

Violencia de género y salud

Pamela Eguiguren Bravo

Resumen

La Plataforma de Acción de Beijing en 1995, señala que la violencia contra las mujeres “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres”. En todos los ámbitos y etapas de la vida de las mujeres existen diversas formas en que la violencia de género se expresa, pudiendo citar la violencia física, psicológica y sexual por parte de miembros de la familia o de su pareja, el abuso sexual por individuos que no son su pareja, la prostitución forzada, la mutilación genital, el aborto selectivo, entre otras. Las consecuencias para la salud de las mujeres y sus familias urgen al sistema sanitario a tomar medidas para su identificación oportuna y respuestas adecuadas. Sin embargo, para que esto sea cierto se deben examinar las formas de reproducción de las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres al interior del sistema y sus instituciones.

Abstract

The Beijing Conference and Platform for action in 1995 states that “Violence against women is a manifestation of the historically unequal power relations between men and women”. In all of the spaces and stages of women's life there are several ways in that gender violence express itself, as a physical, psychological and sexual violence by family members or partner, rape or sexual abuse by men who are not her partner, forced prostitution, genital mutilation, selective abortion, etc. The consequences for women's health and their families urge the health system to address the problem with an opportune identification and adequate responses. But, to reach this goals it is necessary to look at the unequal power relations between men and women reproduction forms in the health system.

En la declaración del II Congreso Mundial por los derechos humanos de la ONU, celebrado en Viena en 1993, se reconocen los derechos de las mujeres “como parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. Después de este reconocimiento, en la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprueba la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”^a,

^a Resolución de la 48ª Asamblea General de Naciones Unidas, 1993 (A/RES/48/104).

instrumento que aborda y define la violencia contra las mujeres 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 las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ocurra en la vida pública o en la vida privada”. Estos logros tienen su origen, junto con otros esfuerzos, en el trabajo sostenido durante décadas por organizaciones y mujeres feministas en favor de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y en favor del reconocimiento de la violencia hacia la mujer como problema social, planteando la necesidad de actuación de los gobiernos.

La Plataforma de Acción de Beijing^b, aprobada en la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer en 1995, señala que la violencia contra las mujeres “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad”.

Aquí se establece claramente que la violencia contra las mujeres, lejos de ser algo que proviene de un orden “natural”, nace de la inequidad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres construidas socialmente. Esta relación ha estado caracterizada por la subordinación de la mujer a la autoridad masculina, y la violencia ha sido y continúa siendo un instrumento para mantener el orden establecido.

Por esta razón, en los últimos tiempos y de forma creciente comienza a utilizarse el término “violencia de género” para referirse a la violencia de los hombres contra las mujeres. Este término frecuentemente suscita confusión respecto de por qué siendo violencia de género no es posible, y más aún obligatorio, referirse también a la violencia de las mujeres contra los hombres; sin embargo las situaciones menos frecuentes de violencia en esa dirección no responden a una subordinación del hombre a la mujer que sea naturalizada por

^b Plataforma de acción de Beijing, 1995. Acciones y Objetivos estratégicos, Cap.D /118-119

la sociedad en razón de lo que se construye como género, por lo menos en la mayor parte de las sociedades. Probablemente hay factores distintos, de carácter menos colectivo. Cabe preguntarse si tal vez la violencia de género desde la perspectiva masculina no podría aplicarse a la violencia que el medio ejerce sobre los hombres al exigir conductas de mayor riesgo, asumir la responsabilidad por la supervivencia familiar, etc., pero eso es otro tema.

Aun cuando los malos tratos a la mujer ocurren en forma más frecuente y generalizada en el ámbito familiar, evidentemente estos no se limitan a dichos espacios, pues en una sociedad organizada sobre una supuesta superioridad masculina la violencia también es institucional. En este sistema las normas sociales informales y estereotipos de los roles de género se encargan de reforzar la legitimidad del control del hombre sobre la mujer.

