto a la atención a la violencia doméstica. Y algunas de dichas opiniones son contundentes, como en los siguientes médicos decisores del sub sector público:

Sólo así contrarrestaremos la tendencia a repetir. (E.9)

Yo creo que si no incorpora eso, no va a ser una reforma. Y si no se resuelven esos temas o por lo menos no se intenta trabajar en esa área, no va a ser una reforma del sistema de salud, será otra cosa, una reforma no. (E.22)

La Reforma no sería tal si la Facultad de Medicina y el sistema de atención no incorporasen cambios en el paradigma dominante de género así como el necesario cuestionamiento de los intereses y las prácticas médicas, de acuerdo al entrevistado. Aún en 2007, la formación médica de pregrado continúa sosteniendo un Ciclo Materno – Infantil, donde queda en evidencia en su nominación y en sus objetivos, que la mujer es abordada desde su *condición materna* y dónde está ausente - al menos en los titulares - un enfoque de salud sexual y reproductiva y derechos. Más interesante aún, es observar cómo en los “Objetivos generales de aprendizajes del ciclo”¹¹, se refiere en clave masculina a quienes ocupan los respectivos lugares de profesionales, estudiantes y pacientes: se refiere a: *el médico, el paciente, el niño*. El varón, en su condición paterna no tiene cabida, la mujer forma parte del *binomio madre - hijo* o *se controla* en tanto *puerperio*. Por más que se mencionen los derechos humanos y los factores sociales condicionantes como parte del aprendizaje, la ideología patriarcal parece encontrarse enraizada epistemológicamente. Un médico decisor cuestiona:

... creo que está rengó en dos patas. Una es, la educación médica, que sobre eso no se han metido porque parece que eso depende de la Facultad de Medicina, y la Facultad de Medicina está renga en esto porque no lo ha incorporado con fuerza. Me parece que el sistema de salud se ha hecho por ahora sin tocar los intereses y las conductas médicas, y eso... Me parece que es la parte renga que me imagino que más adelante se analizará. (E.10)

Las críticas a la reforma y a la inclusión de la violencia doméstica en las prestaciones, son de diferente tipo y grado. Una de las resistencias explicitadas abarca inclusive una decisión asumida por la actual administración: la separación del “programa de salud materno infantil” en dos programas: “programa salud de la mujer y género” (desde el cual se ubica este estudio) y “programa niñez”. La atención del “binomio materno – infantil” ha sido una de las formas históricas de abordaje sanitario, y los programas materno

¹¹ disponible en la página web de Facultad de Medicina de la Universidad de la República

- infantiles han estado centrados en la atención del embarazo, del parto y del puerperio, en la medida en que el objetivo ha sido proteger al feto, al neonato, al lactante, al niño. Las mujeres en estos programas han sido consideradas en su condición de embarazadas y de madres (López Gómez et al., 2003). La planificación familiar, ha sido ubicada, durante décadas, como un adendo de los programas materno - infantiles, cuando no resistidas o utilizadas para el control poblacional de los sectores populares¹². La transición en el Ministerio de Salud Pública en Uruguay ha sido paulatina, bajo la influencia de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1994) y del movimiento feminista: el Programa Materno Infantil – el cual contuvo entre los años 1996 – 2000, las primeras acciones estatales en salud reproductiva¹³ - fue sustituido por el Programa Mujer y Niñez (2000 – 2004) y luego por dos programas: Programa Salud de la Mujer y Género y Programa Niñez, a partir de marzo de 2005.

Sí hay un programa para trabajar sobre el binomio materno-infantil, se debe estar dedicando a lo materno-infantil. Desde ya, va una crítica al MSP. No entiendo por qué separaron las dos áreas de pediatría - niños y de la mujer - funcionando como un binomio materno-infantil. Eso responde a presiones más que lógicas, eheee... (tono de risa) a presiones reivindicativas, a veces no tienen mucho asidero sensato. Y yo creo que ese paradigma que responde a una realidad histórica de la humanidad, pero creo que eso son, o a veces son, excesos reivindicativos. De esto como en otras situaciones; sin tener en cuenta los objetivos reales. Hacen cosas que están mal. (E.24)

Este médico decisor no comprende y probablemente ha permanecido ajeno a los debates en este campo en más de una década. Por primera vez aparece la mención a la salud de los varones en la Reforma, pero en una versión reivindicativa, contrapuesta a la perspectiva de equidad de género. El convencimiento de un exceso de recursos destinados para la prevención en salud de las mujeres se confronta, en un entrevistado, con la asunción de nuevos roles sociales de las mujeres, lo que les haría descuidar su propia salud.

No, no creo. Estoy convencido que hay que hacerlo naturalmente que sí. A pesar de que obviamente, que yo soy ginecólogo y no hay que descuidar la perspectiva sanitaria del varón, ¿no es cierto? Porque la mujer tiene en este momento muchísimos recursos en prevención. ¿No es cierto? Y está bien que lo tenga. Yo creo que no está descuidada la salud de la mujer, quizá esté mal promocionada... esté mal conceptualizada y de hecho como la mujer se encarga en las edades que

¹² Un ejemplo elocuente fue la prohibición en la República Argentina, en 1974, por parte de Isabel Perón - mediante el decreto 659 - de las actividades de planificación familiar, aplicando sanciones a quienes comercializasen métodos anticonceptivos o promoviesen su uso mediante la educación. En 1977, el gobierno militar argentino en el decreto 3938 de "Objetivos y Políticas Nacionales de Población" se incluía la eliminación de actividades de promoción de la natalidad (Alonso y Romero, pág. 16., 2004).

¹³ Proyecto: "Incorporación de un Programa de Salud Reproductiva en el Área Materno Infantil con énfasis en la Población con Necesidades Básicas Insatisfechas" - "Maternidad – Paternidad Elegida", dependiente del Programa Materno Infantil, División Promoción de Salud – Dirección General de Salud, MSP – UNFPA.

tiene que arrancar con la promoción, o cuando empiezan los problemas sanitarios de la mujer tiene toda una serie de obligaciones que eso hace también al género. Eso hace que la mujer descuide su propia salud, creo que sí. Insistir en la perspectiva de género, desde la salud es importante pero no tenemos que olvidar la perspectiva de prevención en el varón. El varón está altamente descuidado. No sé le da pelota al varón. O el varón no los quiere tomar y bueno hay que insistir. El Sistema Nacional Integrado de Salud prevé como primeros tópicos, la salud infantil y la salud materna, eh.... salud de la mujer, materno – infantil. (E. 27)

Otras resistencias parecen apuntar a las futuras dificultades de un público aparentemente no deseado, proveniente de los sectores sociales empobrecidos, donde las agresiones son una realidad en la mirada del entrevistado: la violencia y la agresión prácticamente serían patrimonio de los sectores sociales con menos ingresos.

cuando vengan todos estos niños de DISSE, de 0 a 18, deben de venir muchísimas agresiones... ¿qué vamos a hacer? Entonces nos estamos internando en estructuras eh... digamos... este... por supuesto aislados, pero dentro de un sanatorio que no es específico. Por supuesto cuando tiene algún problema que sobrepasa la mandamos a una clínica que debemos contratar. Ahí si la mandamos a una clínica en Montevideo que hemos contratado. (E.8)

Se reproducen así, muchos de los prejuicios sobre las situaciones de pobreza y su vínculo con la violencia. La proyección de la violencia doméstica en las familias pobres, focaliza muy probablemente sobre determinadas manifestaciones de las mismas, a la vez que invisibiliza las modalidades de ejercicio de la misma en los sectores medios y altos. La atención en determinadas estructuras, como un sanatorio, parecerían no adecuadas para el abordaje de la violencia, sería necesaria una clínica específica para su tratamiento. Ello se contrapone sin duda, con la propuesta programática del MSP y con las acciones emprendidas por servicios públicos y privados en todo el país desde mediados de 2007.

Opiniones y propuestas acerca de la integración de la atención a la violencia doméstica en el sistema de salud en el marco de la Reforma

Según da cuenta el Ministerio de Salud Pública¹⁴, hacia noviembre de 2007 ya existían 48 centros de salud públicos y privados con equipos profesionales de referencia en violencia doméstica. La inminencia de los cambios en el modelo de atención ha generado expectativas y aperturas hacia nuevas dimensiones de la salud pública, así como barreras y resistencias a ser superadas. La transformación del paradigma de atención a la violencia doméstica descansa, sin dudas, en las concepciones de género y de salud de las instituciones. El papel de la Universidad de la República y de su Área de Salud será trascendente para promover dichos cambios. El fortalecimiento de las capacidades

¹⁴ De acuerdo a la información disponible en página web del Ministerio de Salud Pública. www.msp.gub.uy

de las mujeres en la defensa del derecho a una vida libre de violencia constituye un desafío, siendo las organizaciones de mujeres uruguayas quienes vienen denunciando esta problemática desde hace más de dos décadas.

La intersectorialidad debería conjugarse con el esfuerzo de las instituciones privadas y de la sociedad civil organizada. Considerar cuáles son las opiniones y los fundamentos de los varones involucrados en la coordinación de programas y servicios y en la atención directa a mujeres es uno de los objetivos de esta investigación. En ese sentido, hallamos un abanico de propuestas que involucran en mayor o menor medida a la estrategia trazada por el Programa Salud de la Mujer y Género. Dichas propuestas abarcan desde la necesidad de capacitación de los recursos humanos, de comunicación social sobre programas de prevención y atención existentes, problematizar los recursos destinados a la atención e impulsar cambios en la calidad de atención. Sin embargo, también existen vacíos en la posibilidad de pensar propuestas e inclusive la negación a que el sistema de salud priorice esta problemática.

Un aspecto clave entonces es la capacitación de los recursos humanos que se desempeñan en el campo sanitario. Conviven diferentes conceptos entre decisores y prestadores, en lo que refiere a enfoques y modalidades de capacitación. Enfoques diversos para la formación - capacitación - sensibilización de los recursos humanos, enraizadas en las propias concepciones sobre el significado de los procesos de enseñanza - aprendizaje y sobre posibles dispositivos pedagógicos. Para algunos, la formación se encuentra vinculada a un necesario diagnóstico situacional, para otros a la interdisciplinariedad y la participación comunitaria.

Y yo creo que hay que crear ámbitos de discusión, talleres. Creo que es la forma más adecuada. Creo que hay que hacer un diagnóstico por zonas, por áreas... Y bueno, y empezar a tratar..., a asistir, a los distintos sectores y hacer evaluaciones. Y ver cuales los tienen. Esa sería mi forma de trabajar. Yo haría eso. Hacer invitaciones abiertas, hacer talleres, con los equipos... básicamente con los equipos multidisciplinarios, con las personas que atienden situaciones disciplinarias en asistencia de la violencia, y hacer evaluaciones previas, de cuales son los conceptos de la población y una evaluación posterior al taller y ver como incide eso en los "medidores de violencia", que no sé si existen, pero debe haber. Cómo podemos decir que una población es más violenta que la otra, o si el requerimiento de esa población es actuar sobre eso. (E.7)

Otros visualizan la capacitación como mera transferencia de conocimientos, desde un perfil en principio más pragmático y vertical en la relación capacitador/a - capacitado/a. Y para unos pocos, serían los médicos los sujetos a privilegiar en la formación

... el médico tiene por finalidad cuidar la salud física y mental de las personas. También depende del tipo de médico que queremos hacer: un médico altamente especializado cuya finalidad es ejecutar un procedimiento y que no tiene mayor peso en la relación médico - paciente no sería necesario que se capacite en esto, pero un médico que trabajan en la comunidad, me parece absolutamente impres-

cindible, es un problema de salud del primer nivel. Pienso en el niño golpeado, pienso en la mujer golpeada, pienso en esas situaciones en que el alcoholismo está tan presente. El médico tiene que estar capacitado, si no... (E.1)

Es de interés señalar que algunos entrevistados priorizan al personal de enfermería y trabajo social – profesiones casualmente integradas mayoritariamente por mujeres. Ello devela las jerarquías y hegemonías internalizadas y el papel de las mujeres y ciertas disciplinas asociadas al cuidado de la salud. Aunque no se alude directamente a las mujeres por parte de dichos entrevistados, ciertas profesiones están feminizadas y ciertos roles se encuentran vinculados a la tarea del cuidado. Es a estas mujeres profesionales a quienes se les encomienda atender la problemática de la violencia doméstica¹⁵.

Uno es ese que mencionaba sobre una capacitación muy básica, muy elemental, sin grandes ambiciones, planteando seis siete pautas elementales del trabajo y abordaje del tema. En el personal de la salud todo. Porque esto muchas veces, por ejemplo en el caso del paciente internado o que está en emergencia, hay que reconocer que hay gente que tiene una tendencia a comunicarse mucho más fácilmente con el personal de enfermería. Y el personal de enfermería son personas que como tienen un contacto mucho más estrecho, captan muchas cosas que el médico no puede captar. Entonces, ahí pasa también una parte importante de este tipo de cosas, por otra parte del personal, que no es el personal médico. Es el personal de salud, en general. Pero después hay otras cosas que son... hilos... que hay que ir... tendiendo hacia el ámbito en el que se mueve el paciente, hacia la sociedad, y que eso es también, parte del trabajo del Asistente Social... si es un lugar como Durazno, un departamento tan chico, con tantas limitaciones, ¿cómo hacer para darle protección a esa mujer y a esa familia y que salga de una situación de riesgo?. Pero al factor de riesgo no es tan fácil darle solución. (E.21)

La distancia establecida entre el “personal médico” y “el paciente”, se encuentra naturalizada y reforzada por el ejercicio cotidiano de las tareas de cuidado. Es de interés destacar sobre el discurso, cómo la posibilidad de comunicarse y de captar situaciones aparentemente imperceptibles para el médico, no parecen ir en detrimento de éste en tanto profesional. De la misma forma que no le correspondería crear redes, “tender hilos” hacia la sociedad. Esta *incapacidad* de ver las formas de presentación de la vio-

¹⁵ Lucila Scavone nos aporta “para una mejor comprensión del trabajo de cuidar es interesante analizar la distinción hecha históricamente entre las palabras inglesas *to care* (cuidar) y *to cure* (curar) que traducen históricamente la constitución del saber/poder médico que separa las actividades de los cuidados de la vida (preventivos) con aquellas ligadas a la reparación instrumental del cuerpo enfermo (curativos). Eso distingue también los saberes, separando aquellos ligados al cuidar, en los cuales las mujeres generalmente dominan, de aquellos ligados al reparar, cuyo dominio está con la ciencia médica” También aporta que “ otra distinción, *caring off* y *caring for*. Estas expresiones en la lengua inglesa remiten a los géneros masculino y femenino respectivamente: las preocupaciones de los hombres con sus familias se hacen, tradicionalmente, mediante la función de proveedor (*caring off*), en tanto las preocupaciones de las mujeres se hacen mediante los cuidados directos y cotidianos que ellas realizan en el interior de sus familias (*caring for*) (Scavone, L; pp.101-102)

lencia doméstica devela una especial *ceguera* para con las relaciones de género y atenta contra las bases mismas del razonamiento médico clásico, que apunta a buscar la “etiología” de los trastornos de salud o en las versiones más cuestionadoras, a integrar los *determinantes sociales de la salud*. Es sabido que, más allá que las mujeres no expresen ser víctimas de violencia doméstica, la misma se manifiesta en signos y síntomas corporales y psicológicos diversos, que parecen ser *invisibles* para algunos entrevistados. Podríamos afirmar que el modelo clínico individual restrictivo (Saforcada, E; 1999), continúa más que vigente para algunos decisores.

Una investigación sobre las experiencias desarrollada en São Paulo por el Programa de Salud Familiar (PSF) muestra en que medida también se encuentran limitaciones en el abordaje a la violencia doméstica desde las distintas profesiones. Más allá que en la propuesta del PSF se intente superar lugares estereotipados: “el médico diagnostica y trata, la enfermera organiza y la asistente social ataca las causas sociales “. Estas limitaciones se presentan aún contando con oportunidades para un abordaje multidisciplinario en el contexto comunitario (Barros, K, 2005). Según la investigadora, ante una problemática de salud es necesario que se cumpla la secuencia de *visibilidad, acogida y asistencia /cuidado*. Según Barros (pp. 130 – 132, 2005), en el PSF existen obstáculos que impiden que la mencionada secuencia, a pesar de contar con todas las garantías para la atención y el registro de los casos de mujeres en situación de violencia doméstica. La mayor impotencia reconocida por no poder lidiar con esta problemática lo manifiestan las médicas, las cuáles, a su vez, son quienes (junto a los gerentes de los servicios) no reconocen la violencia como una problemática de género y sí de índole socioeconómica¹⁶. Las auxiliares de enfermería y las agentes comunitarias son las que dan una mayor visibilidad a las situaciones de violencia doméstica. Es decir que el orden de las tareas parece predisponer en los equipos de salud, su capacidad de visibilidad y de escucha, pero también de asistencia y cuidado. Tanto en Sao Paulo como en Uruguay, si los médicos varones sienten que captar y atender la violencia doméstica no es parte de su tarea y que además no tienen esa “capacidad” de captación y de comunicación, estamos ante una problema grave.

