

La visibilización de la violencia de género: reto para la política pública y para el saber sociodemográfico*

Sara Yaneth FERNÁNDEZ MORENO

Universidad de Antioquia

Resumen

En este ensayo se revisan las fallas de registro de violencia de género, particularmente la información sociodemográfica del registro del hecho violento, mediante la detección de los puntos críticos en la ruta de la atención del paciente —hombre o mujer— en las instituciones públicas de salud, fallas que hacen posible la evasión de la responsabilidad civil, penal y administrativa. La autora argumenta en favor de fomentar una cultura estadística en las instituciones hospitalarias que valore la importancia de la información en la transformación de las condiciones de salud y de vida de la población, así como en favor de sensibilizar al personal de salud desde su formación profesional.

Palabras clave: violencia de género, política pública, servicios de salud, institución, atención hospitalaria, salud pública, relación médico-paciente, Distrito Federal, México.

Abstract

Gender violence's visualization: a challenge to public policy and to socio-demographic knowledge

In this essay the failures in the registration of gender violence are reviewed, particularly the socio-demographic information of the violent fact's recording by means of detecting the critical points in the patient's assistance route —man or woman— in the Public Institutions of health, failures which make it possible the evasion of civil, penal and administrative responsibility. The authoress argues in favor of fostering a statistical culture in health-care institutions that values and stresses the importance of information in changing the conditions of health and life of the population they assist, as well as in favor of sensitizing health-care personnel from the school of professional formation in this field.

Key words: gender violence, public policy, health services, institution, hospital care, public health, medic-patient relation, Federal District, Mexico.

Introducción

Los programas de atención y prevención de la violencia de género se derivan de las pasadas conferencias internacionales de El Cairo y Pekín. Desde luego que los acuerdos internacionales promovidos para acciones preventivas de situaciones como la violencia de género, la explotación infantil, la trata de personas, la atención del sida y la salud y sexualidad de la población adolescente forman parte de la misma iniciativa. Al respecto, es de destacar la

* Este trabajo es parte de una reflexión más amplia producto de la investigación para la tesis doctoral de la autora en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X, realizada entre 2003 y 2008 en la Red Pública Hospitalaria del Distrito Federal, y su contenido fue parte de una ponencia presentada en la IX Reunión Nacional de Investigación Demográfica. Poblaciones y Regiones: los Retos de la Diversidad, Mesa 17.1 *Violencia de género y dinámica conyugal*, Mérida, 8-11 de octubre 2008.

atención que ha merecido la detección y prevención de la violencia de género en México. Como resultado de tales acuerdos se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Violencia hacia las Mujeres en 2003, con la participación asociada de la Oficina de Equidad de Género de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Consejo Nacional para prevenir la discriminación. Además, en el Distrito Federal se creó el Programa de Prevención y Detección de la Violencia de Género, mismo que se supone debe replicarse en las demás entidades federativas de la república mexicana.

Este trabajo aborda la problemática del deficiente registro de los casos de violencia de género que llegan a las instituciones hospitalarias de la red pública de atención del Distrito Federal, debido al rezago en el sistema de información estadística, que los capta como lo dicta desde hace nueve años la norma oficial NOM 190-SSA 1999.

Al parecer, la naturalización e invisibilización de la violencia de género es uno de sus principales obstáculos para avanzar en las políticas públicas tendentes a superar ese fenómeno. Sin embargo, es necesario indagar hasta qué punto y por qué razones en la cadena de atención en salud no se lleva a cabo el registro. La investigación de la cual se derivó este ensayo se propuso los siguientes objetivos:

- Identificar los puntos críticos en la ruta de la atención del paciente —hombre o mujer— en la institución de salud en donde la información sociodemográfica del registro del hecho violento se pierde.
- Identificar las razones: del no registro, de su no identificación, de la evasión de la responsabilidad civil penal y administrativa.
- Explorar estas razones para identificar formas de contrarrestarlas y posibilitar la formulación de políticas públicas que correspondan con la realidad y la cotidianidad del trabajo hospitalario.