En todos los ámbitos y etapas de la vida de las mujeres existen diversas formas en que la violencia de género se expresa, pudiéndose citar la violencia física, psicológica y sexual por parte de miembros de la familia o de su pareja, el abuso sexual por individuos que no son su pareja, el tráfico y prostitución forzada, la explotación en el trabajo, la mutilación genital, el aborto selectivo y el infanticidio femenino entre otras. Pero además podríamos citar el hecho de recibir salarios menores que los hombres para iguales funciones, o el escaso reconocimiento social al trabajo femenino como algunas formas de violencia institucional, con consecuencias para la vida y desarrollo de las mujeres.

La utilización de la violencia como instrumento de dominación puede ser consciente e intencionada, como es el caso frecuente de hombres que utilizan la violencia contra su pareja como forma de reforzar su papel de autoridad del hogar o de la relación. Actitudes que contradigan los estereotipos asignados socialmente a la mujer, como desobedecer al marido, rehusar una relación sexual, no preparar la comida a tiempo, fallar en el cuidado de los hijos o de la casa, cuestionar a la pareja respecto del uso del dinero, y hasta salir de casa sin autorización, pueden servir de disculpa para la agresión. La violencia en la pareja, denominada generalmente como violencia doméstica, es una forma más de la violencia de género y hoy se critica el término de violencia doméstica por no dejar clara su génesis, limitando el problema a un espacio que disfraza su alcance real, esto es, un problema no sólo de preocupación pública sino global y enraizado en la estructural social. También porque lo doméstico lleva implícito el carácter privado, que asigna a este tipo de violencia una

mayor tolerancia en el entorno social. Como afirman Bosh y Ferrer: “su consideración como fenómeno privado ha propiciado que durante siglos se considerara, primero un derecho del marido y algo normal, y, posteriormente algo que ‘desgraciadamente’ sucedía en algunos hogares pero que formaba parte de la vida privada de las parejas y en lo que por tanto no había que intervenir”¹.

De hecho, en España, hasta hace menos de veinte años no se consideraba legalmente delito la violencia física, y menos la psicológica, ejercida dentro del ámbito familiar o de la pareja. Por esta razón la violencia que ocurre en la esfera familiar es la más oculta y la más difícil de determinar, ya que la aceptación de la autoridad ejercida por el hombre sobre la mujer en ese ámbito es aprendida, aceptada y reforzada socialmente.

La naturalización de la violencia ejercida por los hombres en la vida de las mujeres queda reflejada en los resultados de la última macroencuesta de maltrato en España realizada por el Instituto de la mujer² en el año 2002. En ella se establece una diferencia entre lo que desde el punto de vista técnico se considera maltrato, a través de varias preguntas indirectas, y lo que las propias mujeres perciben al responder a la pregunta de si habían sido maltratadas. Las mujeres mayores de 18 años que técnicamente habían sufrido maltrato correspondían al 11,1%, sin embargo sólo el 4% respondió afirmativamente a la pregunta directa. En el caso de las mujeres entre los 45 y 64 años las cifras fueron 15,1% y 4,9 % respectivamente.

En la medida en que la ideología está más arraigada en la cultura y son menores los niveles de educación la aceptación social del maltrato será mayor, como se ve en una encuesta realizada a 5.900 mujeres entre los 16-49 años en Zimbabwe, África,³ en que un 53% de ellas respondió que golpear a la esposa estaba justificado en al menos una de estas situaciones: si la mujer había discutido con el marido, o desatendido a sus hijos o salido de casa sin decírselo, si había rehusado a tener sexo o si había quemado la comida. En este mismo estudio un mayor nivel educativo, la inserción laboral de la mujer y el compartir decisiones en el hogar se asoció a una menor tendencia a justificar el maltrato.

¹ BOSH FIOL, E.; FERRER PÉREZ, V., «La Violencia de género: de cuestión privada a roblema social». *Revista Intervención Psicosocial* 2000; 9(1): 7-19.

² Instituto de la mujer. Información disponible en www.mtas.es/mujer/mcifras/principa.htm

³ HINDIN, M., «Understanding women attitudes towards wife beating in Zimbabwe». *Bulletin of the World Health Organization*, 2003; 81(7): 501-508.