Resulta un tanto complejo, para quienes no se han capacitado en género y violencia doméstica, poder profundizar en lo que refiere a los posibles contenidos de programas formativos.

El “Estudio Multipaís de OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer” (OMS, 2005), señala en las recomendaciones: “entre otras cosas, la formación debería tener por objeto garantizar que los profesionales estén sensibilizados con respecto a las cuestiones relacionadas con la violencia, que traten a las mujeres con respec-

¹⁶ Un trabajo académico del mismo país que analiza al PAISM, reconoce que “aunque las mujeres representen la mayoría de los que prestan y utilizan servicios de salud, las relaciones sociales, tanto a la interna del equipo de salud como entre profesionales y usuarias son guiadas por el poder masculino y por la ideología de género. En la condición de coadyuvantes, las mujeres que integran los equipos de asistencia incorporan prácticas y posturas “duras”, discriminadoras y no solidarias, lo que resulta en una modalidad de atención fría y sin acogida en el sentido humanitario” Ana María Acosta y Estela Leao Aquino, “Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira” em “Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas” ABRASCO – ALAMES - 2000.

to, que mantengan la confidencialidad, que no refuercen sus sentimientos de estigma y de culpa, y que sean capaces de prestar una atención adecuada o derivar los casos cuando sea necesario”. Estos aspectos, a nuestro entender, deberían atravesar la currícula de grado y posgrado e integrar los sistemas de evaluación tanto de la formación como del ejercicio profesional.

Es interesante observar cómo algunos profesionales entrevistados que aún no han entrado en contacto con la Guía de Abordaje a situaciones de violencia doméstica en el primer nivel de atención, plantean justamente la necesidad de contar con un instrumento de este tipo. Algunos entrevistados conocen los recursos comunitarios y tienden a trabajar en red y a involucrarse con la problemática:

nosotros por ejemplo acá hemos abordado el tema que tiene que ver con los pacientes psiquiátricos en régimen de medidas curativas...este... que muchas veces también abordan el tema de la violencia doméstica y hemos hecho un sistema ajustado entre integrantes de salud pública e integrantes del poder judicial, integrantes del ministerio del interior en donde lo que se procura es coordinar, aceitar un funcionamiento entre estas tres instituciones... todo es un gran desbarajuste, sino hacemos programas integrados entre esas instituciones y capacitamos gente...no pasa por el tema de crear y fabricar recursos, no pasa por el tema de nombrar gente pasa por el tema de ajustar a nivel de programas internos multi e interinstitucionales esas situaciones...a mi me parece que más allá de las medidas puntuales que se puedan tomar en cuanto a un paciente, me parece que la base está en este tipo de creación de programas en donde cada individuo dentro de una institución tenga un rol asignado claro y preciso de lo que tiene que hacer. (E.23)

Bueno, la capacitación primero, la sensibilización a nuestras técnicas nuestros técnicos y no por... yo te dije no tengo la luz, porque en realidad del tema hay que hablar y hay que sensibilizar sobre el tema. Pero el Estado, o qué ONG le puede aportar algo a esas mujeres que... que... que reconocen, primero tienen que reconocer que tienen un problema de violencia doméstica, porque muchas ni se dan cuenta, y habíamos hablado, que no sólo pegarles, el maltrato por el no... no poder decidir, no tener opiniones, eso ya es violencia. Y... y bueno, una vez que la mujer, en el extremo de que bueno se anima a denunciar al marido golpeador y no sé qué, bueno, nosotros tenemos las Comunas Mujer, por hablar. Vamos, y hay abogados que la asesoran, pero después esa mujer tiene que volver a su casa, y creo que ahí está lo que le falta un poco más, ¿no?, un centro en que la mujer pueda afrontar sus cosas y... y... y estar acompañada con sus hijos o... o que la ley... no sé, al hombre lo excluya de la casa, o... o no sé, pero me parece que la mujer por ahora, se anima pero no tiene el respaldo que realmente necesita. Yo no... no me lo imagino cómo hacerlo, pero siento que... que la mujer ahora toma conciencia, toman valor, pero no alcanza todavía, falta. (E.13)

Las campañas informativas son mencionadas como una estrategia a utilizar. Llama la atención que aparezca el “sujeto omitido”, es decir el varón que comete violencia doméstica como alguien a quien deben dirigirse los mensajes, tanto para interpellarlo como para atender la problemática en su carácter de “victimario”

No tengo claro, cuales son las cosas que desde el Sistema de Salud son más efectivas y eficientes, no sé. Sí tengo claro que las campañas, y las campañas remarcando que la violencia doméstica es absolutamente condenable, una condena moral fuerte la tiene que sentir la presión el violento, tiene que sentirse como lo que es, un delincuente...que es despreciado por ser violento, yo creo que tiene que jugar muy fuerte, ¿no? (E.7)

Yo siempre me pregunté, es por lo general lo que yo veo es que las campañas, o las campañas no: el abordaje que se da es a la víctima, y por lo que he preguntado no hay forma o es muy difícil abordar al victimario, o sea que si se pudiera encontrar una... un mecanismo como para abordar al victimario, creo que sería de mayor impacto todavía. Porque el victimario deja a una víctima para agarrar a otra víctima, o sea que el impacto mayor sería poder hacer un programa que contemplara o ver cómo podemos hacer para que el victimario deje de ser este... violento o poder apoyarlo, capaz que se puede hacer este... capaz que no lo hace por opción personal, le sale, entonces digo, capaz que hacer algo como para este... tratar de solucionar al victimario, que ahí se solucionarían todas las víctimas... (E.16)

Se menciona la intervención judicial y la necesidad de contar con refugios transitorios. Es destacable el supuesto para un médico decisor del sub sector privado, respecto a la necesaria salida de la mujer del hogar, para “recluirse” en otro sitio.

Yo creo que la Justicia, como todos estamos viendo, está con grandes problemas. Tiene que haber alguna forma. Bueno, eso que decíamos hoy de crear frente a un caso específico de que una mujer no pueda volver al hogar, esos lugares que se llaman... no sé el nombre... esos lugares, digamos, específicos. Que igual es difícil. ¡No la van a tener indefinidamente ahí! La tienen que mandar o con la madre o con no sé quien, siempre que sea una persona joven. Es decir, lugares, donde la mujer se pueda recluir por un tiempo, hasta que la situación desde el punto de vista judicial se... No son situaciones fáciles... Si la mujer tiene que volver a la casa... (E. 8)

Pensar a los servicios de salud por fuera de las “políticas de estado”, es parte de la misma lógica que escinde a la salud en compartimientos físicos, psíquicos y sociales. También, la violencia queda depositada – una vez más – en los sectores empobrecidos.

Hay que ver por qué se genera esto. El diagnóstico específico. Si es como decíamos, hay una alteración mental en la gente... Por qué se va produciendo esto. Si es en los estratos sociales más inferiores. ¿Cuáles son las causas de esta violencia?, no? Si es que está aumentando...

Usted haría como un diagnóstico, ¿no?

Un diagnóstico. Y ahí por supuesto, no es fácil, si es..., porque hay mayor pobreza, hay una alteración mental... Bueno, la parte que se puede tratar desde el punto de

vista físico, psíquico, ¿no? Pero el resto de todos los temas... Que haya una sociedad más justa, que la gente tenga menos problemas... son políticas de Estado, no nos corresponde a nosotros... (E.8)

La calidad de atención en los servicios sanitarios es un aspecto clave que muy pocos de los entrevistados tienden a considerar entre sus argumentos. Uno de ellos hace mención elípticamente, asociando calidad con tiempo adjudicado a la consulta. Ello sin duda es importante pero no asegura necesariamente que permita captar, visibilizar y/o atender la violencia dirigida hacia las mujeres, pues integrar la mirada de género no depende sólo del tiempo disponible en la consulta.

Bueno, la primera es tratar de modificar la forma en que se atiende a la gente, dándoles más tiempo. Yo le decía hoy, un pediatra, en las instituciones mutuales y en salud pública pasa algo similar en dos horas tiene que ver doce pacientes, así que lo más probable es que se le escapen detalles. Y esto no es un detalle. No solo de esto, sino de otros aspectos, de la crianza... (E.10)

Es interesante contraponer el siguiente testimonio con otras opiniones ya mencionadas. El entrevistado parece equiparar la problemática de la violencia doméstica con la atención pediátrica, luego se contradice. La violencia es un “detalle”, pero luego no es tal. La comparación no resulta feliz.

La medicalización de la violencia doméstica es un posible obstáculo a un abordaje integral, dadas las capacidades actuales de los médicos ante esta problemática, capacidades que descansan en una formación que aún prioriza los componentes biológicos ante los socioculturales. Pero, una línea de fuga sería desresponsabilizar a los médicos de una problemática considerada prioritaria por la actual salud pública.

tiene que estar masificada la información sobre este problema, tiene que seguirse hablando en todos los aspectos (...) distintos sectores sociales, este aspecto no sólo en la salud, creo que al enfocarlo sólo desde el punto de vista... es salud, pero sólo el punto de vista médico, medicalizar el problema no sería bueno, porque si lo medicalizamos, sólo lo detectamos médicos y sólo lo curamos médicos o sólo lo abordamos médicos, perdemos la gran mayoría del tiempo... tiene que ser abordado de todos los puntos de vista, lo religioso, lo político... los distintos ambientes sociales ...si lo sectorializamos sólo a los médicos, no vamos a lograr un buen... impacto. Tiene que ser en todos los ambientes sociales porque influyen todos. ...Y en cuanto a los médicos, creo que el hecho de detectarlo en las policlínicas de cualquier especialidad, el hablar del tema, el prepararse de determinada manera, abrir la apertura intelectual de cada uno para abordar el tema, eso le va a dar un estee... un... un impacto bueno y capaz que solucionar en parte el problema. (E.10)

Una mirada integral proviene de un profesional del campo de la educación y decisor en políticas públicas, el cual reivindica la intersectorialidad, la prevención, la educación y la comunicación en salud y en violencia, desde una perspectiva de derechos y apostando al empoderamiento personal y colectivo.

Si, yo creo que necesitaría una estrategia que va por distintos planos, como el aspecto de la educación, la educación no es solo la educación formal. Pero, la educación formal tiene que incorporarlo, particularmente en la niñez y la adolescencia, que creo son períodos claves, para la formación de la personalidad de las niñas y los varones. Creo que eso sería realmente muy importante que se (integre) en el contenido curricular, y por otro lado también en el ángulo de la salud, desde el Sistema de Salud, el desarrollo de acciones que visibilicen estas situaciones, que generen también un empoderamiento, o sea, actitudes de las personas..., o sea, de las víctimas, que están más desfavorecidas asuman una actitud fuerte de derechos, de defensa de sus derechos, y generen espacios como para que el colectivo los reconozca y problematice la realidad cotidiana, o sea, que la realidad cotidiana funciona a veces sobre normas que no están claramente visibilizadas, y expresadas, entonces, discutir las y cuestionarlas creo que es importante a nivel de ir cambiando las pautas culturales y de ir modificando las formas como los sistemas actúan sobre las personas, no? También creo que el tema de los medios de comunicación es muy importante en esto, o sea, debe haber un involucramiento de los medios de comunicación, por eso en esta campaña que te decía, debería ser una parte muy interesante, incluso a nivel de la comunicación interna institucional, factor en el cual nosotros tenemos algunas herramientas, del tipo: boletín semanal, una revista mensual. (E.18)

La ausencia de la mención a los psicólogos, es otro de los ítems a considerar, dada la potencial trascendencia de esta disciplina en el abordaje de la violencia doméstica.

Es decir que, en cuanto a la intersección de la problemática de la violencia doméstica y su posible abordaje desde el sistema de salud, en el contexto de los cambios, existen diferentes líneas argumentales. Si bien la capacitación es mencionada por clínicos y decisores, por actores en el sector público y privado, por quienes manejan conceptos más amplios y más restrictos respecto a salud y género, como un aspecto clave para el abordaje de la violencia doméstica en el sistema de salud, la intencionalidad, la modalidad y los sujetos protagonistas refiere a múltiples necesidades, intereses y deseos de los entrevistados. La lejanía con la que se percibe la problemática por parte de algunos decisores se confronta con el alto interés de otros, lo que demuestra la heterogeneidad de posicionamientos en el contexto de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Otras problemáticas y desafíos sanitarios quizá no conciten tanta distancia conceptual y niveles de implicación como la violencia basada en el género y una de sus más frecuentes manifestaciones: la violencia doméstica.

Conclusiones

Es evidente que la mayoría de los entrevistados tienen un escaso manejo conceptual acerca del vínculo entre género y salud. Las prácticas profesionales – sea en el nivel de los decisores, sea de quienes atienden a las mujeres consultantes - se encuentran restrictas al ámbito clínico y responden a una concepción paralizada de los problemas de salud, descontextuada de la estrategia de APS. Existe una distancia apreciable entre lo que debiera ser la atención y lo que sucede en la cotidianidad del ejercicio profesional. Los grupos focales confirman estas apreciaciones.

Es posible observar una adecuación a los tiempos actuales en el discurso de algunos entrevistados: se aproximan al concepto de género como constructo social y cultural, pero luego oscilan o pierden consistencia cuando ello se traduce en aspectos operativos en la atención a los problemas de salud y específicamente en la atención de la violencia hacia las mujeres.

Está profundamente arraigada en el lenguaje de algunos varones médicos la representación en clave masculina de quien consulta, donde *la mujer* se diluye primero en *paciente* y luego se masculiniza en *el paciente*. La mujer es un/el paciente, se diluye la dimensión de *lo femenino* en un *masculino genérico*. La invisibilidad de la mujer en tanto sujeto de derechos, posibilita que luego se torne invisible la violencia de género en los consultorios. La “discapacidad” de varios de los médicos entrevistados para poder comunicarse, captar, visualizar la violencia hacia las mujeres, acaba siendo una impotencia naturalizada. Serán otras disciplinas - subordinadas a la biomedicina - en particular las ejercidas mayoritariamente por mujeres, las portadoras de una *sensibilidad especial* para captar, comunicarse y atender las consecuencias de la violencia doméstica. Un verdadero *don femenino*. Sin embargo, aunque minoritarias, aparecen entre los entrevistados, posturas críticas a la formación médica y a las prácticas profesionales del colectivo médico frente a estas limitaciones. Allí descansa un potencial transformador, más aún cuando se trata de personas con poder de incidir en la planificación y en la capacitación de los recursos humanos.

Si bien los discursos misóginos son escasos entre los entrevistados, vale la pena prestar atención a ellos - tanto en su condición de profesionales que ejercen la atención directa como en su condición de decisores de diverso grado en el sistema sanitario – ya que estos discursos reflejan resistencias a los avances del Programa Salud de la Mujer y Género y del propio Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, la mayoría de los entrevistados manifiesta su rechazo a la violencia doméstica y a las formas de masculinidad asociadas a ella. La ajenedad a la problemática de la violencia doméstica parece mayor entre los médicos que entre los otros profesionales consultados. El reconocimiento por parte de decisores y clínicos de las limitaciones en la formación en género en el campo sanitario, ofrece una pista para incidir en el campo de la formación de pre y posgrado.

La incapacidad de visualizar y abordar la violencia doméstica en la consulta, devela la vigencia de un modelo reduccionista en la práctica médica, que no parece afin a una verdadera práctica integral, intersectorial y con arraigo comunitario. Algunos tramos de los textos citados, dan cuenta que la problemática no es meramente un tema de sensibilidad de cada uno de los profesionales en un determinado contexto, sino que se inserta en la tensión entre las prácticas sanitarias que apuestan al desarrollo de ciudadanía y una medicina desropada de su componente social y ético. La integración de la perspectiva de género en la formación y en la práctica de las profesiones que se posicionan como promotoras de salud, sería uno de los caminos a recorrer para colaborar en la disminución de la incidencia de la violencia doméstica que padecen las mujeres y del tratamiento oportuno en el propio Sistema Nacional Integrado de Salud.