Con los resultados obtenidos se espera aportar a la adecuación de la política pública en la materia, y al fomento de la cultura estadística que con fines sociodemográficos supere las limitaciones del sistema de información y de registro de uno de los problemas que ocupan buena parte de la agenda pública en materia de salud en el país.

Entrar al estudio de la institución hospitalaria implica necesariamente la definición de actores, de los objetos materiales y simbólicos que la componen, y el reconocimiento y la descripción de las relaciones de poder que se dan en su interior. Para lo primero es preciso identificar la estructura, las reglas que sustentan el área y los recursos disponibles; para lo segundo, el modelo que permite poner en función del control diferencial determinadas reglas y recursos con los cuales funcionan los sistemas de salud; para el tercero, la definición e identificación de jerarquías, organización y funciones resulta indispensable (Deslandes y Assis,

2002). Para entender estos aspectos se puede acudir a la sociología médica, a la salud colectiva y a la medicina social, cuyos aportes a la comprensión de las instituciones de salud desde los conceptos de la medicalización, el modelo médico hegemónico y las prácticas integrales de salud aclaran los procesos, los conceptos y las relaciones necesarias que pueden ser inicialmente identificadas en la teoría y posteriormente constatadas en la práctica mediante la observación de la realidad de la institución hospitalaria.

La triangulación de técnicas y saberes no excluye acercamientos a instrumentos e información agregada que orientan la búsqueda y afinan las intenciones de cualquier estudio, esto es, la construcción de escenarios institucionales bien puede valerse de información numérica o secundaria ordenada y organizada para proveer insumos de trabajo que conduzcan al conocimiento del orden y la estructura institucional desde la oferta y la demanda de servicios. Esta dimensión da cuenta de las habilidades y destrezas que el personal de la institución debe desarrollar con más pericia y donde más concentra su saber. Lo importante es entender que esta información, aun cuando necesaria e importante, es insuficiente cuando de la comprensión del saber y del hacer de las personas se habla: es necesario enriquecerla con otras fuentes.

Acercamientos como éste surgen de la insuficiencia de los indicadores convencionales y del bajo reconocimiento de problemas que pueden emerger desde las prácticas institucionales del personal de salud, máxime en momentos de cambio social, político y económico como el actual. Desde la perspectiva de Belmartino (1994), tiene sentido abordar el sector salud como un campo particular de la dinámica social¹, interesa porque aduce a las mediaciones entre las propiedades estructurales de las instituciones y las prácticas individuales y grupales, por un lado, y entre aspectos materiales y simbólicos de la vida social, por el otro.

El contexto hospitalario, lugar de detección de la violencia de género

Los órdenes institucionales y las prácticas han sido conceptualizados desde la teoría sociológica clásica de Weber, de quien se puede extraer la siguiente caracterización de las instituciones para aplicarla a las de salud: división del trabajo altamente especializada; existencia de roles, reglas, tareas, rutinas y procedimientos claramente definidos para todo el personal; alta jerarquía de autoridad y de calificación laboral, organizada en pirámides formales de responsabilidad, control y vigilancia; trato impersonal entre los agentes

¹ Por lo cual "...es obligatorio incorporar al análisis los aspectos conflictivos relacionados con la apropiación de bienes materiales y simbólicos, las relaciones sociales emergentes, las propuestas de ordenamiento defendidas por los autores con presencia protagónica, la explicitación de formas diferentes de acumulación de poder" (Belmartino, 1994: 99).

institucionales y entre éstos y sus clientes o usuarios; permanente rotación y sustitución de personal especializado (Weber, 1964). La idea de orden y estructura jerárquica de la institución hospitalaria sugiere de entrada la consideración de la formalidad, las jerarquías y los organigramas institucionales para el análisis y acercamiento a este ámbito.