Contribuye a esta falta de visibilidad del problema de violencia en las relaciones de pareja el hecho de que existe mucha violencia psicológica y, en la mayor parte de los casos de violencia física, las lesiones no alcanzan una gravedad que lleve a la mujer a solicitar atención y genere oportunidades de identificar el problema. Por otra parte, las lesiones menores o los problemas de salud mental, que se arrastran por periodos prolongados, no llegarán a ser identificados como situaciones de violencia mientras no exista información y sensibilidad hacia este problema en los/las profesionales que atienden a las víctimas. Sin duda una mayor o menor sensibilidad profesional estará relacionada con el sistema de valores en que ha sido socializado/a. Esto último se aprecia en un estudio cualitativo con médicos/as de atención primaria⁴ en que su percepción de haber tenido contacto con casos de maltrato estuvo directamente relacionada con su sensibilidad hacia el problema de la violencia de género más que con la probabilidad real de haber tenido contacto en sus consultas con mujeres víctimas de maltrato. Es así como médicos y médicas de formación reciente, aun cuando poseían menos años de ejercicio profesional, declaraban haber tenido contacto con situaciones de maltrato, y demostraban claramente una mayor sensibilidad frente al problema que sus colegas con más años de experiencia.

La violencia contra las mujeres está lejos de pasar inadvertida para un sector creciente de la sociedad. Una mayor conciencia y sentido crítico frente a la desigualdad de derechos entre hombres y mujeres ha generado un creciente activismo a favor de la igualdad y en contra de la violencia de género. Según Inés Alberdi y Natalia Matas plantean en su “Informe sobre los malos tratos a las mujeres en España”, esta mayor conciencia crítica probablemente también ha tenido su repercusión en un aumento de la violencia por contraposición⁵, generando la reacción de los hombres frente a una mayor resistencia del medio para ejercer un poder que antes era considerado “natural”.

⁴ EGUIGUREN, P.; GARCÍA-CALVENTE, M.M., *Percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas de médicos y médicas Atención Primaria sobre Violencia de género*. Tesina de fin del Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2002.

⁵ ALBERDI, I.; MATAS, N., *La violencia doméstica, Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Fundación La Caixa, Colección Estudios Sociales Nº 10. Barcelona, 2002.

La violencia contra las mujeres en España

A partir de la ubicación de la violencia contra la mujer como un atentado a los derechos fundamentales, la prioridad asignada al problema por los gobiernos a nivel internacional se ha traducido en el desarrollo de sistemas de registro y seguimiento del problema, cuerpos legales, planes y programas, lo cual ha significado para los diferentes sectores involucrados asumir responsabilidades y papeles específicos.

En España, en el caso de la violencia de la pareja se vienen haciendo esfuerzos sostenidos por mejorar el registro de este tipo de violencia. Actualmente el Instituto de la Mujer aporta, no sólo las cifras de las muertes de mujeres a manos de sus cónyuges o análogos, sino también información sobre intentos de homicidio perpetrados sin resultado de muerte. De acuerdo con esta fuente, en el año 2003 en España se registraron 164 intentos de homicidio de mujeres a manos de su cónyuge o pareja, 64 de ellos con resultado de muerte. Ese mismo año se registraron alrededor de 46.000 denuncias por malos tratos a mujeres.

En materia legal, hasta 1975 el Código Civil mantenía la potestad marital que autorizaba al marido a corregir a la esposa y obligaba a ésta a obedecerle. En 1989 se introduce en el código penal una figura legal específica relativa a la violencia en la familia. El Código Penal de 1995 incrementa las penas para el delito de malos tratos y en 1999 es modificado en materia de protección a las víctimas de malos tratos, al igual que la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que establece en su artículo 262 la obligatoriedad de denuncia por parte de los profesionales. Como parte de estas modificaciones se incluye la consideración de la violencia psicológica como delito⁶.

En relación a medidas a nivel de autonomías, en Andalucía, por ejemplo, el año 1998 el Gobierno Andaluz elabora el “Plan de actuación para la erradicación de la violencia” y actualmente se encuentra en vigencia el “Plan de acción del gobierno andaluz contra la violencia hacia la mujer, periodo 2001-2004”⁷, que involucra la participación de las diversas Consejerías de Gobierno y su coordinación con otras instituciones en la implementación de actividades específicas

⁶ ARROYO FERNÁNDEZ, A. «Mujer maltratada; intervención medico-forense y nueva legislación». *Atención primaria*, 2000; 26(4): 255-60.