Bibliografía

- Aguirre, R; Bonino, M; Espino, A; Sapriza, G. (2006) *Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay*. – Programa Nacional Salud de la Mujer y Género – MSP. Montevideo.
- Almeida, C. (2004) – “*Panorama de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe*”. Documento ponencia en Curso “*Adaptándose al cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del sector salud*”. Mérida. México.
- Alonso, V. y M. Romero (2004). “*La institucionalización de la salud reproductiva en Argentina: desafíos en la organización de los servicios y la definición de las prestaciones en contextos restrictivos*” en “*Proceso de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina. Cinco estudios de caso*”. G. Nigenda, A. Langer, M. López, E. Troncoso (coordinadores). Fundación Mexicana para la Salud. México.
- Arias, 1994. “*Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*” Editorial Harcourt Brace. 2º edición. Madrid.
- Armas, A. (2005). “*Redes e institucionalización en Ecuador. Bono de Desarrollo Humano*”. Unidad Mujer y Desarrollo Proyecto “*Gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe*” Cuenta para el Desarrollo de Naciones Unidas. UNIFEM. Santiago de Chile.
- Barros, K. (2005) “*Violência contra a mulher y Programa Saúde da Família: a emergência da demanda na visao dos profissionais*” en “*Gênero e Saúde. Programa Saúde da Família em questao*” W. Villela y Simone Monteiro (organizadoras) – ABRASCO - UNFPA
- Cardaci, D. (2004) “*Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*” – Universidad Nacional Autónoma de México – Programa Universitario de Estudios de Género – Universidad Autónoma Metropolitana - OPS /OMS. México
- Connell, R. (1998) “*El imperialismo y el cuerpo de los hombres*», en «*Masculinidades y Equidad de género en América Latina*». Teresa Valdés y José Olavarría (eds.). FLACSO/ UNFPA. Chile.
- Costa, A.M, Merchán – Hamann,E; Tajer, D. (2000) “*Saúde da mulher na reforma sanitaria brasileira*” em “*Saúde, equidad e género. Um desafio para as políticas publicas*” ABRASCO – ALAMES - Brasil
- De los Ríos, R: (2004) “*Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción*”, en Gómez Gómez, E. (ed.) *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541- OPS/OMS, Washington.
- di Giacomo do Lago (2004, p.50) – “*La participación ciudadana en la toma de decisiones con respecto a la salud de la mujer en Brasil*” en “*Proceso de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina. Cinco estudios de caso*”. G. Nigenda , A. Langer, M. López, E. Troncoso (coordinadores). Fundación Mexicana para la Salud. México.
- Güida (2003) “*The role of men and boys in achieving gender equality*” EGM/Men-Boys-GE/2003/ OP.1. DAW/ ILO/UNAIDS/UNDP en Expert Group Meeting. Versión electrónica, disponible en página de DAW. Brasilia
- Güida (2003). “*El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas*”. Revista AUDEPP. Montevideo.
- Güida, C; Martínez, I; Salles, G; Scarlatta, L. (2007) “*De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en la pobreza extrema*” PNUD - UNIFEM. Editorial Trilce. Uruguay.
- Gómez Gómez, E. (2002) “*Equidad, género y salud: retos para la acción*” Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.11 no.5 - Washington.

- López Gómez, A. (coord.); Benia, W; Contera, M; Güida. (2003) *“Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas”* Ed. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología – Montevideo.
- Menéndez, E. (1985) “El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos.” *Revista Desarrollo Económico*, vol. 24, No. 96 (enero-marzo) pp. 593-604
- Molineux (1985): “Mobilization without emancipation? Women’s interests, state and revolution in Nicaragua” en *Feminist Studies*, Vol. 11, N° 2, 1985.
- Moser, C. (1991): “La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género” en Guzmán, Portocarrero y Vargas (compiladores): *Una nueva lectura: género en el desarrollo*, Flora Tristán, Perú, 1991.
- Observatorio de Salud de la Mujer (2005) - *Informe Salud y Género 2005*. Secretaría General de Sanidad. Agencia de calidad del Sistema Nacional de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España
- OMS (2002) *“Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género”*. Versión electrónica.
- OMS, 2005 “Resumen del Informe Estudio Multipaís de OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia” p.43. Versión electrónica.
- Rudolf, S. (coord.), Bagnato, M; Güida, C; Rodríguez, A. (2007) “Participación Ciudadana en el MERCOSUR Ampliado. Resultados de Uruguay. Informe Final. - FUNSALUD /Facultad de Psicología – UdelaR. En edición.
- Saforcada, E. (1999) “Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud.” Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Scavonne, L. (2005) *O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir* en “*Gênero e Saúde. Programa Saúde da Família em questão*” W. Villela y Simone Monteiro (organizadoras) – ABRASCO - UNFPA
- Scott, P. (2005)– “*Género, familias e comunidades: observações e aportes sobre o Programa Saúde da Família*”, pp.87/88 en “*Genero e Saúde. Programa Saúde da Família em questão*” W. Villela y Simone Monteiro (organizadoras) –ABRASCO - UNFPA
- Vitale, A. (2005) “*Adolescentes y sexualidad en la prensa escrita en “Sexualidad en Adolescentes y Jóvenes: Significados, discursos y representaciones”* – Alejandra López (coord.) Edición Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Rosgal.

OBSTÁCULOS Y RESISTENCIAS DEL SECTOR SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO UN PROBLEMA DE SALUD POBLACIONAL

Jorge Rondán Moumdji

Breve Introducción

En este capítulo los/as lectores van a encontrar una breve introducción al tema de la Violencia Doméstica, con las consiguientes definiciones sobre violencia, agresión y daño para luego si adentrarnos al análisis de las entrevistas. Tomamos como ejes analíticos los siguientes elementos: a) los obstáculos epistemológicos y epistemofílicos que presentan los entrevistadores para concebir la violencia doméstica como un problema social multicausal y de salud poblacional, b) las resistencias de los planificadores, gestores y efectores en salud, públicos y privados para atender los derechos en salud de las víctimas- sobrevivientes de violencia doméstica.

Violencia Doméstica, un problema social multicausal y de alta complejidad para la Salud Pública

Abordar la Violencia Doméstica como una violación de los derechos humanos, como una construcción socio-cultural, política y como un problema de Salud Pública¹ implica comenzar una nueva etapa del conocimiento sobre esta temática. La violencia doméstica debe descentrarse como cuestión individual, conyugal, privada, silenciosa, invisible y minoritaria. Este descentramiento es doblemente funcional: a) permite afrontarla como un fenómeno social, complejo, universal, histórico y pandémico que ha atravesado las distintas culturas; b) la violencia doméstica puede ser reconocida como un problema innominado hasta hace pocos años, siendo que “descubrimos” sus raíces en los albores mismos de la humanidad.

Es decir proponemos complejizar su mirada y su abordaje desde un modelo ecológico de análisis.

La violencia doméstica (de aquí en más VDCM) es una de las formas de manifestarse la violencia basada en el género que las mujeres han padecido y sufren como consecuencia de una cultura patriarcal que las subvalora como sujetas y ciudadanas y las discrimina en el reparto del poder y de los bienes sociales y culturales. América Latina es testigo de las mujeres muertas en cada uno de los países a mano de sus

¹ Ejes de análisis propuestos por la Dra. Sandra Romano (2007)

parejas, ex -parejas o pandillas (feminicidio), de ser objeto de abuso sexual, tanto en el ámbito privado como público. Las cifras de denuncias por violencia psicológica y física crecen a pasos acelerados en los distintos países. La desigualdad de oportunidades para las mujeres, en la educación, en el pago de los salarios y en el acceso al poder son fenómenos denunciados a lo largo y ancho del continente. Además de estas realidades tan crudas y deshumanas las mujeres desde tiempo inmemoriales han sido objeto de tráfico y venta con fines de comercio sexual (prostitución). La creciente feminización en el contagio de VIH- SIDA junto con lo expresado más arriba demuestra la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres en su cotidianeidad. La lucha histórica e incansable de los movimientos feministas en pro de los DDHH para las mujeres (CEDAM, Belém do Pará) no han impedido que la violencia de género continúe su desarrollo y genere tanto sufrimientos, dolores, pérdidas y obstáculos para el desarrollo social, económico y ciudadano.

La VDCM tradicionalmente ligada al ámbito del hogar, a la vida privada de la familia está dejando sus estrechos límites físicos para extenderse al ámbito de las relaciones afectivas marcadas por la violencia. ¿Ahora bien como diferenciamos violencia, agresión y daño?

Agresión²: «es la conducta mediante la cual la agresividad se pone en acto». Es un acto comunicativo, por lo cual tiene un origen (agresor) y un destino (agredido), siendo el mensaje, la agresión que puede ser: física, verbal, sexual, etc. Puede dirigirse hacia el otro (heteroagresividad) o hacia sí mismo (autoagresividad). ¿Cuál es la intencionalidad del acto agresivo? La agresión busca ocasionar un daño. Una persona agresiva será aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y frente a tal construcción cognitiva, reacciona con conducta de ataque y defensa.

Violencia³: Es el ejercicio abusivo del poder que se da en ecuaciones relacionales asimétricas, que pueden ser reales o imaginarias. **La violencia intenta doblegar, anular, controlar, someter, dominar al otro en tanto alteridad** más allá de que pueda en último término producir un daño. En nuestra cultura la violencia siempre ha sido legitimada como forma de resolución de conflictos. La violencia es una forma de control que se apodera de la libertad y de la dignidad de quien la padece.

Daño⁴: cualquier acción u omisión que menoscabe la integridad del otro.

Toda relación de abuso en una pareja no es necesariamente objetivable, a menudo deriva de la construcción de significados que ambos le han ido dando a la relación y que están atravesados por las historias vinculares de cada uno, la cual será comprensible mediante el desciframiento de códigos interpersonales.

La VDCM no es la expresión de un impulso, sino de un patrón de relacionamiento que tiene tres fases⁵ o etapas predecibles, que se repite una y otra vez. La distancia

² Jorge Corsi (2003: 19)

³ Ob. Cit. (2003: 23)

⁴ Ídem

⁵ Teoría del Ciclo de la VDCM de Leonore Walker (1995) *Abused women and Survivor Therapy. A practical guide for the psychotherapist*. Washington, D.C. : American Psychological Association

entre ciclo y ciclo puede ser diferente en cada agresor, al igual que el tiempo de duración de cada una de las etapas. Dicho patrón conductual puede ser crónico, permanente o periódico.-

Primera fase: **«Fase de Acumulación de Tensión»**, el hombre se muestra irritable y molesto. Las características de su pareja le incomodan y molestan por lo cual la humilla, degrada o la ataca físicamente. La tensión no disminuye y la mujer, a pesar de que realiza enormes esfuerzos para calmarlo, no lo consigue.

Segunda Fase: **« Episodio Agudo»**: La tensión que el agresor viene acumulando en la fase anterior se libera de forma abrupta, como una explosión de violencia que puede oscilar del simple empujón al homicidio. Es en este momento cuando muchas mujeres acuden a hospitales u otras instituciones solicitando ayuda y protección legal. Después de este incidente, el hombre se relaja y la tensión disminuye.

Tercera Fase: **«Luna de Miel»**: el agresor se arrepiente, promete que nunca más la va a lastimar e intenta «cambiar sus conductas». Se vuelve seductor, realiza obsequios y paseos para sus hijos e hijas, busca mediadores en la iglesia, la familia o las instituciones. Todas estas estrategias procuran revertir el rechazo de su mujer y conseguir que ella vuelva al hogar.-

Una vez que la pareja se acomoda, el ciclo comienza a generarse de nuevo. La escalada de violencia comienza por conductas agresivas como: no tenerla en cuenta, hacerse el que no escucha las propuestas de su pareja, decir que SI y al rato cambiar por un NO, ridiculizarla delante de conocidos, ignorar o criticar su forma de pensar, compararla con otras personas. Todas estas acciones van preparando el terreno propicio para generar confusión, desorientación y desequilibrio emocional de la víctima con el propósito de que no pueda rearmarse defensivamente. Prontamente pueden comenzar los insultos, las descalificaciones, la desvalorización y acompañar esto con pequeñas violencias físicas como: tirar del pelo, apretar, asustar, etc lo cual va generando mayor indefensión en la víctima. Generalmente la víctima es forzada a cortar sus vínculos significativos, perdiendo una red de apoyo en familiares y amigos y sintiéndose más culpable, sola, triste y deprimida. La habita el miedo y no sabe como encontrar una salida. A continuación puede (aunque no en todos los casos) comenzarle a pegar en lugares no visibles, luego a someterla físicamente, a violarla, siendo el último eslabón de esta escalada de VDCM, el homicidio.

Vivir estas situaciones de gran stress y sufrimiento junto con los mandatos de género, los ideales femeninos aprendidos, las presiones familiares y la falta de respuestas institucionales van tallando en la subjetividad de la víctima dos síndromes que obstaculizaran la búsqueda de ayuda y la resolución de la situación.

Síndrome de la Mujer Maltratada⁶

La mujer maltratada ve al golpeador como un enfermo y considera que es su deber de género aliviarlo, comprenderlo, perdonarlo. Niega el proceso de victimización

⁶ Corsi, Jorge (2003: 65)

que padece, no teniendo registro del creciente abuso al que es sometida. Siente que sus conductas son la causa de la respuesta agresiva de su pareja. Para muchas es inimaginable una vida diferente, desaprovechan oportunidades y descartan la posibilidad de buscar la autonomía y la independencia.

Síndrome de Indefensión Aprendida⁷

Es un síndrome aprendido por las mujeres víctimas de violencia mediante la cual llegan a un convencimiento paralizante que se expresa en frases como: «hagan lo que hagan no va a poder tener una vida libre de violencia», «que nadie puede controlar y detener la conducta violenta del agresor», «que cualquier acción puede generar aún más problemas para ella y /o sus hijos/as». Se genera de esta forma un refuerzo del anudamiento vincular con el agresor que la lleva a percibirse como un apéndice de otro que la sostiene. «La protección de la desprotección», una suerte de fuerzas encontradas y ambivalentes. La mujer se siente resguardada en esa estructura vincular de maltrato cotidiano que enfrentando (dificultades emocionales y cognitivas mediante) una nueva vida libre de violencia.

Modelo de Análisis Ecológico

Jorge Corsi, especialista argentino en VDCM y masculinidad toma el aporte teórico propuesto por U. Bronfenbrenner y lo adapta a la comprensión de la VDCM para demostrar la complejidad del tema y las distintas variables que sobredeterminan un vínculo violento.

MACROSISTEMA: es el nivel donde encontramos las creencias sociales, los mitos, las distintas ideologías a cerca de lo qué es ser varón, qué es ser mujer, qué son los niños y las niñas en esta sociedad. También la concepción del poder, la autoridad y la construcción social de la familia. Estos entramados simbólicos cuyo origen se remontarían al inicio mismo de la creación de la cultura y que luego son enriquecidos y asimilados por la cultura judeo-cristiana han ido conformado una superestructura patriarcal. Los pilares fundamentales son: el varón como modelo natural e incuestionable de la humanidad (androcentrismo), el falocentrismo, el sexismo, el modelo heterosexual como única elección de deseo posible, las mujeres como modelo imperfecto del hombre (misoginia).- Estas construcciones culturales se cristalizaron en forma objetivable en las instituciones sociales y en las prácticas cotidianas e históricas de la humanidad.

EXOSISTEMA: es el nivel articulador entre el nivel macro de una sociedad y el nivel individual. Aquí encontramos las instituciones sociales como: la educación, las leyes que regulan la convivencia social, el poder judicial, las iglesias, los medios masivos de comunicación, los organismos de seguridad ciudadana, las instituciones y sistemas de salud y las organizaciones sociales y recreativas. Todas ellas de diferentes formas contribuirán en cada sociedad a determinar qué es ser varón y qué es ser mujer. En

⁷ Corsi, Jorge (2003:67)

tanto modelos imperantes, desconociendo la diversidad de formas de ser; educarán, disciplinarán y castigarán. Por ende la existencia de varones violentos, encuentra sus raíces más profundas en lo social, en las distintas violencias sociales, en la habilitación consuetudinaria de la violencia como solución de conflictos, en la legitimación jurídica.-

MICROSISTEMA: es el nivel de análisis individual, donde el sujeto aparece sujeto a su sociedad y por ende a la cultura o subcultura que lo contextualiza y da sentido a su existencia. Aquí encontramos la cristalización y atravesamientos de significantes y experiencias que se organizan a diferentes niveles: a) la historia familiar, b) los procesos de socialización de género, c) el aprendizaje de la violencia.

En síntesis este nivel posee cuatro dimensiones: 1) la dimensión cognitiva, es decir, las estructuras y esquemas cognitivos con los cuales percibir y conceptuar el mundo, 2) la dimensión conductual, el repertorio de comportamientos con los cuales los varones se relacionan con el mundo, 3) la dimensión psicodinámica, es decir la dinámica intrapsíquica: lo consciente y lo inconsciente, 4) la dimensión interaccional, es decir, las pautas de comunicación y relacionamiento interpersonal.

Perfil del Varón Golpeador⁸

No todos los varones son violentos o golpeadores. Aquellos que violentan a sus parejas, son hombres que además de vivir el mismo proceso de socialización de género, han hipertrofiado los ideales masculinos⁹ como una suerte vicaria de tapar su baja autoestima, carencias contextuales, situaciones de violencia vividas en su historia familiar y fundamentalmente porque perciben y confirman, «una debilidad institucional en sinergia negativa con la cultura patriarcal que favorece y provoca situaciones de impunidad»¹⁰. La baja autoestima revela dificultades para el desarrollo de sus recursos personales por lo cual quien lo cuestione, interroge o frustre será vivenciado como un agresor que evoca, resuena y presentifica, frustraciones o situaciones violentas pasadas, no resueltas o disociadas. La frustración causada por una mujer mediante el activo NO o mediante la pasiva omisión genera en estos hombres un alto monto de ira que al no poderla mentalizar, analizar, canalizar mediante el diálogo y la palabra se ven inundados por un exceso de tensión y una «vivencia subjetiva de que van a explotar»¹¹.