Abordar contextos hospitalarios y sus prácticas implica justamente asumir que se trata de un mundo de representaciones que significan a los individuos, y los confrontan en su propia relación con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Obviamente, este imaginario social sobre la salud es también el imaginario de los profesionales y las profesionales de la misma. No hay que confundirse en creer que la científicidad que sostiene la práctica del personal médico los exime de su lugar de sujetos ideológicos de la cultura; no se trata de cultura científica contra cultura social. Es una lucha de subjetividades diferentes, es decir, de maneras de comprender, maneras de construir la verdad, principios éticos y valores sociales, criterios todos que orientan las acciones prácticas en salud.² La seguridad social, por ejemplo, era antes un criterio que integraba a la salud con otros factores de protección social de riesgos; hoy, en cambio, se ha comprometido aún más con la industria médica y farmacéutica. Esta alianza con la medicina científica tecnificada generó un imaginario social cuyas demandas reestablecieron socialmente la tradicional desigualdad e iniquidad que han caracterizado a la salud en casi todos los estados modernos, como reflejo de la desigualdad realmente existente en sus sociedades (Galente, 2004: 139).

Cada vez más, la práctica médica tiene lugar en sistemas organizacionales. Las organizaciones de salud, por otra parte, tienden a tener las características de una burocracia, una burocracia profesional, lo cual implica la utilización de un conocimiento altamente especializado para la solución de problemas de salud de un paciente que es asumido como incompetente y al que, por consiguiente, no es necesario escuchar y —muchas veces— ni siquiera explicar en términos comprensibles su situación. Si a esto se agrega la cantidad de atenciones, en lugar de la calidad de ellas, se hace posible que el personal médico llegue a olvidar que se encuentran en un sistema interaccional —cara a cara— con su paciente y defina la consulta en términos de un perfil caracterizado por la capacidad técnico-profesional de enfrentar la enfermedad, apoyándose en las posibilidades de información que ofrece la tecnología moderna.

² La presencia cotidiana de la investigadora o el investigador en la institución sin duda es una alternativa recomendable en este tipo de observación, pues permite familiaridad con el contexto, con las personas y con la rutina establecida para caracterizar las formas de interacción que se dan entre ellas; el proceso de acercamiento hace posible que surjan conversaciones en profundidad con algunas de las personas de las áreas visitadas: estudiantes, residentes, pasantes, jefes y jefas de servicios, médicas y médicos adscritos, para hablar con ellos acerca de las normas, las regulaciones, los hábitos y los sentidos que le dan a su práctica diaria en el hospital, su conocimiento, su percepción personal y profesional sobre su hacer, su interés y disposición a mejorar en él. Para ganar profundidad y comprensión con el ejercicio, se recomienda contrastar lo que puede ser observado directamente con lo que dicen las personas que fueron acompañadas en su trabajo cotidiano en el hospital.

El *ethos* médico se ha transformado por las nuevas políticas de mercado que han afectado a las instituciones públicas de salud. A partir de las políticas actuales de salud, el personal médico se constituye en un administrador de la salud, lo que ha transformado las significaciones sociales del ser médico. Ahora el contacto del paciente con el personal médico es sólo aquel que éste elabora con su base de datos: llena expedientes y da recetas; los pacientes se vinculan con una especie de complicidad silenciosa, permitiendo que la institución pública de salud transforme poco a poco las formas de atención y el ejercicio de la profesión médica. Las estructuras de poder siguen manteniendo las significaciones sociales imaginarias primarias que dan sentido a la profesión médica; hablan entre ellos con un lenguaje técnico especializado, y es el alumnado (residentes médicos) quienes se encargan de dar las explicaciones pertinentes a los pacientes —varones y mujeres— sobre su enfermedad (Montes, 2004: 131).

El personal médico ha ido abdicando de su propia posibilidad de detectar y analizar síntomas respecto de los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Esta situación de exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si se le refiere a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico-paciente, es decir, la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos. Estos procesos no aparecen incluidos en la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención, de tal manera que se genera un efecto interesante en la relación médico-paciente, el cual consiste en que el personal de salud suele achacar a la ignorancia, a la falta de educación y a la desidia de la población lo que, por lo menos en determinados casos, fue consecuencia de un particular uso médico original que las y los solicitantes de servicios médicos aprendieron —directa o indirectamente— del propio personal de salud (Menéndez, 2004: 28).