⁷ Instituto Andaluz de la Mujer. *Plan de acción del Gobierno andaluz contra la violencia hacia las mujeres 2001 – 2004*.

para un abordaje intersectorial del problema. Según los resultados de la macroencuesta de violencia contra las mujeres del Instituto de la Mujer, en esta comunidad un 13,3% de las mujeres encuestadas son consideradas técnicamente como “maltratadas”.

Un problema de Salud Pública

En 1996, en la Asamblea Mundial de la Salud los Estados Miembros acuerdan que la violencia es una prioridad de Salud Pública^c. El consenso de que la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para el sector sanitario está basado en varias razones:

- Las consecuencias negativas que la violencia tiene para la salud de una proporción muy importante de mujeres, y también otros miembros del grupo familiar que resultan afectados, generalmente los/as hijos/as. Dentro de las consecuencias para la salud de las mujeres se encuentran las lesiones traumáticas, estrés post-traumático, problemas de salud mental, problemas de salud sexual y reproductiva, una mayor prevalencia de afecciones crónicas, y además constituye una causa de muerte prevenible.
- Dentro de las consecuencias para la salud mental de las mujeres, los trastornos depresivos desempeñan un papel relevante. Existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres respecto de los hombres, que se observa de forma consistente en una gran cantidad de estudios en diferentes países. La violencia sistemática a la que está sometida un porcentaje importante de las mujeres podría explicar parte de estas diferencias. Bajo este prisma, esta desigualdad se transforma en inequidad por ser injusta y evitable. Por otra parte, generalmente existe una respuesta unidireccional y medicalizada frente a este tipo de demandas. Mujeres con síntomas o trastornos depresivos generados por los malos tratos y para quienes es difícil visualizar, y más aún explicitar, que se encuentran en medio de ellos. Además, estas consecuencias se hacen extensivas al grupo familiar, generalmente hijas e hijos comparten con la mujer el maltrato, ya sea a través de agresiones directas o indirectamente siendo testigos de ello.
- Los abultados gastos para el sistema sanitario, relacionados con

^c Resolución de la 49 Asamblea Mundial de la Salud 49/125; Mayo 1996.

un mayor uso de servicios, hospitalización y consumo de medicamentos. Los estudios comparativos sobre planes de salud muestran que las mujeres maltratadas han ocasionado cerca de 92% más de costos por año que las que no sufren maltrato⁸.

- El impacto negativo directo sobre otras preocupaciones de salud pública, como son la Maternidad Segura, la planificación familiar y la prevención de ETS/VIH/SIDA.

Tomando como referencia la población femenina mundial, la OMS establece que por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida. Estudios de prevalencia del maltrato a la mujer, realizados en diferentes países, fluctúan entre 16 y un 52%. Estas amplias diferencias son debidas en gran parte a heterogeneidad en las definiciones operacionales de violencia y a los segmentos poblacionales escogidos para cada estudio.

La respuesta del sistema sanitario

Analizando los programas que surgen desde el ámbito sanitario para abordar el problema de la violencia contra las mujeres, al sistema sanitario se le exige como mínimo resultado de su intervención en el *manejo de los casos de violencia*:

- No producir más daño con su intervención.
- Detección y atención médica oportuna.
- Seguimiento a la mujer víctima de violencia.
- Derivación hacia los recursos disponibles en la comunidad.
- Mantenimiento de la privacidad y el carácter confidencial.
- Denuncia del caso.

Existen protocolos de actuación frente a la violencia hacia la mujer detectada por los médicos y médicas, en general orientados a la denuncia y a la unificación de criterios entre profesionales asistenciales y forenses para evitar la duplicidad de exploraciones a las víctimas que presentan lesiones traumáticas.