Mediante la violencia buscan el control y la dominación de la mujer, no importándoles los costos y sus consecuencias, pues para ellos su mujer es un objeto sin deseo y de su propiedad. Una vez que han violentado no asumen su responsabilidad (negación)

⁸ Sistematizado por Jorge Corsi (2003: 43)

⁹ Mabel Burin y Irene Meler tomando los aportes de Luis Bonino Méndez, en su libro Varones han descrito en forma sintética los pilares del Modelo de Varón Hegemónico. El ideal máximo de autosuficiencia basado en el dominio y el control, reuniría otros 4 ideales subrogados: 1) La masculinidad se construye por desidentificación con lo femenino (Nada de femenino), 2) La masculinidad se valoriza por la identificación con el padre (es esencial ser una persona importante), 3) La masculinidad se construye en la lucha o rivalidad contra el padre (Ser un hombre duro), 4to, La masculinidad se construye sobre la base la violencia.

¹⁰ ¡Ni una más! OPS/OMS (2007:5)

¹¹ Vivencia muy trabajada con los varones violentos por Roberto Garda en «La Misoginia en el discurso y acción de los hombres» www.hombresporlaequidad.org.mx

o la minimizan: «no fue para tanto» o responsabilizan al más débil, «ella me provocó», «ella tiene la culpa», «ella me saca de las casillas» como una forma de no reconocer su poder destructor que ha sido colocado en el otro. En el ámbito público suelen manifestar lo que se ha denominado «doble fachada», es decir, manifiesta su otra cara de la no violencia. Suelen ser amables, sumisos, dependientes, seductores, tímidos, solidarios, respetuosos, comprensivos y cordiales. Demuestran según Jorge Corsi (1995) ser una persona devota de su casa, amistosa, que se preocupa por los demás. Dado que en el ámbito externo no ponen en juego sus dificultades emocionales logran mantenerse tranquilos, haciendo que su mujer aparezca desbordada afectivamente.- Son resistentes al cambio. Buscan compañeras sometidas a las fuertes exigencias del Ideal de Género Femenino (sumisas, vulnerables, dependientes de la protección masculina, que han sufrido VDCM en su historia personal o vivieron con figuras paternas autoritarias).

En suma, apegarse a la letra del ideal los hace sentir superiores, narcisísticamente plenos, en tanto encarnan los ideales sociales de su género.

Luego de esta breve introducción conceptual sobre los hombres violentos y las mujeres víctimas de VDCM que amplía lo ya expuesto (ver marco teórico) pasaremos a analizar los discursos, argumentos y construcciones ideológicas que recogimos de los entrevistados varones como representantes del sector salud de nuestro país que planifica, decide, gestiona y atiende a las víctimas de violencia basada en género.

Utilizaremos como ejes de análisis: a) los obstáculos epistemológicos y epistemofílicos para concebir la violencia doméstica como un problema social multicausal y de salud poblacional, b) las resistencias de los planificadores, gestores y efectores en salud, públicos y privados para atender los derechos en salud de las víctimas- sobrevivientes de violencia doméstica.

Los obstáculos epistemológicos

La lectura pausada y profunda de las 32 entrevistas nos hacen pensar en la presencia de obstáculos epistemológicos y epistemofílicos en los discursos desplegados y en el acercamiento o distancia que ponen para tratarlo. Entiéndase por «obstáculos epistemológicos» las limitaciones, impedimentos, concepciones ideológicas que afectan la capacidad de los individuos para construir conocimiento.

Por «obstáculos epistemofílicos» entiéndase aquellos impedimentos de orden emocional, elementos reprimidos o disociados, angustias, entre otros que pueden entorpecer el acercamiento al objeto de conocimiento o intervención. Cabe destacar que en la fase de realización de entrevistas encontramos bastante rechazo de posibles entrevistados, pues cuando decíamos el tema, los entrevistados se excusaban diciendo: no tener tiempo, el desinterés por la temática o que tenían muchos pacientes en su consulta.

Comenzadas las entrevistas fueron emergiendo, en forma sutil nuevas resistencias. La displicencia para definir qué entienden por violencia se manifestó por medio de rodeos, quejas, pausas, tiempos alargados para dar una respuesta válida, etc. Gran parte de ellos se sienten sorprendidos por las preguntas. No pensaron en que les estábamos proponiendo una entrevista en profundidad creían que le haríamos una encues-

ta. Previo a la entrevista fueron explicitados objetivos y tiempo total necesario para su realización.

Me agarró de sorpresa en algunos temas. Para hacer definiciones soy pobre, siempre lo he sido y eso que he trabajado con profesores en el liceo (E.32)

¿Tenés un concepto de violencia? Si, tengo. ¿Queréees que lo exprese en palabras?... Violencia es eehhh... vamos a pensar en voz alta. (E.6)

Usted quiere hacer que yo de definiciones. Yo no soy un tipo que de definiciones... Violencia a mí me parece, lo que yo manejo a la hora de la consulta o del estar con una persona, lo que la mujer en este caso, porque yo soy ginecólogo... (E.27)

Otro obstáculo percibido en los entrevistados es que suelen utilizar indistintamente los conceptos de violencia, agresión y daño como si estos fueran sinónimos. Esto demuestra una falta de conocimiento más profundo sobre el tema, quizás como resultado de las carencias en su formación de pregrado y posteriormente en su ejercicio profesional. El análisis de las respuestas nos demuestran que los entrevistados buscan activamente los temas que consideran son pertinentes de su profesión, de su perfeccionamiento o de su interés como persona. La VDCM como tema a estudiar es soslayado permanentemente. Nos parece interesante acotar como habiendo tanta bibliografía (ver marco teórico) escrita por investigadores serios y reconocidos por la OPS/OMS, ninguno las haya leídos o comentado. Sabido es que las recomendaciones emanadas de dichos organismos son referencia ineludible para todos los médicos. Queda claro que cuando uno sabe sobre un tema no tiene excusas para no ver y no sentirse interpelado a actuar.- La falta cognitiva actúa como obstáculo para ver, entender y sensibilizarse ante esta problemática social y de salud poblacional. Seguramente a lo largo del análisis encontremos otros obstáculos (concepciones ideológicas, míticas y problemas personales) que puedan aclarar aún más esta postura.

...es difícil hacer de diccionario y tomar definiciones.....es esteee.. alguna forma de agresión que sufre la persona que puede venir desde el plano psicológico, físico, sexual, en fin de diversas formas que esteee, una vivencia personal intransferible que no puede ser cuantificada ni medible pero que estee...esa vivencia le afecta, la sufre personalmente y le afecta su vida cotidiana, su vida de relación. (E.21)

Yo creo que un componente de violencia y agresividad hace a la especie humana. Somos agresivos. Culturalmente hemos construido barreras para el ejercicio de la agresión y la violencia. Esas barreras, por algún motivo en el ámbito de lo doméstico parecen a veces ser de menor rigidez. (E.29)

Para algunos entrevistados la violencia es una forma de relacionamiento humano junto con el amor expresarían las dos grandes formas de expresión afectiva. De esta forma sortearían consideraciones más específicas, donde no diferencian violencia de agre-

sión. La violencia en tanto constructo social, supone asimetría de poderes, jerarquías sociales y distribución inequitativa de los bienes económicos, simbólicos y eróticos.

La violencia es una forma de relacionamiento entre los seres humanos que puede ser muy puntual, muy transitoria, muy permanente. Esa forma de relacionamiento entra en dos grandes caminos, la violencia verbal y la violencia física. Esteeee, el hombre se relaciona con él otro a través de un relacionamiento de amor o de odio. Son las grandes formas que seguramente son las dos caras de una misma moneda. (E.24)

Están quienes utilizando sus esquemas cognitivos y prácticos de entender la salud y la enfermedad intentan echar luz a un conocimiento multicausal y complejo que reclama para sí un análisis interdisciplinario. Ambicionar entender la VDCM desde una concepción estrictamente clínica e individualista reduce las variables en juego que causan y sostienen este fenómeno estrictamente social por lo cual se alcanzan conocimientos parciales, incorrectos o prejuiciosos. Algunos entrevistados entienden la VDCM como un acto de avasallamiento propio de algunas personas que presentarían problemas individuales: ya sean estos psicológicos, psiquiátricos, de exceso de testosterona, entre otros. Lo ven como un patrón vincular personal, pues no se interrogan a cerca del origen de esa violencia. Esta concepción individualista niega la pertenencia del ser humano a su colectivo y cultura, las cuales aportan el espectro posible de conductas y comportamientos. En ellas circularan los comportamientos positivos y por ende permitidos y se castigan los comportamientos que van en contra de la convivencia y de la existencia misma del colectivo.

Yo creo que violencia es todo aquello que le sucede a una persona, y esa persona no lo ha elegido. A menos que estemos en un escenario sadomasoquista, nadie elige que le peguen, nadie elige que le griten, nadie elige que lo desvaloricen como personas y le digan que solo sirve para determinado menú de posibilidades en la vida. Nadie elige no poder decidir sobre su cotidianeidad, o sobre su profesión, o sobre su destino, o sobre sus lugares de inserción social. (E.9)

Toda actitud de un ser humano con respecto a otro por la cual quiere imponer o sus razones, o sus pensamientos, en base a violencia psicológica, física, espiritual... No creo que tenga mucha más capacidad de definirla... (E.11)

En cambio otros entrevistados se acercarán más al concepto de violencia que manejamos en la introducción del capítulo, que recoge en forma de síntesis las últimas conceptualizaciones que se tienen sobre el tema en el concierto latinoamericano. La violencia en general es definida como una acción mediante la cual una persona fuerza, invade, viola, humilla, domina, «tuerce la voluntad» del otro a su favor para hacer cosas que en condiciones de igualdad la persona violentada no haría por sí misma. Esta situación de violencia se da en relaciones de fuerza o poder desigual que puede ser real o imaginaria. La noción de ir más allá de los límites del otro, de destruir estos límites, de efraccionarlos va de la mano con la violencia. El no reconocer al otro como diferente, el

no aceptar el deseo del otro, el negarlo en su alteridad y en el goce y ejercicio de sus derechos lleva al victimario a tomar al otro como un objeto propio. Encontramos en esa falta de reconocimiento de los derechos del otro, la raíz de todas violencias que se puede manifestar a distintos niveles. En el plano político (régimen autoritario), en el plano social (ruptura de lazos de convivencia, solidaridad, tolerancia, diversidad), en el plano doméstico, ámbito simbólico de las relaciones íntimas y afectivas (inequidad intergénero, generacional o intragénero)

Bueno, violencia es una acción sobre otra persona, ...implica una diferencia en la capacidad de agresión o en la fuerza, no? O sea, yo puedo ser violento con alguien muchas veces si estás condicionado a tener más poder sobre el otro... (E.11)

...si yo me aprovecho de mis conocimientos o de una situación de poder, o de un poder físico, para lograr que otra persona haga cosas que no quiere hacer, estoy ejerciendo violencia. (E.7)

El objetivo de la violencia como búsqueda del control. El objetivo de la violencia no es dañar, el objetivo es la búsqueda del control, que se hace a través de mecanismos para afirmar el poder. (E.5)

La mayoría de los entrevistados de formación médica les cuesta pensar, conceptualizar la violencia como una construcción social y como un atentado o violación de los DDHH. En el discurso de los entrevistados aparecen aquellos que piensan los derechos como algo individual y quienes los conciben en el marco filosófico de un nuevo paradigma a escala mundial. Desde 1948 se han ido consagrando los DDHH como algo universal, inherente e inalienable al ser humano, para hombres y mujeres. Las declaraciones y convenciones que desarrollamos en el marco teórico son el antecedente y referente ético y jurídico que reúne la Ley 17.514.

Por el contrario en los profesionales no médicos que manejan las variables psicosociales en sus esquemas teóricos y prácticos pueden rescatar que el tejido social está atravesado por distintos discursos, ideologías y prácticas que muchas veces entran en conflicto. Exponen que la VDCM hay que pensarla en el marco de dos corrientes planetarias contrapuestas, una en pro del reconocimiento de los DDHH y otra opuesta a ella sometida a las «leyes de la oferta y la demanda» con su filosofía capitalista de la sociedad y el hombre. Estos entrevistados visibilizan que la violencia está presente en nuestra cotidianidad, nos habita, es parte de nuestras prácticas, construye subjetividades, de ahí que se vuelvan invisibles. El capitalismo impone prácticas de relacionamiento violento que vienen a apuntalar y reavivar una cultura androcéntrica y patriarcal condenada a muerte. Las «leyes naturales del mercado» se basan en el desequilibrio que genera ganancias para unos y pérdidas para otros.

...violencia va.... para mí va muy ligado a ... al problema DDHH, ¿no? estee... y esta violencia es todo lo que tiene que ver con ... con violentar los derechos humanos de la otra persona en los distintos niveles...

...sería como forzar, invadir, eeh... humillar, dominar al otro a múltiples niveles, que puede... o sea, para mí surge violencia cuando uno no contempla al otro como persona, como sujeto, cuando no contempla al otro como otro distinto, cuando...surge violencia cuando de alguna manera no es contemplado como alguien digno, surge violencia cuando el otro es considerado un enemigo y no alguien con quien construir en conjunto...

...y tenemos que contemplar la violencia social (...) estamos viviendo en un sistema hegemónico capitalista mundial donde la noción de individuo, la noción de competencia, la noción de pisarle la cabeza al de al lado, la noción de hacer la tuya es un mensaje muy fuerte que se está dando... (E.14)

Cuando le preguntamos a nuestros entrevistados que entienden por violencia basada en género (VBG) en su mayoría demuestran un conocimiento relativo del concepto, lo cual se convierte en un nuevo obstáculo para comprender, atender y diagramar políticas de salud para las víctimas-sobrevivientes de la VBG y especialmente a las que viven cotidianamente situaciones de VDCM. Estos entrevistados organizan sus ideas, sus quehaceres, sus planificaciones en los servicios sin tener una perspectiva de género en los procesos de salud y enfermedad y en la atención a los y las pacientes. Desconocen los múltiples aportes que pueden realizar los Estudios de Género y las investigaciones en salud con perspectiva de género que han estudiado entre otras cosas los efectos que tiene la VDCM sobre la salud de la mujer y su familia. Dos decisores lo expresan de la siguiente manera:

Violencia de género sí, pero no tengo claro el concepto. (E.6)

Violencia de género como se ha encarado es cuando....bueno yo vengo de una sociedad machista, Uruguay fue una sociedad machista hasta hace muy pocos años, yo considero que ya no es machista, por lo menos yo creo que en ciertos niveles ya no... (E.25)

Recordemos que la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1979) define la violencia basada en el género como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Igualmente la Convención de Belém do Pará (1994) define:

... debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Ambas definiciones, una reconociendo la violencia basada en la pertenencia al «sexo femenino» y otra basada en «su género», nos indican dos grandes momentos

conceptuales de la VBG, concepto complejo que se fue construyendo en un proceso de aceptación lento, consensuado y político. La cultura les impone a las mujeres ser femeninas desde la desvalorización discriminante por lo cual las aprisiona a vivir la violencia en su cotidianeidad¹², en sucesos que paradójicamente se presentan como invisibles, naturalizados y aparentemente «a-históricos». Al decir de Ana María Fernández¹³, **«desigualdad-discriminación-violencia»** forman parte de un particular circuito de realimentación mutua que se despliega a través de la producción social de las diversas formas de aceptación que legitiman tanto la desigualdad como las prácticas discriminatorias y, a la vez, invisibilizan los violentamientos».

Solo algunos pocos entrevistados revelan un conocimiento vago de esta conceptualización. Unen violencia de género a violencia contra las mujeres porque para sus esquemas cognitivos, género es sinónimo de mujer. Se aferran a la idea de que la violencia tiene que ver con las diferencias físicas (sexuales), no pudiendo rescatar las construcciones sociales, culturales e históricas que producen, sostienen y perpetúan esta violencia.

La discriminación por ser mujer es una violencia, por ejemplo (E.7)

... Eeee... lógicamente que es mucho más... frecuente la violencia sobre las mujeres, sobre todo por las diferencias... físicas ... (E.17)

En cambio otros intentan acercarse a la comprensión de la VBG tomando como objeto de análisis el lenguaje, que es el instrumento más eficaz de construcción de ideas, representaciones sociales, mitos, creencias, en fin, ideología. Ideología que luego se materializa y se transforma en las piedras angulares sobre las que asientan las relaciones sociales de desigualdad y la construcción de subjetividad entre hombres y mujeres. El lenguaje es el mejor reflejo de la exclusión de la mujer en tanto sujeta social y cultural. Todo es nominado en clave de masculinidad. Las mujeres aparecen como lo negativo, lo marginal, lo descalificado. Así lo expone uno de los psiquiatras:

¿Cuándo usted dice hombres, sé esta refiriendo a hombres y mujeres?

Sí, esto es parte de la violencia de género, hablamos del Hombre en forma genérica para referirnos a hombres y mujeres. Las diosas madres hacen dos mil y pico de años que desaparecieron y tenemos un Dios padre pero desaparecieron todas las diosas madres. (E.30)

Cuando en uno de los entrevistados se produce una ruptura de su «discurso políticamente correcto», deja ver su falta de conocimiento sobre VBG y de como el lenguaje ha sido un instrumento al servicio de la violencia contra las mujeres y capaz de generar

¹² «Al impregnar de violencia a las relaciones cotidianas se perpetra un género (una clase o una raza) como dominante y se mantienen el status quo. Cuando se da este «estancamiento» el fin ya no es el poder, ese queda en un grupo social inamovible, la violencia pasa a ser una práctica de demostración cotidiana que expresa la impotencia para cambiar las cosas». Garda (2006)

¹³ Fernández, Ana María, (1993: 118)

subjetividad. Su aferramiento a un lenguaje predominantemente masculino nos lleva pensar en su aceptación, en su afiliación a concepciones patriarcales. Esta postura le imposibilita, pensar, percibir y actuar frente a manifestaciones de violencia sutiles.