En este contexto, la violencia es una de las principales causas de demanda de atención, pero la preparación del personal de salud para atender estos casos ha estado limitada a la resolución de la lesión física y a la superación de la emergencia médica. Chelala (1996) plantea que el aumento de la demanda de servicios de emergencia y rehabilitación generadas por las diferentes formas de violencia disminuye la posibilidad de responder eficazmente a otros tipos de emergencias. Aun cuando el personal médico y de salud en general puede prestar gran ayuda a las víctimas, no están preparados para hacer un diagnóstico certero de la persona maltratada, que resulta ser mujer en la mayoría de los casos. La violencia contra las mujeres es responsable de buena parte de la demanda de atención médica, sin embargo, un análisis realizado en Estados Unidos de América mostró que los médicos fueron capaces de hacer un diagnóstico correcto sólo en ocho por ciento de las personas afectadas por violencia de género. Muchas veces, las heridas en las mujeres golpeadas no son reconocidas como violencia premeditada, sino

hasta después del homicidio de la víctima, de acuerdo con la American Medical Association, citada por Chelala (1996).

A partir de 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió a la violencia como un grave problema de salud pública y planteó cuatro pasos fundamentales para tratarla: a) definir el problema e identificar el caso; b) identificar las causas y factores de riesgo asociados con el hecho violento; c) desarrollar intervenciones conjuntas multidisciplinarias, y d) analizar y evaluar la efectividad de acciones preventivas (Chelala, 1996). Para que esto sea factible es preciso que se recabe la información con precisión y sensibilidad frente a la identificación específica del tipo de violencia inflingida. Ello incluye manejo y habilidad para preguntar por los hechos y capacidad de diferenciarlos de lesiones comunes. De allí la importancia de asegurar que el personal tenga las capacidades y habilidades para identificar si un caso fue originado por violencia de género.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS, en su resumen de 2002, reconoce el difuso carácter de la violencia y su complejidad como concepto. Al parecer, la valoración de lo violento está influida directamente por las formas sociales establecidas, y por las normas culturales y sociales que están, además, en permanente cambio. El hecho de que el personal de salud también experimente diversas formas de violencia en su vida personal y de que su actividad profesional lo confronte con esa realidad contribuye a dificultar la identificación de la violencia de género como el origen de problemas de salud. Por tal razón, la respuesta del sector ha sido fundamentalmente reactiva y terapéutica. Vale la pena entrar a comentar los matices que la perspectiva de género ha dado a la atención hospitalaria de la violencia.

Perspectiva de género en la atención hospitalaria de la violencia

Cuando la violencia obedece a razones intergenéricas, la situación se complejiza más, pues la dimensión de género, su perspectiva, apenas está siendo asimilada en los servicios de salud. De acuerdo con la Secretaría de Salud (1996), las mujeres reciben en México un servicio de baja calidad y frecuentemente no logran obtener el diagnóstico y el tratamiento oportuno porque el personal médico —varones y mujeres— no considera que ellas puedan sufrir dolencias serias.³ La perspectiva

³ En la práctica médica y clínica —de hecho, en las investigaciones biomédicas y epidemiológicas— es muy reciente el descubrimiento y el reconocimiento de las diferencias de género. La percepción de necesidades en salud distintas por parte de hombres y mujeres influye directamente en la forma en la cual quienes prestan los servicios de salud responden a las demandas de atención y a la manera en que la población usuaria asume o no el papel de paciente o cuidador-cuidadora. Parte de esas percepciones se ven reflejadas en los horarios de atención, que constatan la idea de que las mujeres, como amas de casa y responsables del cuidado de salud de la familia, deben asistir y llevar a los enfermos —hombres y mujeres— en la mañana a la institución de salud a sus controles (Promsa, 2003). En la rutina hospitalaria, el turno más pesado —donde se llenan los servicios y se saturan las salas— es sin duda el de la mañana, de lunes a viernes, y desde muy tempranas horas la gente asiste para tener el turno que le garantice su

de género podría aplicarse en este caso, y también en el tema de la salud masculina, pues permite abordar el problema de la masculinidad como un factor de riesgo para la salud de los hombres y de las mujeres. Al parecer, la práctica institucional del personal de salud frecuentemente reproduce la iniquidad genérica, al menos en tres planos: mediante el saber médico, en la práctica médica en sí misma y en la relación médico-paciente.