El maltrato no es fácil de identificar, muchas mujeres entran en contacto con los servicios sanitarios a raíz de los problemas de salud derivados de él, que la mayor parte de las veces no son lesiones evidentes sino malestar difuso, trastornos psicossomáticos, depresión,

⁸ CAMPBELL, J. «Health consequences of intimate partner violence». *Lancet*, 2002; 359: 1331-36.

etc. Es un problema sobre el cual no se habla libremente. El hecho de que su existencia se considerara en el discurso social como algo “normal” hasta hace no muchas décadas provocaba el ocultamiento activo de su existencia, con una pesada carga de culpabilidad para las mujeres por su “fracaso” en el papel de construcción del hogar “ideal” y por provocar con sus actos la violencia. Silencio, culpa y vergüenza permanecen ligados al problema, y hacen que el acceso de las mujeres a las fuentes de apoyo existentes sea difícil.

En el caso de la atención sanitaria, en algunos países se han hecho esfuerzos para introducir el cribado sistemático, es decir, la aplicación en la consulta médica o de enfermería de preguntas directas a las mujeres acerca de si están siendo víctimas de violencia por parte de su pareja. Varios estudios han demostrado que con este método es posible detectar con mayor frecuencia situaciones de violencia contra la mujer⁹. Contra el prejuicio detectado entre los médicos y médicas en otros estudios, las mujeres sí esperan que se les pregunte sobre el abuso¹⁰ y hay autores que afirman que el sólo el hecho de preguntar de una manera directa y no enjuiciadora resulta beneficioso¹⁵. No obstante, para ser verdad, el sistema sanitario debe crear condiciones que permitan un ambiente de privacidad, confidencialidad y pleno respeto a las decisiones de la mujer.

Es necesario que el sistema sanitario no sólo fije su atención en la elaboración de protocolos para la detección y denuncia; debe también ser cuidadoso en su implementación, sopesando el hecho de que los profesionales sanitarios y sus instituciones están inmersos en el mismo contexto sociocultural cuyas bases generan el uso de la violencia en las relaciones de pareja, y no es admisible someter a las mujeres víctimas de violencia a los valores de los proveedores de servicios. Como ejemplo de ello un estudio da cuenta de casos de médicos que atendieron a mujeres asiáticas que habían sufrido abusos, y que para darles consejo se aliaron con los maridos y las familias (Mama 1989). Se requiere entonces un trabajo que promueva el cuestionamiento del sistema de valores ligado a la violencia de género, y que preste atención a las propias experiencias personales de los pro-

⁹ RAMSAY, J.; RICHARDSON, J.; CARTER, I.; DAVIDSON, L.; FEDER, G. «Should health professionals screen women for domestic violence?». *Systematic review. BMJ* 2002; 314: 325.

¹⁰ BRADLEY, F.; SMITH, M.; LONG, J.; O'DOWD, T. «Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice». *BMJ* 2002; 274-324.

fesionales. Cabe preguntarse si, dadas las diferencias en las percepciones y actitudes frente al problema, todos los profesionales médicos pueden brindar la atención requerida por las mujeres en esta situación, por supuesto no en lo que se refiere sólo a la adquisición de conocimientos técnicos o al aprendizaje de una guía de atención, sino a poseer habilidades que provienen de una visión adecuada e integral de la realidad y de las necesidades de estas mujeres.

Los médicos, el modelo médico y la violencia

La violencia de género requiere de un enfoque multisectorial y una acción multidisciplinaria. Se reconoce un papel importante del sector sanitario en la prevención primaria de la violencia hacia la mujer, pero su papel principal se asigna especialmente en la prevención secundaria y terciaria¹¹. Los trabajadores de salud son para la mayor parte de las mujeres maltratadas el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información¹².

La mayor parte de las intervenciones se realizan en las salas de emergencia para curar a las mujeres maltratadas, sin embargo la gran mayoría de las consultas efectuadas por mujeres víctimas de maltrato se producen en las consultas de los médicos y médicas de atención primaria¹³. Los profesionales de atención primaria son una pieza clave para la puesta en marcha de las redes de apoyo para las mujeres sometidas a malos tratos, y para esto requieren sensibilización y formación. De los estudios realizados sobre la atención médica se sabe que una de las dificultades mayores que enfrentan los médicos de atención primaria son estados de tensión, bajos niveles de percepción de autoeficacia y competencia frente al problema, lo que sería explicado por las contradicciones con la aproximación médica tradicional a los problemas de salud^{14,15,16}. Dentro del paradigma

¹¹ GARCÍA MORENO, C. «Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women». *Lancet* 2002; 359: 1509-14.