Me parece que género es una construcción cultural, pero me parece que hay mucha pavada, si uno empieza a despejar, por ejemplo en el uso de las las/los, que los ediles tengan que ser edilas (da muchos ejemplos, habla muy rápido), sino la industria (fabril) debería ser fabrilia. Hay una aspiración de roles que no es tan equitativa, que no debería ser igual porque no somos iguales, pero... (E.5)

Dos entrevistados, decisores en salud, demuestran a lo largo de su entrevista un «discurso políticamente correcto» respecto a las mujeres, discriminación, género, VDCM. Pero en dos momentos distintos del encuentro se producen quiebres discursivos que abren una brecha entre lo declarado a lo largo de la entrevista y sus verdaderas opiniones y posturas sobre el tema. Nuevamente la falta de conocimiento y la afiliación a posturas patriarcales actúan como un obstáculo epistemológico activo que impide repensar situaciones o problemas sociales y sanitarios. Por ende ante nuevos planteos políticos de salud, (creación del Programa Nacional de la Mujer y Género, atención de la VDCM) se resisten a las propuestas, tienden a minimizarlas o la critican como «presiones reivindicativas de las feministas.

...Resulta un poco confundido y algo un poco infantil esa propuesta de que en el parlamento haya que colocar un número determinado de cargos para las mujeres. La cuota. Parece un planteo, un poco tonto...

Desde ya, va una crítica al MSP. No entiendo porque separaron las dos áreas de pediatría, niños y de la mujer, funcionando como un binomio materno-infantil. Eso responde a presiones más que lógicas, eheee... (tono de risa)... a presiones reivindicativas, que a veces no tienen mucho asidero sensato. (E.24)

Yo creo que sirvió, mujer y género sirvió para reivindicar un derecho de la mujer a ser gestora de cada uno de los actos de la sociedad. Pero también creo que los extremos no sirven para nada, y no sé hasta donde, creo que tenemos que empezar a olvidarnos de eso y empezar a trabajar como estamos trabajando...

¿Qué entiende usted por género?

No me he preocupado en pensarlo ni en entenderlo porque considero que yo, como Director Departamental estoy obligado puntualmente a solucionar los problemas de un sector o del otro sector, acepto las luchas de mujer y género, las acepto indudablemente, pero creo que tenemos que pensar con otros criterios... (E.25)

La mayoría de los entrevistados al referirse a la VBG plantean la violencia de las mujeres hacia los hombres. Creemos que este intento de los varones por señalarnos constantemente la violencia que ejercen las mujeres sobre el resto de su familia persigue los siguientes objetivos: a) minimizar la importancia de la violencia masculina en nuestro país; b) buscar alianzas en el entrevistador, intentando disminuir la importancia

de la VDCM, c) negar el conocimiento acerca de la construcción de género que impone altos montos de violencia hacia la mujer c) desresponsabilizar a los varones por su «ejercicio natural de la violencia»

¿Por qué se plantea como sinónimos VDCM y violencia hacia las mujeres?

Por una cuestión estadística, porque la mayoría de las veces es así. También hay violencia hacia niños y hacia viejos, y en las parejas hacia los hombres. No hay registro de esto, además el macho, que reconozca está bravo. (E.5)

El siguiente entrevistado hace un comentario que trasmite ideología, es decir, la cultura como en todos los otros entrevistados toma fuertemente la palabra. Cuando él se plantea la violencia hacia el varón, lo piensa en un varón con discapacidad, es decir, no al varón representante- representativo del modelo hegemónico. El varón que es violentado es un varón en menos, con una discapacidad, con una falta. En la dominación masculina el hombre se siente con derechos solo por su condición de hombre, pues a su sexo se le amalgama todo el poder de la cultura. El siguiente decisor público al referirse a la violencia de género entiende:

... la violencia que está básicamente dirigida hacia la mujer, que es padecida o sufrida por la mujer... En algunos casos pueden, con algunas excepciones ser algún hombre también quien sufra algún tipo de acto violento; generalmente no lo es por su condición de hombre, de pronto puede ser victimizado por padecer alguna discapacidad... pero habitualmente no por su condición de hombre ehh... (E.21)

La VBG circula a nivel del imaginario social con desparpajo y legitimidad. Mandatos contenidos en refranes populares como los siguientes demuestran como el hombre con total impunidad se siente con derecho a golpear o castigar a su mujer: Esto muestra la complejidad del fenómeno y de las sociedades, es decir, como una sociedad «abierta» hacia procesos de globalización sigue teniendo en sus «entrañas rurales» fuertes baluartes del patriarcalismo. Nos preguntamos si estos médicos sólo ¿recuerdan estas frases de algunos pacientes o también las comparten?

Me acuerdo de un conocido que decía, relativamente de buen nivel cultural y proveniente de un medio rural. Decía que a las mujeres había que pegarles de vez en cuando para tenerlas, tenerlas bajo control y para que supieran el lugar que ocupan, ¿no?... (E.1)

Hay una posición de sumisión de la mujer, culturalmente aceptado y una posición de acción del hombre. Entonces en la medida que se establezca un conflicto en el cual una de las partes no cede, la demanda autoritaria de la otra parte, ahí se desencadena un dicho que lo he escuchado muchas veces «**Le dí para que se enduque**». (E.28)

Un número importante de entrevistados suele representarse la VDCM, como aquella violencia que se desplegaría en el espacio físico donde vive la familia o la pareja. Esta

concepción tradicional está muy asociada al hogar, como escenario dinámico de lo afectivo e íntimo. Lo doméstico aparece como una construcción política diferenciada de la vida pública, asociada más a la masculinidad. El mundo de lo doméstico está asociado tradicionalmente a la feminidad, al mundo de los sentimientos y afectos, al poder paterno, al mundo inviolable, a la impunidad. Esta concepción operaría como obstáculo epistemológico para comprender la VDCM que no necesariamente emerge dentro de los límites físicos del hogar; por ejemplo las amenazas psicológicas hacia una ex pareja, el control de los recursos económicos (pensiones alimenticias), entre otras.- La mayoría de los entrevistados lo enuncia de la siguiente forma:

Lo que pasa dentro de la casa de cada uno

No, yo creo que todo... la violencia en su casa, en su hogar, en su familia, que puede ser la violencia doméstica ya te digo, no sólo a la mujer sino a la familia, es doméstica en ese sentido, me parece a mí... lo doméstico es sólo ahí, en su hábitat, que puede ser violencia a los hijos, a la mujer, al hombre, o a la abuelita o a lo que sea, digo, que viva ahí.

Obstáculos y resistencias para abordar la VDCM como un problema de Salud Pública.

La lucha política procurando que el Estado uruguayo se comprometiera a viabilizar con efectividad los distintos compromisos sociales e internacionales firmados sobre VDCM fue ardua y lenta. Desde la creación del Instituto de la Mujer y la Familia (1987), hasta la publicación de la primera Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud hemos atravesado por distintas iniciativas. Solo con la creación y valorización del Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género- M.S.P. se ha comenzado a tener una nueva perspectiva en Salud Pública Nacional.

Uno de nuestros interrogantes fue ¿cuánto percibían ellos esta nueva postura de parte de las autoridades ministeriales sobre VDCM?, ¿Están de acuerdo con abordar la VDCM como un problema de salud poblacional?

La mitad de los entrevistados manifiesta no conocer la nueva postura del MSP frente al tema de la VDCM debido a que no ha participado en ningún acto de presentación de la problemática o no lo ha escuchado en los medios masivos de comunicación. La mitad restante declara haber percibido un cambio en las autoridades pero tiene una vaga idea de las nuevas políticas en salud respecto a la VDCM. En los entrevistados que sí deberían conocerla, por ocupar un cargo de confianza, sutilmente se resisten contestar y a explayarse en el tema ocultando su desconocimiento detrás de un manto de amnesia parcial. Todo esto revela sus dificultades para repensar la VDCM y sus resistencias a incorporarlas en la canasta de prestaciones sanitarias.

Conoce la postura oficial del MSP ante esta problemática?
No sé que exista (E.23)

No, he escuchado los comentarios generales sobre la protección de la mujer. Pero no he participado en ningún evento que hable del mismo... No creo, que los programas deben apuntar a las situaciones concretas, digo, no a una situación especial. Si hay un programa para trabajar sobre el binomio materno-infantil. Se debe estar dedicando a lo materno-infantil. Desde ya, va una crítica al MSP. (E.24)

Y la postura oficial es de tratar de que nosotros podamos descubrir y abrir lo más posible la posibilidad de existencia de VDCM, por eso sale el decreto además obligando a todo médico que en su consulta diaria investigue. Ahora yo, honestamente médico de casi 40 años de ejercicio de la profesión pienso que el 80% de los médicos no van a investigar, no van a cumplir con esto. (E.25)

Si, me la hicieron llegar, no le preste atención. No la ha leído, ni la he tenido, te vuelvo a repetir. Uno va teniendo contacto con una cantidad de cosas que va escuchando y viendo información.. Risas (E.26)

Desconocimiento de la Ley de VDCM y de su reglamentación

Otro obstáculo y nivel de resistencia para abordar la VDCM como problema de salud poblacional lo vemos en los niveles de desconocimiento que tienen de la Ley 17.514¹⁴ y de la posterior reglamentación, donde el sector salud debe diagramar por responsabilidad Estatal una política sanitaria en pro de la prevención de la VDCM y de la atención de víctimas-sobrevivientes y victimarios.

Decisores, planificadores y efectores en salud, todos ellos varones, no conocen cuando la Ley de VDCM fue promulgada. Cuando se les pregunta por su contenido se excusan en responder, dicen que la conocen en términos generales. Muchos otros se protegen diciendo que no se acuerdan porque hace mucho tiempo que la leyeron.

En realidad, este, lo que yo pienso acá de eso, a mí como médico nunca se presionó en el buen sentido para que uno le diera la importancia al tema. Siempre hemos estado ocupados en otros aspectos de la medicina. No tanto como ahora. Yo, me reconozco ignorante. Tengo mucho para aprender. (E.32)

No, no la conozco. No hay. No tenemos en el hospital una política concreta., ni directivas concretas. Nos quedamos con el manejo más o menos sapiente de cada uno de los médicos del hospital. No hay apoyo... (E30)

Creemos que este desconocimiento arrastra hacia el olvido las obligaciones que delega la Ley. Si yo no sé, si yo no conozco, no me siento interpelado a abordar el tema, ya sea ante una manifestación directa (mujer lastimada), negando el stress crónico propio de la VDCM, o en la etiología de una inmensa mayoría de afecciones¹⁵. El modelo

¹⁴ Ver la Ley 17.514 del 2 de julio de 2002, mejor conocida como Ley de VDCM en el marco conceptual donde nos explayamos sobre sus cometidos.

¹⁵ Nuevamente nos parece interesante como los médicos se resisten activamente a incorporar en su formación la abundante evidencia emanada de los documentos de OPS/OMS la cual revela que detrás de una cantidad enorme de enfermedades se encuentra una mujer sometida a VDCM.

médico hegemónico aún sigue centrado en una concepción biológica e individualista de los procesos de salud y enfermedad. (Ver capítulo sobre «Acerca de las concepciones de Género y Salud»).

La reglamentación (2006) ordena al Sector Salud -público y privado- organizar acciones progresivas que permitan: a) concebir la VDCM como un tema de salud pública, b) incorporar en la rutina clínica la detección de situaciones de VDCM en mujeres mayores de 15 años, c) documentar las situaciones de VDCM en la historia clínica, d) dar una primera respuesta: «escucha, contención emocional, tratamiento, información y orientación». El MSP en su papel rector controlará que estas acciones se cumplan.

La mayoría de los entrevistados no conocen la reglamentación de la Ley y se dispensan de su responsabilidad por no conocerla y por no buscar activamente la información argumentando:

Porque el MSP produce el tema, manda los decretos pero después nadie es responsable de de que las informaciones lleguen a la base, a los operadores. Figúrese de lo que estoy diciendo. Nadie es responsable de que llegue la información. Yo lo he recibido porque estoy vinculado pero hay muchos médicos, ginecólogos o médicos de área que no tienen ni siquiera lo tienen. Yo lo tengo y lo leí poco. Le soy franco. Se ríe...(E.27)

La mayoría de los entrevistados no conoce la Guía sobre VDCM que publicó el MSP (2006) la cual informa y prepara a los efectores de salud de atención primaria (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a, etc) en VDCM. Entendemos que su desconocimiento configuraría otra resistencia al cambio. Todos los efectores argumentan no estar preparados, no tener información para llevar adelante la atención, no saber qué hacer cuando se detectan positivos. En el fondo argumental de estas quejas subyacen las resistencias a buscar o incorporar en su formación permanente, los instrumentos que les brinda las autoridades sanitarias, ya sea reclamando las guías o descargándola de la página web del ministerio. Aún aquellos que la tienen dicen claramente que no han tenido tiempo para leerla

No, para nada. (E.24)

Se ve que están en falta. Acá el único hospital psiquiátrico del país no llegó... no sé si llegó a la dirección del hospital. (E.30)

No, no me manejo con guías para nada, creo que son al pedo, yo creo que cuando vos tenés un acto de violencia con guía o sin guía lo tenés que enfrentar para solucionarlo. (E.25)

El MSP elaboró un cuestionario de despistaje de situaciones de VDCM para ser aplicado por los efectores de salud tanto públicos como privados a todas aquellas mujeres mayores de 15 años. Durante el año 2007 se realizaron diversas estrategias para difundir, acercar y promocionar este instrumento (referentes institucionales, jornadas de departamentales de capacitación, envío de materiales y afiches) con la finalidad de lle-

gar a todos los/as efectores explicando la importancia de su aplicación y brindando herramientas para su instrumentación gradual. Los entrevistados en su mayoría reconocen que el instrumento de detección de VDCM sería muy positivo pero se muestran resistentes para su implementación. Testimonio de tres médicos decisores, públicos como privados, lo exponen en forma representativa:

...por eso sale el decreto además obligando a todo médico que en su consulta diaria investigue... ahora, yo honestamente médico de casi 40 años de ejercicio de la profesión pienso que el 80% de los médicos no van a investigar, no van a cumplir con esto.... Dudo mucho, tengo mis dudas muy serias de que los médicos a pesar de la resolución... lo hagan, no creo que lo hagan no creo, no confío absolutamente en eso (E.25)

...La percepción es que se llena sin haberla preguntado, se llena por cumplir con el requisito de salir del paso y de llenarlo, pero que un interrogatorio apuntando a detectar realmente el problema, se hace muy pocas veces si se hace. En la mayor parte de las veces no se interroga pero se marca, o se interroga muy superficialmente. ¿Usted ha sido víctima de violencia?, la mujer la mayor parte de las veces dice no aunque haya sido si. Es un hecho bien conocido, es muy difícil que la mujer de entrada lo manifieste, de manera que tengo la impresión de que todavía estamos en eso mismo, en la implementación por más que estén las preguntas no se está reflejando la realidad. (E.15)

El problema, yo creo es que, este, la mujer te dice, o potencialmente puede y tu vas a manifestar el hecho que vas a hacer una denuncia de esto, la misma mujer te diga que no, porque esto la va afectar en su matrimonio y que era una cosa confidencial lo que te dijo. Este es el primer... bloqueo de ese tema. Y el segundo es que el cuerpo médico todavía no está preparado para saber adonde tiene que ir a hacer la denuncia del hecho, ¿no? ... Algo, que indique un sistema de derivación. Es difícil... porque donde traben (sonríe) donde te traben como cuando sucede algo en la calle y terminas declarando diez horas en una comisaría o en un juzgado... ¿uno que hace? ¡No va!...Si tu por cada paciente vas a terminar diez horas declarando, creo que el cuerpo médico entero te va a decir que no...(E.3)

El cuestionario de despistaje marca una impronta en el marco de la reforma de salud que se está llevando adelante en nuestro país. Además de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, tiene como capítulos innovadores, la acentuación en ser un modelo preventivo (APS) y no solamente asistencial. Estos cambios van de la mano con el descentramiento del médico/a como único actor participante en los procesos de salud y enfermedad. La reforma y el cuestionario sobre VDCM se perfila hacia una integración y valorización de otros técnicos. Esta situación es vivida con resistencia por algunos médicos quienes no están de acuerdo que otros técnicos puedan despistar VDCM en la consulta y lo expresan de la siguiente manera:

A mi me parece bien... yo supongo a pesar de mis desconocimientos...que sería deseable subsanar y por esa misma razón de ocultamiento no sé si será por ver-

güenza o temor, creo que es el médico el más indicado porque es con quien el paciente se abre y es una figura en quien confía en el médico, ¿verdad? (E.1)

Otros entrevistados argumentan su posición frente al formulario, diciendo que no les daría el tiempo de la consulta para aplicarlo, que hay varios formularios, que es un tema resistido por las mujeres para contarlo, que en la consulta mutua a diferencia de la pública cuentan con más tiempo. En el fondo de todos estos discursos se perciben dos grandes resistencias: a) la resistencia frente al cambio que conlleva la pérdida de estructuras habituales de organizar la consulta, b) una resistencia frente a lo nuevo y por ende a la incorporación de una nueva política prioritaria (cuestionario) y una nueva forma de atención en salud. Ansiedades ante lo nuevo, angustias emergentes frente al sufrimiento emocional del otro, son elementos no tradicionales en la consulta y ante las cuales los médicos se sienten no preparados. Además argumentan contar con poco tiempo entre un paciente y otro y que aplicar tantos formularios restaría tiempo para responder a la demanda la consultante.