Respecto a las condiciones de las prácticas institucionales del personal de salud, se reconoce la problemática del sector en términos de las condiciones de trabajo, los niveles salariales, el desgaste laboral por las jornadas y servicios, pero más que esto, desde la Secretaría de Salud se ha planteado la necesidad de homologar las condiciones y contratos de trabajo del personal de salud de las instituciones públicas en todo el país, de tal modo que se remunere justa y suficientemente los servicios prestados, y se reconozcan las diferencias de costo de vida y las cargas y dificultades del trabajo, al tiempo que se reduzcan los privilegios en los contratos colectivos que afectan los niveles de atención a la población (como los días efectivos de trabajo) y significan altos costos no justificados para el erario público.⁴

Estas situaciones han generado problemas en la atención de salud que ya identificó el Informe de Derechos Humanos en Salud en México, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2003): deficiencias estructurales en salud, violación de los derechos humanos, con mala o nula prestación de los servicios en salud, deficiencia en la organización de los mismos, fraccionamiento de la atención, resistencia de grupos operativos, sindicales y transnacionales, saturación de áreas, aumento de programas para ser operados por el mismo personal, reducción de la investigación y de la formación de personal especializado.

El Programa de Acción Mujer y Salud (Promsa) de la Secretaría de Salud planteó en 2003 que entre sus aspiraciones se contaba la de llegar a un Sistema de Salud que refleje el concepto de equidad de género en su interior, lo cual significa que exista una proporción equitativa de mujeres en puestos directivos, donde las trabajadoras de la salud sean beneficiarias de acciones afirmativas que favorezcan su desarrollo humano. Para ello, la Secretaría de Salud debe realizar actividades de sensibilización, capacitación, promoción y difusión del concepto de género al interior del sector salud, para que se incorpore la perspectiva de género en los

atención, misma que dependiendo del turno asignado puede extenderse hasta el medio día y entrada la tarde. Para una persona que tenga que trabajar, un día de consulta es un día en el que hay que pedir permiso en el trabajo.

⁴ En una estimación realizada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en 1998 se concluía que, de acuerdo con el contrato colectivo de los trabajadores del sector salud vinculados a la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, se trabajaba en promedio siete de cada diez días laborables, en tanto que esta relación para los afiliados al Sindicato Único de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal llegaba a sólo cinco de cada diez días. Efectivamente, en las notas de campo de este estudio se encontró un punto crítico en este aspecto, dado que las ausencias no están cubiertas y han venido provocando un grave problema de ausentismo en los hospitales, especialmente los fines de semana y las noches; aun cuando la plantilla laboral esté completa administrativamente, se ha llegado al punto de que más de la mitad del personal designado al área de un solo turno esté físicamente ausente.

programas de acción; además, debe incorporar medidas tendentes a eliminar la discriminación por género en la contratación, pugnar por el desarrollo laboral del personal de salud y, aún más, gestionar ante las instituciones de educación media superior y superior la transversalización de la perspectiva de género en los programas de formación de profesionales y técnicos en el campo. El programa prevé un modelo de atención integral en salud, asesoría y capacitación sobre la Norma Oficial Mexicana que reglamenta la detección y prevención de la violencia de género, la NOM-190-SSA1-1999.

El Promsa, de la Secretaría de Salud, aspira también a impactar positivamente las relaciones de trabajo de su personal, debido a las dobles y triples jornadas que su condición genérica les impone, las condiciones de contratación, trabajo, ingreso, capacitación, ascenso y permanencia, y, muy especialmente, la incorporación de acciones afirmativas en beneficio de las mujeres, y procedimientos no discriminatorios de reclutamiento. Como meta, el Programa aspira a capacitar 80 por ciento de las funcionarias y de los funcionarios de nivel medio superior en materia de género y equidad en salud, incorporar la perspectiva de género en 90 por ciento de los programas y contar con un Sistema Nacional de Información en Salud capaz de desagregar 100 por ciento de sus reportes por edad y sexo.