¹² COKER, A.; SMITH, P.H.; MCKEOWN, R.E.; KING, M.J. «Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering». *American Journal of Public Health* 2000; 90: 553-559.

¹³ KOSS, M.; KOSS, P.; & WOODRUFF, J. «Deleterious effect of criminal victimization on women's health and medical utilization». *Arch. Int. Med.* 1991;151: 342-47.

¹⁴ SALBER, P.; TALLAFERRO, E. «Reconocimiento y Prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario». *Cedecs* 2000.

biomédico, la función de “reparar” o “solucionar” los problemas de salud entra en contradicción tanto con la dinámica del problema como con el abordaje necesario, de manera que identificar un caso de violencia que no tiene una solución médica genera en los/as médicos/as frustración. La insistencia en el esquema biomédico también tiene consecuencias para las mujeres, induciendo una falsa conciencia respecto de la naturaleza de su problema. Como planteaba anteriormente, los frecuentes problemas de salud mental que la violencia genera en las mujeres obtienen fácilmente una respuesta exclusivamente medicamentosa, de manera que se reafirma a la mujer que el problema es de ella, que está en su cuerpo, y que la solución tiene que ver con procesos biológicos, sin iniciar ningún proceso de reflexión que le ayude a identificar y explicitar las verdaderas causas de su malestar. En relación a las diferencias de género de los profesionales médicos frente a este problema, aunque no hay conclusiones únicas al respecto, algunos estudios han mostrado una actuación más activa o mayores habilidades en la detección del problema por parte de las médicas. Particularmente en un estudio realizado en atención primaria en España¹⁷, sobre el ejercicio de la profesión médica, se encontraron diferencias que podrían expresarse en un ámbito de actuación como es el maltrato a la mujer, ya que se observó que las médicas tenían cierta tendencia a aproximarse a sus pacientes desde una mirada más psicosocial que biomédica.

Reflexiones finales

Es cierto que se han dado pasos fundamentales hacia el reconocimiento de la violencia de género como un problema social, y que se han generado procedimientos y leyes para la penalización, así como para la protección y apoyo de las víctimas, sin embargo el abordaje de sus causas está aún lejos del alcance.

El hecho de que la génesis del problema se encuentre entre las raíces más profundas de la organización social hace difícil su abor-

¹⁵ SUGG, N.; INUI, T. «Primary care physicians response to domestic violence; opening Pandora's box». *JAMA* 1992; 267: 3157-3160.

¹⁶ RITTMAYER, J. «Relinquishing the need to “fix it”; Medical Intervention with domestic abuse». *Qualitative Health Research: Thousand Oaks* 1999; 9(2): 166-181.

¹⁷ LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A. «Diferencias en el ejercicio profesional entre médicos(as) y médicas en atención primaria». *Atención Primaria* 2000; 26 Supl 1: 187-92.

daje, y por esta razón muchas de las medidas implementadas no consiguen tener el éxito esperado. En todos los ámbitos de actuación en algún momento se hace evidente el choque con instituciones y estructuras sociales construídas sobre la base de la desigualdad en el poder entre hombres y mujeres.

Aun cuando la labor de difusión de los casos de violencia por los medios de comunicación ha sido fundamental en la sensibilización de la sociedad hacia el problema, no siempre el enfoque es el más acertado. Cuando los medios hablan de la violencia contra la mujer destacan los aspectos de mayor sensacionalismo y no aportan siempre una reflexión o un cuestionamiento más global. Un ejemplo extremo de esta situación se puede observar en un estudio que revisa la cobertura y el tratamiento que la prensa hizo de una tragedia ocurrida en una escuela rural en Kenya¹⁸ en que alrededor de 300 chicos atacaron las habitaciones de una residencia estudiantil femenina, violando a 70 jóvenes y asesinando a otras 19. En este caso la prensa dio voz a las explicaciones gubernamentales que trataron el caso como producto de la indisciplina imperante en las escuelas. La mayor parte de los artículos fueron escritos por hombres, ya que los reporteros del crimen suelen serlo, y casi no se hizo mención al contexto global del status de la mujer en la sociedad keniana o a la violencia de género. Con todos los antecedentes del caso la autora concluyó que los medios de comunicación masiva en ese país refuerzan el sistema patriarcal contribuyendo a crear un clima donde es aceptable mantener a las mujeres en un estrecho rango de papeles tradicionales y opresivos, y donde la violencia de género es tolerada y promovida.