El protocolo de despistaje lo he leído. Me parece que está bien. Le veo un poco difícil de instrumentar principalmente para los médicos generales. Nosotros los psiquiatras... lo hacemos en forma casi sin quererlo...Lo veo más difícil para los médicos generales en las policlínicas, donde tienen 15 minutos por paciente. Yo en la realidad hoy, no sé como van hacer... No digo que sea difícil. Me parece difícil de instrumentar por el tema del tiempo. Yo creo que sí uno las quiere hacer bien las preguntas precisan más tiempo porque no le queda tiempo para hacer lo otra parte de la técnica. ¿No? (E.32)

Para otros técnicos el objetivo que persigue el cuestionario de implementar una nueva atención en salud y conocer la realidad del fenómeno que estamos hablando es muy loable. A su vez no creen que se den las condiciones necesarias para llevarlo a cabo porque entienden que nuestro país no cuenta con una cultura estadística. Sería necesario que el departamento de Epidemiología luego pudiera exigir su aplicación, elaborar sus datos y realizar seguimientos cada año. Quizás también sus resistencias se apoyen en argumentos racionales y comprensibles dado que era la cultura institucional imperante y conocida del MSP, según se desprende de un testimonio, antes de ser tomada por la nueva administración.

Otra de las resistencias para incorporar el cuestionario sobre VDCM tiene que ver con rechazar a priori más trabajo en la consulta médica porque entiende que eso disminuiría sus salarios. Rechazan pero sin antes reflexionar, que no se trata de más trabajo sino de una reforma que apunta a la mejor calidad de atención. Cuanto mejor atendidos estén los y las pacientes menos reincidirán en la reconsulta.

Hace un año o dos que tenemos... Aparte de llenar la historia clínica, tenemos esta planilla donde dejamos cuenta de intentos de autoeliminación. Lo que vimos, quizá sí, los primeros 6 meses había interés. Después nadie lo llena, como todo en este país. Porque no vemos interés, no hay seguimiento. Entonces si vos no ves

seguimiento, vos no sólo no lo llenas sino que perdes el interés de hacerlo. Acá hay una pila de esas fichas, que son como una sábana, y algún día alguien las van a prender fuego... Además si yo que tengo acá como 300 camas y salir afuera con la ambulancia, si me dan más trabajo lo voy a hacer los primeros dos meses para llenar el ojo, después si veo que no hay interés no lo hago más. Institucionalmente no existe ningún interés. A mí nadie me vino a decir de epidemiología, che, en dos años no tuviste intentos de autoeliminación. ¿Por qué no llenastes las fichas? Y yo me temo que con estas fichas va a pasar exactamente lo mismo. Hay plata para empresas faraónicas después ¿quien cambia las bombitas? (E.30)

Para que el sector salud atienda a las víctimas-sobrevivientes de la VDCM es necesario que conozcan la existencia estadística del problema. Por muchos años nuestro país no contó con cifras fiables del número de mujeres víctimas de VDCM. Hoy en día contamos con el aporte del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad¹⁶ el cual nos acerca los números más fieles de VDCM tomando como dato de partida el número de denuncias. Sabemos igualmente que este número es relativo y que muchos más son los casos no denunciados. El último informe de OPS/OMS refiriéndose a las cifras de VDCM en América Latina y el Caribe dice» que constituyen la punta del iceberg que se oculta tras el silencio estadístico, la tolerancia social y la impunidad contra la violencia de género, que hoy es una de las formas más generalizadas de violación de los derechos humanos»¹⁷

Creemos que la falta de conocimiento estadístico de decisores y efectores de salud es otro indicador que marca el desinterés por el tema y sus resistencias a concebirlo como un problema de salud poblacional y por ende atenderlo.¹⁸ Para el período enero-setiembre del 2007 hubo un total de **7.577** denuncias por VDCM en nuestro país.

La mayoría de los entrevistados (efectores y decisores) declara no conocer cifras estadísticas en nuestro país, sobre VDCM. Suelen responder sobre la base de percepciones subjetivas o de la información aportada por los medios masivos de comunicación.

Un problema extremadamente complejo...y donde no existen datos estadísticos que nos permitan hacer un diagnóstico de situación serio y que nos de una idea de cómo poder abordar el problema pero digo nosotros tanto los psiquiatras como los psicólogos estoy seguro que es un problema que cada vez nos toca más de cerca... (E.23)

¹⁶ Fuente: Datos del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad Uruguay del Ministerio del Interior, noviembre 2007, www.minterior.gub.uy

¹⁷ ¡Ni una más! (2007: 6)

¹⁸ Los últimos estudios de la OPS/OMS, Ruta Crítica, La violencia contra las Mujeres: responde el sector de la salud y el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, entre otros, revelan las resistencias generalizadas del sector salud de América Latina para apropiarse de la atención de la VDCM.

No. He leído. He leído en el diario que...claro, en la prensa, ahí está, que va creciendo...Fundamentalmente el tema de la muerte de las mujeres, no? (E.6)

A mí me parece que tenemos parámetros altos, a pesar de que no conozca... Eh... Me parece que tenemos parámetros altos... A mí siempre me impactó, no conozco las cifras exactamente, pero estoy recordando algo, porque lo discutí con mi mujer. Yo miro mucho televisión española, y en España...se difunde mucho el tema de la violencia en España. Y yo veo algunos noticieros españoles y siempre aparecen informaciones terribles de asesinatos, golpizas. Y mi comentario fue: "pero qué sociedad, machista no?" Y me acuerdo que mi mujer que sí había escuchado algo me dijo, el porcentaje en el Uruguay es más alto que en España. (E.7)

De enero a septiembre de 2006 hubo **5.065** denuncias por VDCM. En igual período pero de 2007 hubo, **7.577** denuncias, un **49%** más que el año anterior.

Hay sociedades que son mucho más... me da la impresión a mí... es una impresión, como acabo de decir, no tengo ni datos de mi país y no voy a tener de los demás, pero cuanto más machista es una sociedad me parece que más violencia podemos llegar a encontrar, ¿no? (E.16)

En Uruguay, en el período enero- septiembre de 2007 hubo un total de denuncias por delitos sexuales que asciende a 779. Se registró, 213 denuncias por violaciones, 147 por violaciones consumadas, 66 tentativas, 566 otros delitos sexuales.

No, no tengo ninguna idea Acá es más chico y es más fácil de llevar y así y todo no tenemos buenos números de nada. Risas. Es un desastre pero sería un país ideal para aproximarse a datos estadísticos que tengan importancia. (E.26)

Los departamentos con mayores denuncias por VDCM enero-septiembre 2007 son: Canelones con **1.763**, Montevideo **1.752**, Soriano **728**, Rivera con 663, Rio Negro con 625, Salto 245, Florida 239, Artigas 237, Treinta y Tres 212, Maldonado con 198. Uno de los tanto decisores se expresa:

No tengo idea, no es un tema que lo he estado estudiando ni cuantificando. No lo conozco. (E.24)

Entre noviembre de 2006 y octubre de 2007, 29 mujeres fueron asesinadas, 17 por razones de VDCM. El 60% son asesinatos en manos de sus parejas. **Cada 13 días se mata o se intenta matar una mujer por VDCM.**

En la consulta mía es poco frecuente. Yo tengo consulta en todos lados, tanto pública como en el privado. Yo tuve una compañera que el marido la mató, la enterró y bueno fue una cosa espantosa porque el marido le pegaba. ¿Sin embargo seguía viviendo con él?.- No es muy frecuente, la violencia tal cual, palpable. (E.27)

La realidad que nos aporta el Ministerio del Interior es suficientemente elocuente. «Proyectando a nivel nacional y para el periodo Enero-Setiembre de 2007, han existido aproximadamente 10.000 denuncias de Violencia Doméstica (8% de total de denuncias.» Este conocimiento nos debe estimular hacia una pronta ejecución del cuestionario de VDCM, que permita conocer con mayor profundidad la situación de la VDCM en nuestro país e implementar una primera respuesta. Una primera prestación, tan necesaria y deseada que brinde a las víctimas-sobrevivientes una respuesta eficaz e integral que la ayude a superar la situación de vida y prevenir niveles de mayor violencia posteriores para ella y sus hijos/as. Creemos que el homicidio en manos de su pareja o ex pareja puede ser prevenido siempre y cuando encontremos al sector de la salud receptivo y proactivo en la detección y ayuda a las mujeres. Obviamente que el sector de la salud necesitará aquilatar el trabajo intersectorial, con la policía, el sector judicial, la comunidad, las ONGs y otros.

Cuando la formación curricular es importante

Otro de los obstáculos y resistencias halladas en los entrevistados es la falta de formación en temáticas como: género, género y salud, VBG y VDCM, DDHH. Este dato también coincide con los estudios realizados en América Latina por OPS. El sector de la salud presenta dificultades para apropiarse de la temática y ponerla en práctica debido a la carencia de formación curricular. Preparar recursos humanos mediante distintas estrategias permitirá llenar vacíos del saber, espantar mitos, ayudar a interrogarse y trabajar prejuicios y ansiedades movilizadas a punto de partida de la atención.

La mayoría de los entrevistados revela que en su formación profesional de pregrado y post grado no tuvo cursos sobre género o VDCM ni pautas claras para su abordaje. Tampoco han tenido interés personal o profesional en cursos, talleres o encuentros sobre esta temática. Estamos seguros que esta falta de interés tiene que ver con los prejuicios que se tienen del tema, muchas veces pensado como plataforma reivindicativa de los movimientos feministas y por la desvalorización que el tema tiene frente a otras temáticas de atención en salud. Uno de los entrevistados lo deja ver claramente en su discurso:

¿Cree que sería importante que se formara en esa materia?

No sé, no sé, sí específicamente en este tema. En el postgrado tampoco sé si en la curricula debería estar específicamente este tema. Deben estar los grandes temas dedicados a la violencia. Entre otras cosas, filosóficamente hablando, sesga el tema de la violencia para la formación de un médico. Insisto hay una cuestión reivindicativa que se está despegando de lo que podría ser una situación lógica en ese tema. Risa corta (E.24)

... me da la impresión de que el concepto género está distorsionado en la práctica, no está incorporado eee... como... dentro de sus ... justos marcos, y por tanto también hay que hacer un trabajo enorme, que le compete a los centros educativos y ni que decir de la Facultad de Medicina... hay como una dicotomía entre la

medicina en serio que es la técnica y la de mayor complejidad posible, y la medicina barata que es la que habla de ... de todo este tipo de cosas. (E.15)

Solo unos pocos han tenido algún cursillo o encuentro donde se han acercado a la temática de género, salud sexual y reproductiva y VDCM, mostrando de esta forma una mayor sensibilidad y receptividad por el tema. Creemos que estos técnicos, en su mayoría lo más jóvenes deberían ser apoyados para poder replicar sus conocimientos y poder entusiasmar a sus colegas y estudiantes hacia una atención más integral, humana y compleja de su especialidad.

Sí, yo fui a algún curso esteee muy corto esteee pero participaba en algunos estee... de género, sí. En particular el primero que fui fue uno que se hizo en la Asociación de Planificación Familiar, que era de género... (E.16)

No en absoluto, Es más nosotros de alguna manera con respecto a los temas sexuales, de salud sexual y reproductiva, la respuesta sexual, algunos buscábamos fuera... Porque nos dan una formación ginecológica, reproductiva, desde el punto de vista biológico pero no sexual..., uno sale a nutrir esa deficiencia...no hay formación académica. (E.28)

Sí, sí, por el PAIM, que es el programa de ... de la mujer acá en la Intendencia...bueno, nos capacitaron a todos los ginecólogos, estee... en la época.. te estoy hablando hace... seis años, siete años... (E.4)

Cuando el género incide en la atención de VDCM

Creemos que de la falta de formación en VDCM, la carencia de modelos- docentes comprometidos con la temática y la desvalorización que los médicos tienen ante las variables no conocidas (psico-sociales) son obstáculos que actúan como resistencia en la correcta resolución de la relación médico- paciente. La mayoría de los entrevistados no ven ni entienden las diferencias que existen en la atención hacia una víctima-sobreviviente de VDCM este a cargo de un hombre o de una mujer. Los médicos presuponen imaginariamente que a la hora de atender pierden toda subjetividad sexual y de género en el vínculo que establecen con sus pacientes. La túnica blanca neutraliza toda subjetividad en pos de la objetividad de la situación y de la demanda. Pensamos que la tan mentada neutralidad está impregnada de valores patriarcales y machistas (elementos impensados) que luego se vuelven valores propios de varones y mujeres. Sin embargo los prejuicios de género irrumpen silenciosos la consulta y se ponen al servicio de la resistencia y muchas veces de una segunda victimización por parte del cuerpo médico. Este punto también ha sido confirmado en las distintas investigaciones de América Latina por OPS/OMS.

...en el hospital tenemos grupos trabajando, esos grupos están convencidos, esos grupos trabajan bien,... pero hay otro grupo, posiblemente mayoritario, en el cual se ve lo mismo, no hay diferencias entre varones y mujeres, pero es porque nues-

tra formación es extremadamente... machista, y las mujeres se educan dentro de ese ámbito y se transforman en más eee... sostenedoras de seudo valores machistas que los propios hombres, a veces. A mí me llama la atención por ejemplo, ver cómo una mujer puede decirle a otra mujer...de repente mujeres que han sido madres, pueden decirle a otra mujer en trabajo de parto que está quejosa o ... o descontrolada, las groserías que se le dicen... Que salgan de un varón...es intolerable...pero que una mujer, que de repente ya ha pasado por esa misma experiencia, sea capaz de decir los despropósitos que uno oye, es llamativo. Pero le repito, creo que todavía sigue siendo mayoritario el trato eee... tecnico... distanciado de la mujer, sus problemas son suyos, a mí lo que me interesa es si le duele la cabeza o si está sangrando por algún lado (E.16)

...depende del grado de cultura que traiga el paciente, ¿no? Y en los medios de pobreza, el hombre más se impone. Pero depende de la persona, si el hombre es una figura de autoridad (ser refiere al médico) quizás la mujer no se sienta identificada con él, este... Me parece que influye más que nada la persona. Con la mujer quizás se pueda abrir y confidencializar más, pero la figura del médico hombre es una figura más respetada... (E.1)

... un aspecto a trabajar y a capacitar es el tema de la implicación, porque se tiende a... simplificar el tema y porque se tiende también a... a proyectar muchas veces (...) algo del ámbito íntimo, ¿no? Se tiende muchas veces a proyectar situaciones, lo cual atenta contra la capacitación, contra un trabajo profesional realmente, esto debería ser abordado como un trabajo profesional en los distintos niveles, desde el administrativo hasta... hasta el profesional que esté en ese momento a cargo. Digo, me parece que muchas veces queda en valoraciones más morales y no en un trabajo... profesional. Y las valoraciones morales tienen que ver con lo que me pasa a mí, con lo que yo pienso. Y hay mucha soberbia en las profesiones en general, sobre todo en el trabajo con personas vulnerables, hay mucha soberbia, 'yo soy el que sé, voy y le digo al otro... (E.14)

Resistencia a la atención: los violentos padecen trastornos mentales

Si bien la mayoría de los entrevistados logran entender que la VDCM es un problema multicausal (biológico, cultural, histórico, institucional), complejo y social, en algunos entrevistados suele aparecer en los intersticios de su discurso una concepción individual y psiquiátrica.- Es decir, luego de afirmar el peso de las construcciones culturales de género, de la desigualdad del poder, igualmente consideran que los hombres violentos presentarían un trastorno mental y las mujeres que son violentadas problemas psicológicos-psiquiátricos. Esta forma de concebir el problema puede tornarse resistencial a la hora de la atención, pues se intentará psiquiatrizar la situación, el vínculo, perdiendo de vista en su análisis una visión ecológica que ayude a la mujer a buscar una vida libre de VDCM. Quizás los factores de mayor peso que justifican la conducta violenta sean una cultural patriarcal que habilita cotidianamente a agredir a las mujeres y un sistema jurídico y judicial que por vacío legal o por omisión no sancione estas situaciones.

Lo que yo siento, lo que yo conozco, los casos de hombres golpeadores, maltratadores tienen que ver muchísimas veces, ah (suspiro profundo), en un pequeño porcentaje con patologías del hombre, alcoholistas, adictos a algún tipo, alguna patología psiquiátrica más pesada, más del orden de la psicopatología más clásica, con la forma de pérdida de los roles clásicos masculinos y la forma de reaccionar y tratar de solucionarlos a través de la violencia. (E.30)

Ahhh, yo creo que hay dos tipos de factores, hay una amplia mayoría que tiene que ver con lo cultural, lo transcultural como decíamos, pero creo que hay otro factor mas que esta dejado de lado...son ese tipo de vínculo que se establece un vínculo sado-masoquista... pero creo que también hay mucha violencia por un vínculo sadomasoquista (E.20)

Yo creo que ahí hay un componente psiquiátrico pesado, yo no soy psiquiatra, no te lo puedo decir en términos muy técnicos. Pero si hay una relación de conflicto dónde se va al enfrentamiento físico, el más fuerte lleva las de ganar, eso es un elemento biológico claro, ser y hasta el propio sexo te lleva hormonalmente a reaccionar ante una situación de violencia de una forma diferente, hay razones naturales en ese sentido y que si, que capaz que es gente que no tiene los elementos de control y que están alterados emocionalmente, psicológicamente o psiquiátricamente, lo llevan a reaccionar tan violentamente y se agrede a su pareja... (E.6)

Resistencia: a mayor fuerza física, más violento se es

Algunos pocos entrevistados se atreven a revelar en forma explícita el acento que ellos le otorgan a la mayor fuerza física como factor causal explicativo de porqué los hombres son más violentos. Esta mirada biológica del tema puede convertirse en un variable resistencial a la hora de atender pacientes, es decir, en pensar lo que se le demanda, en brindar la atención y en el acompañamiento a la víctima-sobreviviente. Pasan por alto en sus reflexiones de que no todos los hombres que tienen más fuerza física que la mujer son violentos o golpeadores.

... en nuestra sociedad occidental y cristiana como se le suele decir, donde el hombre es el que domina, el hombre es el que maneja, el hombre es el que decide, entonces eso de alguna manera lo pone en un plano de superioridad frente a la mujer, esteee... una superioridad que bueno, que a veces se hace abuso de poder. Y además, contando con que en general tienen mayor poder físico, mayor fuerza física, una forma de... de ejercer ese poder ante cualquier llamémosle 'rebelión', es aplicar la fuerza. (E.19)

Resistencia: Masculinidad, Alcohol y Violencia

Desde los albores de los tiempos los hombres han consumido algún tipo de sustancia procurando cambios en el humor o en el estado de conciencia. Por muchos siglos el beber alcohol estuvo profundamente relacionado con la identidad masculina. En algu-

nos discursos de los entrevistados aparece el alcohol como agente causal de la violencia de los hombres. Pensamos que hay una suerte de exonerar de responsabilidades a los hombres. Esto también puede convertirse en un factor resistencial a la hora de atender a los y las pacientes, pues, se puede llegar a malentender la situación de VDCM como consecuencia de una patología psiquiátrica. Las investigaciones consideran que el alcohol y el consumo de sustancias son un factor de riesgo; a mayor consumo mayor probabilidad de que el hombre responda violentamente contra las mujeres pero no es su factor causal. En las investigaciones realizadas en América Latina muchos efectores de salud suelen...» culpabilizar a las mujeres y tienden a eximir de sus responsabilidades a los hombres. Es decir, a las mujeres se las ve como contribuyentes del problema y se las crítica por «malas madres», mientras que a los hombres... se lo concibe como determinados por fuerzas externas o naturales, tales como la pobreza, el alcoholismo, las hormonas, los celos o el desempleo». (Ruta Crítica, 2003: 70). Algunos de nuestros médicos lo expresaban del siguiente modo:

El alcohol es el inhibidor, lo primero que inhibe son las inhibiciones por lo cual parece un estimulante. En definitiva es un inhibidor que termina inhibiendo todo. Justamente bajo los efectos del alcohol, cualquier situación de estas se termina yendo de las manos. Toman un par de copas, para... es obvio. En los casos que he tratado está muy presente, específicamente en el hombre. En estos casos de pareja es como un gatillo. (E.31)

Nosotros nos sorprendíamos cuando llegábamos a la actividad rural y saber que hay una respuesta anticipada de la mujer porque sabe, que el día que cobra, el esposo va a llegar tarde a la casa porque va a pasar por el boliche y se va a tomar una que otra caña y va a llegar derecho a meterle «**rebenque**» a ella y a los gurises. (E.28)

...en la frontera, ocurre mucho... es el tema del alcoholismo, de las adicciones. ¿No es cierto? Eso creo que descontrola mucho al ser humano, al hombre sobre todo. Las veces que una mujer me ha comentado que sufrió violencia... ahora conversando con usted me acuerdo es en general, cuando dice: «llegó borracho y me pegó». Pero de repente no es el ojo hinchado es el moretón en el brazo. (E.27)

La virilidad está en juego a la hora de violentar...

Hay una generalización que se puede volver resistencial cuando se afirma que todos los hombres violentos no pueden pensar la situación, son impulsivos, arrebatados, avasalladores. Recordemos que la VDCM es un patrón relacional donde la violencia aparece como vínculo permanente con fases claramente delimitadas, estables y cíclicas. Para muchos violentos, no necesariamente golpeadores, la violencia que ejercen sobre sus esposas o parejas no es «pensada» (pero si intencional) porque sus referentes ideológicos justifican sus prácticas como algo natural y de pleno derecho. En la cultura machista en que vivimos los varones modelan su identidad de género amalgamando agresión y masculinidad, inequidad de poder y masculinidad. Pero esto no nos permite

generalizar que todos los hombres ejercen la VDCM. Uno de nuestros tantos entrevistados deja ver claramente que la masculinidad está en entredicho cuando se intenta solucionar situaciones conflictivas mediante la violencia. Pero también agrega que paradójicamente el hombre se siente culturalmente habilitado a solucionar las diferencias mediante la imposición, el avasallamiento y la dominación. Seguramente extrae ese permiso del fondo de su reservorio identitario y obtiene narcisísticamente la satisfacción de ser más fuerte, poderoso y de ser capaz de torcer la voluntad del otro.

... el hombre pegador demuestra ser más impotente que viril, no puede solucionar ... no sé si es viril la palabra, pero digamos en ese sentido de virilidad y eso... eee... soluciona de la forma más arcaica posible, más primaria posible, soluciona entre comillas digamos, o sea... llega hasta el acto de violencia, el acto de golpear implica claramente una impotencia claramente en el poder solucionar de otra forma, ¿no?, o sea, son como las reacciones más primarias, digamos... no tiene acceso a determinados niveles que le permitan simbolizar, que le permitan como proyectar y solucionar de otra forma...yo agarro y rompo todo, digamos, yo soy el número uno, soy el más fuerte, el sentirse fuerte desde ahí, ¿no? Esteee... son sistemas de validación sociales, culturales, ¿no?... (E.14)

Obstáculos Epistemofilicos para dar una primera respuesta

Hay unanimidad de parte de los entrevistados respecto a que muchas veces las dificultades para dar una primera respuesta a la víctima-sobreviviente se encuentra en el efector. Esta afirmación se contrapone a las aseveraciones hechas más arriba respecto a la incidencia de quien atiende la consulta. Aparecen en sus discursos los elementos irracionales que se juegan a la hora de establecer un vínculo: los miedos, las angustias, el dolor, la tristeza, el no poder establecer un compromiso para no sentirse invadidos, el haber sido víctima de VDCM, el ser violentadores. Los vínculos propios de nuestra sociedad no escapan al cuerpo médico por lo cual el individualismo, la falta de compromiso, el no sentirse interpelados, el no querer complicar saliendo de testigo en un juicio son algunas de las argumentaciones que envuelven una más compleja aún como ser el tener que acompañar afectivamente a la víctima-sobreviviente en su ruta crítica. Camino de respuestas y resoluciones tan cargados de dificultades frustraciones, sufrimientos, dolores, ambivalencias, progresos y retrocesos.

Por que los médicos tienen solamente un concepto asistencial, no se quieren ver comprometidos muchos de ellos. Porque viste ser médico acá es fácil ser médico en el interior es difícil, porque cuando vos le investigas a una persona, a una mujer que es víctima de violencia, a esa mujer vos la conoces, la ves de mañana de tarde de noche y vos no te podes después decir denuncié, comuniqué me lavé las manos... tengo las dudas que el médico se comprometa viste, al menos muchos de ellos (E.25)

... creo que es fundamental el estar preparado para.. para afrontar el tema... Y aparte, muchos integrantes del equipo de salud deben ser violentadores o violen-

tados, eso también influye, si es tan frecuente en la población debe ser tan frecuente en la salud... (E.26)

En el medio rural se da una particularidad muy distinta. Uno tiene que tener mucho cuidado cuando trata estos temas o cuando habla con la policía porque de última la denuncia, en ese caso..., y si es médico, puede encontrarse con el marido enojado a las 4 de la mañana con un facón de 60 cm apuntando al médico. Es decir, en ese caso el médico pasa a ser víctima de la violencia. (E.28)

Me inclino a pensar que para abordar temáticas de violencia doméstica, uno tiene que tener determinada predisposición positiva en su personalidad... Si uno fue víctima de violencia, o lo procesás tróficamente y te movés en un paladín del manejo de las situaciones o te desarticulás cuando te enfrentás... Entonces, yo creo que allí tiene que haber una predisposición a hacerse cargo de ese tipo de situaciones, a enfrentar ese tipo de temáticas, tener la formación específica y tener ganas. (E.9)

Ruta Crítica, «un camino necesario para una vida sin violencia». Decisión personal y respuestas institucionales encontradas

Las mujeres encuentran múltiples dificultades para resolver una situación de VDCM. Nuestros entrevistados creen que las víctimas permanecen en vínculos violentos debido a problemas psicológicos (sodomasoquismo), económicos y educativos. Dado que no son contemplados los factores institucionales (sector salud) consideramos oportuno explicar cómo pueden intervenir y ayudar a solucionar estas situaciones. Nos basaremos en los estudios de investigación realizados por la OPS/OMS en América Latina¹⁹, tratando en todo momento de contraponerlo con extractos de entrevistas que dejan ver de forma elocuente sus formas de pensar y el compromiso que sienten para apoyar procesos.

Por «**ruta crítica**» se nomina el proceso complejo que deben realizar las mujeres víctimas-sobrevivientes de VDCM desde el punto de vista: mental, social y jurídico para alcanzar una vida libre de violencia, discriminación y opresión. Este camino como lo revela la investigación no es nada fácil, puede durar años, meses o pocas semanas, puede progresar, retroceder o tener momentos donde todo queda en espera. No es un proceso individual de la mujer, siempre está condicionado por el ambiente socio-institucional y jurídico en el que la mujer vive y se relaciona. Incluye tres grandes elementos: a) la decisión de visibilizar su situación de violencia doméstica, b) las acciones emprendidas: denuncia, búsqueda de protección, etc, c) las respuestas encontradas en las instituciones: familia, salud, marco legal, justicia, educación, policía. En dicho camino se ponen en juego las emociones de la mujer, la reflexión, el razonamiento y la evaluación de las asistencias institucionales encontradas.-

Factores impulsores internos: cuando se dan cuenta de su situación de VDCM, despliegan una multiplicidad de estrategias que intentan garantizar su sobrevivencia.

¹⁹ OPS/OMS, Sagot Montserrat, et al., (2003)

Buscan no contradecir a su pareja, aceptar situaciones que no pueden manejar, callarse, mantenerse pasivas, pedir la ayuda de personas significativas. Motivan la búsqueda de un cambio: el convencimiento de que su pareja no va a cambiar, que sus recursos de sobrevivencia se agotaron, el distanciamiento afectivo con el agresor (sienten odio), la saturación afectiva: angustia, depresión, desorientación, pánico.

Factores impulsores externos: las acciones de los otros motivan a la mujer a tomar decisiones: el aumento de la violencia de parte de su pareja, la violencia sexual, la infidelidad, la pérdida del control de recursos ganados para ella y sus hijos/as, la amenaza de muerte luego de una denuncia, el peligro de muerte de los hijos/as. El poder contar con trabajo y una casa para ella y sus hijos/as, así como el apoyo de familiares, amigos y comunidad, la fortalece emocionalmente en su camino a recorrer y la ayuda a curar sus heridas.

Factores inhibidores internos: Muchos de los miedos que presentan las mujeres son reales y quedan inscriptos en su cuerpo y en su psiquis como heridas que no se borran. Pero fundamentalmente muchos de ellos son debido al potencial destructor del agresor que no encuentra freno de parte de las instituciones en forma oportuna. También es posible encontrar aprensiones de género: «miedo a quedarse solas», «a no poder enfrentar el hogar», «al escándalo social», «la vergüenza», «la censura y falta de apoyo familiar», etc. Las culpas de género no faltan: «temen romper la familia», «dejar sin padres a sus hijos/as».- También se reconoce como muy importante el desconocimiento de sus DDHH y la falta de respuesta de instituciones vinculadas (salud pública, policía, justicia, educación, etc). Muchos de nuestros entrevistados no consideran los inhibidores internos y externos como factores condicionantes de los comportamientos de la víctima-sobreviviente pero siguen afiliados a razones psicopatológicas. Creemos que ahí está la oportunidad del sector salud de poder escuchar, informar, orientar, proteger, acompañar en la búsqueda de soluciones desde una perspectiva de género.

Quando es muy sostenible en el tiempo la mujer tiene problemas psicológicos. Quando es algo puntual no. Ya sea puntualmente la mujer tenga una patología previa que por esa razón ella permita recibir este tipo de violencia. Puede darse al principio por múltiples razones, no sólo de su personalidad. (E.32)

La persona violentada son la contracara del violento. En el libro de Paulo Freire, «Pedagogía del Oprimido», define muy bien esa situación. El oprimido precisa del opresor para ser oprimido pero además toma del opresor su referencia, según las circunstancias de ese individuo. Ese sujeto oprimido puede transformarse en agresor, su referente... Lo primero tiene una personalidad con la cual genera una relación patológica con el agresor que la necesita, como la vaina al cuchillo. La necesita este porque seguramente y me estoy metiendo en un terreno que no conozco nada. Capaz lo que digo es un disparate, que el oprimido necesita una referencia fuerte, para poder funcionar, en una forma distorsionada. (E.24)

Son personas que son sadomasoquistas porque... Nosotros los vemos y los debe ver la policía también. El agredido denuncia y vuelve a retirar su denuncia. Hay un

vínculo que no puede cortar, ese cordón. Es difícil abordar el tema por eso también.(E20)

Factores inhibidores externos: los familiares e hijos/as pueden minimizar la situación e inculcar el «aguante». Muchas veces el agresor busca alianzas con los hijos para convencerlos de su cambio. La falta de autonomía económica impide tener una solución habitacional, un sostén económico y alimenticio para sus hijos/as. Las inadecuadas respuestas institucionales es uno de los factores inhibidores más importantes. En el sector salud podemos encontrar: los antojadizos trámites y procedimientos, las actitudes negativas y de revictimización de los y las prestatarios, la carencia de RRHH formados en VDCM, la falta de privacidad y confidencialidad de los servicios, entre otros. Los efectores que siguen no se sienten interpelados a intervenir como factor externo coadyuvante para que la mujer encuentre soluciones. Suelen esgrimir las dificultades personales y sociales que encuentra la mujer en su ruta crítica pero dispensándose en pensarse como actores sociales que pueden ayudar a las víctimas-sobrevivientes.

En general ... terminan sintiéndose culpables,»: el mate estaba frío por eso me pegó y me partió la cara.»Yo no soy lo bastante atenta», o «yo no me arreglo lo suficiente» «pobrecito estaba cansado» o «vino alcoholizado» o «yo le hable mal». Siempre terminan sintiéndose culpables. Además es parte de la violencia el no poder sentirse con una vida independiente, «que voy hacer si el no está», «si no me ayuda», «sola ¿qué voy hacer con mi vida?». Termina haciéndolas sentir miserables, pobres, incapaces, como si fueran niñas, o retardadas mentales. Siempre tienen la fantasía de que cambie, «si ellas se portan bien», o «si ellas se arreglan», o «si cocinan mejor», «si se paran de cabeza antes de que él lo pidan, capaz que va a cambiar».Durante muchos años funcionan así. (E.30)

Porque económicamente esa mujer está en desventaja en la sociedad porque tiene poca inclusión social y laboral La mujer tiene su lugar en la casa y quizás ese lugar en la casa, sea para ella, un lugar no sé si cómodo. No está bien cómodo. Bórrelo. Es un lugar que lo tiene y no lo quiere perder en aras de su hogar, y de su propia seguridad (E.27)

Propuestas:

Las siguientes proposiciones nacen de parte de los entrevistados con la finalidad de sugerir ideas a quienes tengan la responsabilidad de diseñar campañas de lucha con la VDCM. Cabe destacar como lo hemos hecho más arriba, la contradicción entre los discursos políticamente correctos y sus prácticas sanitarias. Estas últimas reflejan un rechazo por la temática (obstáculos epistemológicos y epistemofílicos) y dificultades para asumirla dentro de la canasta de prestaciones en salud hacia las mujeres (resistencia asistenciales). Además nos parece interesante que casi todas las propuestas implican a los otros: MSP, instituciones, comunidad. Ellos en cambio no se replantean - a nivel personal o del servicio - qué modificaciones pueden hacer sin tener que desplegar grandes acciones o manejar nuevos recursos humanos y /o económicos. Demuestran

de esta forma que los cambios los tienen que emprender los demás, y por lo tanto no asumirlos desde el sistema de salud y sus respectivas instituciones.