En cuanto a las medidas legales y de apoyo a las mujeres víctimas de violencia nos encontramos con que a veces la penalización y las medidas de protección no son debidamente aplicadas, algunas veces por los propios prejuicios de las personas encargadas de hacerlos cumplir, provenientes de su socialización en el esquema patriarcal. Por otra parte las mujeres, para ser protegidas, deben sufrir la restricción de sus libertades personales y otras consecuencias, teniendo que mudarse a casas de acogida, en circunstancias que quienes deberían sufrir las consecuencias de sus actos son los perpetradores de la agresión.

Otro punto de quiebra es la situación de dependencia económica de las mujeres. Dependencia que es parte del estereotipo del papel

¹⁸ STEEVES, L., *Gender violence and the press: The St. Kizito Story*. Athens: Ohio University Press 1997.

femenino, lo cual no les permite a las mujeres romper con el maltratador sin enfrentar serias dificultades para subsistir. Así, muchas mujeres que después de grandes esfuerzos han denunciado y han permanecido durante periodos en casas de acogida, ante la imposibilidad de conseguir un trabajo se han visto obligadas a retomar su vida con el maltratador.

El ámbito sanitario no escapa a estas dificultades. Por una parte, y como se mencionaba anteriormente, los/as profesionales que atienden en algún momento a víctimas de violencia de género en sus relaciones de pareja tienen que ser capaces de ver el problema para identificarlo y actuar. Muchas veces nos encontramos con profesionales que estiman que ese tipo de situaciones corresponde a “conflictos de pareja” en los cuales no deben intervenir. El abordaje que el problema requiere también se ve enfrentado al paradigma biomédico, y los/as profesionales, formados/as mayoritariamente en este esquema tienen serias dificultades y requieren de información y herramientas de las que no siempre disponen.

A partir de algunos estudios¹⁹, diversos autores estarían por recomendar el tratamiento de la violencia hacia la mujer como un síndrome y establecer una etiología, un diagnóstico y un tratamiento²⁰. Aun cuando este abordaje probablemente sería bien recibido por algunos médicos y médicas, cabe preguntarse si no sería reforzar en dichos profesionales el modelo de respuesta biomédico, y como Koss¹⁶ plantea, dificultar la visión de la violencia contra la mujer como un proceso social enraizado en la desigualdad de género.

Aún en el ámbito sanitario, la orientación hacia la promoción de la denuncia de los casos detectados por médicos y médicas se encuentra con un sistema poco preparado para actuar ante los riesgos que supone para la mujer realizarla, de manera que existe una gran inseguridad por parte de los/as profesionales a la hora de tomar la decisión de denunciar el caso y quienes han sido pro-activos/as relatan experiencias frustrantes al respecto, con pocas evidencias de que la denuncia contribuyó a resolver la situación.

Reconociendo los avances en los diferentes ámbitos, su impacto en la reducción y prevención del problema son cuestionables. En

¹⁹ McCauley, J.; Kern, D.; Kolodner, K.; Dill, L.; Schroeder, A.; Dechant, H.; Ryden, J., et al. “The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices”. *Annals of Internal Medicine* 1995; 123: 737-45.

²⁰ Aguilar, M. «Los Médicos de Atención primaria ante la Violencia doméstica». *Revista El Médico* 2000; 764: 72-77.

Pamela Eguiguren Bravo

materia legal no es posible como sociedad avanzar sólo en el castigo si es la propia estructura social quien genera el problema. Ni en el ámbito sanitario, atender y denunciar pero continuar en el paradigma biomédico de medicalización del problema y desapoderamiento de las mujeres. No es posible dar difusión, sensibilizar sobre los casos de violencia y al mismo tiempo continuar reforzando los mismos estereotipos. De esa manera grandes esfuerzos quedan reducidos a un conjunto de medidas paliativas que se irán quedando pequeñas ante la magnitud de un problema que no parará de reproducirse.

Mayo de 2004