- 1) Crean importante continuar con campañas de difusión masiva que expliquen qué es la VDCM, cómo se manifiesta y a dónde deben recurrir quien/es las padecen.
- 2) Recomiendan no medicalizar el problema ya que se podría correr el riesgo de pensar que la solución quede atrapada en los límites del hospital y con las terapéuticas médicas. Proponen realizar actividades de información a nivel de la educación, la policía, la justicia y las iglesias
- 3) Construir un albergue transitorio “para la mujer y sus hijos” cuando ésta decide “irse de la casa” o cuando busca “alejarse del agresor”.
- 4) Sensibilizar sobre la temática a nivel comunitario y formar promotores de salud y agentes comunitarios en VDCM.
- 5) Promover la formación de los médicos/as y demás profesionales de la salud.
- 6) Sensibilizar y formar sobre VDCM en la educación, desde la educación primaria hasta la formación terciaria. Ponen el énfasis en el rol que debería jugar la Facultad de Medicina, considerando que hasta el momento, forma profesionales con un enfoque asistencialista y no preventivo.
- 7) Realizar una campaña que tenga por contenido los derechos de las mujeres.
- 8) Lograr que los medios masivos de comunicación asuman una tarea de compromiso social y difundan temas sobre VBG y VDCM.
- 9) Poder contar con más tiempo en la consulta médica para poder realizar una escucha más integral de la paciente.
- 10) Seguir trabajando por una mejor coordinación intersectorial responsable de la atención y seguimiento de la víctima.

Como cierre de este análisis pensamos que nuestra investigación deja en evidencia las debilidades y contradicciones que presenta el sistema de salud de nuestro país, público y privado para un rápido abordaje de las situaciones de violencia de género y violencia doméstica. Entre ellas hemos destacado: la falta de formación en pregrado y postgrado de los RRHH, la orientación y las prácticas de la salud, desde una perspectiva biologicista, individualista y asistencial, las carencias de una coordinación interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional, la desinformación y desconocimiento de leyes y reglamentos jurídicos sobre el tema, las resistencias a su abordaje, la revictimización de las mujeres en el sector salud, la ausencia de incorporación de la guía de procedimientos y fundamentalmente la falta de integración de esta temática a los servicios y por ende la carencia de campañas locales de prevención y erradicación de la VDCM. Esto vuelve a confirmar las conclusiones a las que llegaron investigaciones recientes de OPS/OMS en América Latina y el Caribe y que fueron largamente citadas a lo largo de este capítulo. Los planificadores, gestores y efectores varones en salud presentan obstáculos epistemológicos (aceptación incuestionada de la cultura patriarcal y machista, de los beneficios, status y poder obtenidos) y epistemofílicos (miedos, ansiedades y experien-

cia de vida frente a la VDCM) que explican las debilidades antes mencionadas y las contradicciones entre los «discursos políticamente correctos» y las prácticas en salud. Dichos obstáculos se transforman en procesos resistenciales a la hora de planificar acciones de: promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación de la VDCM como un derecho en salud de las mujeres uruguayas. Presentan escasa conciencia de su rol social para romper con los eslabones de la VDCM, mejorar la calidad de vida de las mujeres víctimas-sobrevivientes, evitar muertes prevenibles y ayudar a construir una sociedad más igualitaria, equitativa, solidaria y con mayor paz y desarrollo social y ciudadano para todos y todas.

BIBLIOGRAFÍA

- Burin, M., Meler I. (2000): Varones, Género y Subjetividad Masculina, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (1994): Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (1995): Violencia Masculina en la pareja, Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (2003): Maltrato y abuso en el ámbito doméstico, Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares, Buenos Aires, Paidós.
- Fernández, A. M. (1993): La Mujer de la Ilusión, Pactos y Contratos entre hombres y mujeres, Buenos Aires, Paidós
- Garda R. (2003): La misoginia en el discurso y acción de los hombres, México DF, Artículo mimeo, srf. de publicación.
- Ministerio de Salud Pública - Programa Salud de la Mujer y Género (2006), Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos en el primer nivel de atención, Montevideo, Edición MSP - UNFPA
- OPS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Claramunt María Cecilia, (1999) Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis, San José, Costa Rica. www.paho.org
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Sagot Montserrat, et al. (2003): La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina, Estudios de caso en diez países, Zeta Servicios Gráficos.
- OPS/ OMS, Sen G., George A., (2005): Incorporar la perspectiva de Género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas, Cambridge.
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, (2001): Ugalde Y., Guido L. Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, Reconstruir la Violencia Intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, Rol del Sector Salud, San José, Costa Rica. www.paho.org
- OPS/OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, (2003): Velzeboer, M. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud, Washington D.C.
- OPS Serie Género y Salud Pública 14, (2003): Situación de los Servicios Médico-legales y de Salud para Víctimas de Violencia Sexual en Centroamérica, San José de Costa Rica. www.paho.org
- OPS/OMS, Almérás D., et. al., (2007), ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe, Washington D.C. www.paho.org
- OPS, (1999), Claramunt, M. C., Mujeres Maltratadas, Guía de trabajo para la Intervención en Crisis, www@cor.ops-oms.org.

- OMS, (2005) Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia, resumen del informe en: www.who.int/gender.
- Pellegrini A, Almeida-Filho N, Trostle J. La investigación de la Salud en América Latina y el Caribe: tendencias y desafíos, (1998) en Sánchez D, Bazzani R, Gómez S, Prioridades en la investigación de la Salud colectiva en América Latina, Montevideo, Trilce.
- Romano Fuzul, Sandra (2007) Violencia Doméstica, participación e integración social, en Sobre Cercanías y distancias -Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual, Compiladores Mónica De Marino- Luis Eduardo Morás, Montevideo, Cruz del Sur.
- Sluzki, Calos E. (1998), Violencia Familiar y Violencia Política, Implicaciones terapéuticas de un modelo general en, Freid, Schnitman, D., Nuevos Paradigmas Cultura y Subjetividad, Paidós

CONCLUSIONES

La investigación realizada pone en evidencia ciertas percepciones y representaciones presentes en varones planificadores, gestores y efectores en el sistema de atención en salud, que obstaculizan un abordaje adecuado de situaciones de violencia de género y VDCM. Estos obstáculos operan en el terreno de mentalidades y de convicciones acendradas. En este sentido, el trabajo es coincidente con las conclusiones a las que arriban numerosas investigaciones de la OPS/OMS para América Latina y el Caribe. Las entrevistas muestran cierta aceptación a - problemática de la cultura patriarcal dominante, así como de la preeminencia masculina en estatus y poder que de aquélla se desprende. Esta aceptación –no siempre explícita y a menudo contradictoria- alienta formas variables de resistencia a la prevención, diagnóstico y rehabilitación de la VDCM como un derecho en salud de las mujeres uruguayas. En congruencia con lo antedicho, existe en el personal de salud escasa conciencia de sus propias potencialidades para intervenir activamente en los procesos que conducen a la legitimación de esta forma de violencia de género. Se resienten de este modo las posibilidades de mejorar la calidad de vida de las mujeres víctimas-sobrevivientes, así como de evitar muertes prevenibles. Huelga agregar que todo avance en este terreno, supone a la vez un paso en la construcción de una sociedad más igualitaria, equitativa, solidaria y con mayor paz social para todos y todas.

Las representaciones corrientes de la masculinidad entre profesionales que trabajan en el campo de la salud, no constituirán seguramente ninguna sorpresa para quienes lean este informe. De las palabras de nuestros entrevistados emerge –con contadas excepciones- la imagen estereotipada del varón proveedor y protector, físicamente fuerte, que ocupa “naturalmente” un lugar dominante en el hogar y fuera del mismo, y que es racional, pragmático y emocionalmente diferente de la mujer. Al tiempo, no puede obviarse que los varones entrevistados en esta investigación integran una capa socio-profesional particularmente permeada por el discurso de la equidad de género y la condena a la discriminación femenina. Esta condición se refleja en las numerosas referencias a factores socio-culturales para explicar el machismo corriente y los comportamientos violentos. Pero muy significativamente, tales declaraciones coexisten con convicciones biologistas que afloran una y otra vez en sus palabras. Todo indica que estas convicciones constituyen -por lo general- el “núcleo duro” de las explicaciones corrientes de la violencia doméstica.

Estas explicaciones biologistas se expresan en el discurso de los entrevistados, aun a *pesar* de ciertos reconocimientos y declaraciones que señalan al machismo y la discriminación como conductas y prejuicios aprendidos. No debe verse aquí una intencionalidad maquiavélica o cínica de quienes dicen una cosa y piensan –o practican- otra distinta; se trata más bien de un síntoma, una manifestación más de las contradicciones propias de una época de visibilización creciente de la problemática de género en

que coexisten avances y resistencias. Asimismo, son recurrentes las alusiones al cambio sufrido por los roles masculinos en dirección de una mayor equidad entre géneros; sin embargo, a la hora de ilustrar esta proposición se mencionan cambios menores, tales como “cambiar pañales” y “lavar los platos”. En consonancia con esto, en las representaciones corrientes de la condición femenina vuelve a escena el manido estereotipo de la maternidad como una función “natural”, inherente al sexo.

El discurso abiertamente misógino es muy minoritario, y aparecen numerosos profesionales con una postura claramente crítica hacia una práctica médica relativamente insensible al enfoque de género. Hay que ver aquí sin duda una potencialidad transformadora, y parece sensato suponer que estas posturas críticas seguirán ganando adeptos en las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

Las identidades masculinas descritas por los entrevistados continúan centradas en el rol de proveedor, en la fortaleza física y condicionamiento biológico, en la tendencia hacia el ámbito público, el ejercer el rol de protector, mantenerse y mostrarse en un lugar de dominación. A la vez los hombres vistos por estos hombres son asertivos y pragmáticos, poseen una sensibilidad diferente a la de las mujeres, con algunos aspectos que pueden asociarse a fragilidad emocional en la constitución masculina y a la forma de procesar el sufrimiento, en ocasiones ejerciendo el poder de manera arbitraria.

Se constata que la mayoría de los entrevistados no problematiza el nexo entre género y salud; en su práctica profesional, tienden a replicar una concepción de los problemas de salud que se desentiende de los contextos en los que éstos discurren. Sintomáticamente, esta tendencia coexiste con alusiones expresas al género entendido como una construcción socio-cultural. Esto nos muestra -de nuevo- las ambivalencias de un manejo discursivo fluido del “deber ser” en el abordaje de género, en tensión contradictoria con las prácticas efectivas del personal de salud (sobre todo en lo que respecta a la violencia hacia las mujeres). En el lenguaje corriente de muchos médicos varones, la condición de mujer de su paciente desaparece tras un masculino genérico – *el paciente*, precisamente- que ambienta el escamoteo de la problemática propiamente femenina y de género de las situaciones de violencia que llegan a la consulta.

Como podrá apreciarse, nuestra investigación pone en evidencia un estado de situación paradójico de *la conciencia y la práctica profesional* del personal de salud de cara a un abordaje de género de las situaciones de violencia doméstica. En realidad no podría ser de otro modo: puede verse aquí una manifestación de las contradicciones propias de esta época de cambios, de crisis del androcentrismo y *a la vez* de continuidad y resistencia a tales cambios. La perspectiva de género que aborda las relaciones entre hombres y mujeres como relaciones de desigualdad, de dominación y de sometimiento, viene ganando una visibilidad social creciente: esto es innegable. Junto a una disminución real de la desigualdad, esta tendencia conforma un “círculo virtuoso” que se ha ampliado incesantemente en estas últimas décadas en el mundo; y lógicamente, nuestro país no es ajeno a estos procesos. Pero dichos procesos discurren en contextos socio-culturales signados por estructuras, convicciones e instituciones patriarcales ampliamente hegemónicas. Es así que nos encontramos con numerosas declaraciones de reconocimiento expreso de relaciones de género que inferiorizan a las mujeres, y *estos*

mismos entrevistados dejan filtrar el sentimiento de que en definitiva se trata de “problemas de mujeres” que son víctimas de *ciertos hombres violentos*.

En otras palabras, el reconocimiento del anclaje social de las relaciones entre hombres y mujeres queda a menudo neutralizado por la idea de que las mujeres golpeadas por sus parejas son víctimas de “monstruos”, es decir, víctimas de situaciones signadas por la excepcionalidad. Se tiende así a *criminalizar* la VDCM. Claro que se trata *también* de situaciones criminales; pero queremos hacer notar que, al ver la VDCM únicamente como un crimen o una aberración, se la desconecta de la cultura patriarcal aprendida por todos y por todas en nuestras sociedades. Esta cultura dominante justifica la preeminencia masculina y la sumisión femenina, por lo tanto se constituye en terreno fértil para la emergencia de “excesos” (es corriente oír de boca de hombres golpeadores “se me fue la mano”).

Resulta muy entendible -y aun legítimo- que los efectores de salud entrevistados busquen desmarcarse personalmente de esas situaciones de VDCM que en todos los casos condenan enérgicamente. Pero el efecto – objetivo, no intencional- de tal distanciamiento, es cierta ajenidad respecto de estas situaciones extremas que aparecen como “cosa de otros”. Digamos que esta ajenidad puede ser absolutamente cierta si consideramos estrictamente las situaciones límite que incluyen violencia física; pero la excesiva extrapolación entre hombres violentos y *todos los demás* conduce insensiblemente a la descontextualización socio-cultural de las prácticas de VDCM.

En resumen, hemos podido identificar en las palabras de nuestros entrevistados ciertas contradicciones discursivas que reflejan contradicciones reales en sus ideas y en sus prácticas profesionales. Se manifiestan así en estos varones, tanto los avances como las resistencias a la identificación de las situaciones de VDCM en tanto expresión descarnada de la dominación masculina.

Cuando se realizó el trabajo de campo de esta investigación, el Sistema Nacional Integrado de Salud aún no había comenzado su implementación, si bien eran difundidas sus principales líneas estratégicas. Entre los entrevistados es posible encontrar diferentes posicionamientos ante los cambios inminentes, y en particular sobre los efectos de la misma en la atención de la VCDM por parte del nuevo sistema. Si bien las recomendaciones para que se aborde la prevención y la atención a la VCDM, en el marco de la reforma, son mayoritariamente compartidas por los entrevistados, parecen emanadas del sentido común: desde las estrategias educativo comunicacionales, el involucramiento de la totalidad del sistema educativo formal, la existencia de alojamientos transitorios, los cambios en la formación de los profesionales de la salud, las modificaciones en la calidad de atención. Si bien estos cambios se presentan como imprescindibles, cabe reflexionar sobre los niveles de implicación de los entrevistados ante estas ideas y estrategias. El discurso correcto parece integrado ya a los varones decisores y planificadores y a aquellos que ejercen a la atención a las mujeres. Mientras los cambios subjetivos y culturales en las concepciones y en las prácticas hegemónicas sobre género y masculinidad en el sistema de salud parecen aún lejanas de ser modificadas sustancialmente.

SOBRE EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

David Amorín, Psicólogo Profesor Titular, encargado del área de Psicología Evolutiva e investigador integrante de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

François Graña, Magister en Sociología, Profesor Adjunto, investigador y docente en Educación y Género en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

Carlos Güida, Doctor en Medicina, Profesor Adjunto del Área de Salud de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Ex Coordinador de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Investigador en masculinidades.

Horacio Medina Bentancor, Licenciado en Psicología. Tallerista en Género, participante del Equipo de Investigación «Nuevas paternidades y estereotipos de Género», Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Jorge Daniel Rondán Moundji, Licenciado en Psicología, Psicólogo Clínico, Ex-Educador del Centro de Jóvenes del Cerro, Programa APEX – Universidad de la República – Intendencia Municipal de Montevideo. Ha participado en investigaciones sobre género y salud.

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Presentación	5
PRÓLOGO A UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES	6
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO <i>Jorge Rondán Moumdji</i>	13
REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS ACERCA DE MASCULINIDAD <i>David Amorín</i>	31
LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PERCEPCIÓN DE NUESTROS ENTREVISTADOS <i>François Graña</i>	57
ACERCA DE LAS CONCEPCIONES DE GÉNERO Y SALUD Y LA RELACIÓN CON LA ATENCIÓN A LA VCDM EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA <i>Carlos Güida</i>	85
OBSTÁCULOS Y RESISTENCIAS DEL SECTOR SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DOMESTICA COMO UN PROBLEMA DE SALUD POBLACIONAL <i>Jorge Rondán Moumdji</i>	115
CONCLUSIONES	147
SOBRE EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN	150

Impreso y encuadernado en **ZONALIBRO**
Gral. Palleja 2478 - Tel. 208 78 19 - E-mail: zonalibro@adinet.com.uy
Dep. Legal N° 345.083 / 08 Edición amparada en el decreto 219/996 (Comisión del Papel)

Junio de 2008