El reto es doble: incluir la visión de género en el sistema para incidir propiamente en las prácticas institucionales del personal, e incluirla en los modelos de atención y programas dirigidos a la población usuaria de los servicios, situación que, como se verá en los siguientes apartados, representa una tarea mayor para el personal, para la estructura propiamente dicha del sistema de salud, para la población usuaria y para las escuelas formadoras de las profesionales y los profesionales del área.

Identificación de la violencia de género en las prácticas institucionales de salud

Definitivamente, allí las relaciones no son médico-paciente, ni siquiera médico-paciente deformadas. Son relaciones salvajes entre seres agredidos y seres agresivos, tanto médicos como pacientes, teniendo a la sangre como telón de fondo (De Currea, 1997: 132).

La detección y el registro de los casos de violencia resultan fundamentales para la evidencia que respaldará acciones efectivas para su abordaje y prevención. La investigación debe fomentarse desde allí, entrenar al personal en el adecuado diligenciamiento de la información es clave para ello, pero las autoridades deben ir más allá de la intimidación y la sanción laboral; deben sensibilizar al personal sobre la importancia de su labor. No basta que los cursos impartidos sobre el tema insistan en la sanción civil, penal o administrativa a que se hace acreedor

el prestador o la prestadora de servicios de salud que no notifique, pues hasta ahora ello sólo ha servido para fomentar la evasión del registro y a aumentar la subestimación de los casos de violencia de género que llegan a los hospitales de la red.

El no llenar los documentos para recepción de pacientes:⁵ tanto de la hoja de urgencias, como de la hoja de lesiones y el formato de estado físico, se justifican por la falta de personal e incluso por la negativa de las y los pacientes a proporcionar información. Las deficiencias en el sistema de registro son tan evidentes que las estadísticas hospitalarias en estos temas todavía no se consideran confiables. Hay indiferencia, cuestionamiento, burla y aliento de la culpa en el personal cuando atiende a usuarias agredidas; frente al desconocimiento del protocolo y de los materiales, los casos son desviados a autoridades judiciales y a la policía para evadir el reporte obligatorio de la lesión. El temor del personal de agregar tensión a su ya excesiva carga de trabajo hace que eluda esta labor de detección. En zonas de conflicto social, donde se suelen ubicar geográficamente los hospitales de la red pública de atención, la negativa aumenta debido al temor del personal a las represalias que los familiares de la persona agredida puedan tomar con las personas que atendieron el caso.⁶

En la investigación de Barrera (2003) se encontró que el personal médico tiene dificultad para detectar la violencia psicológica o sexual, sobre todo en menores de edad, ya que éstos siempre van acompañados de sus padres o por uno de ellos; en los jóvenes, porque éstos no acuden regularmente al servicio médico y, en general, a los hombres, porque les da vergüenza decir que son víctimas de violencia o no reconocen que son agresores.

Existen estudios (Sugg e Inri, citados por Valdés, 2004: 115) que han explorado las propias dificultades subjetivas que tiene el personal de salud en la atención de las personas receptoras de violencia. En un estudio con médicos del primer nivel de atención encontraron como barrera su incomodidad para tratar el tema abiertamente con sus pacientes, por el temor a ofenderlos, la carencia de “herramientas” para ayudarlos de manera adecuada, la sensación de “pérdida del control” por parte del personal y su incapacidad de regular la conducta del paciente, así como la incapacidad de éste para tomar decisiones sobre su propia vida. Estos aspectos en conjunto generan gran frustración en el personal para atender casos de violencia cuando éstos llegan a la institución de salud. Esas sensaciones van en contra de

⁵ Barrera (2003) encontró que algunos médicos tratan de evadir el reporte de las formas por sobrecarga de trabajo y por no tomarle importancia al hecho de que las lesiones de muchos pacientes atendidos obedecen al maltrato del cual son víctimas; algunos lo saben, otros no, aun cuando, es preciso aclararlo, la no notificación ya está estipulada como delito.

⁶ En algunos hospitales se ha hecho necesaria la presencia del Ministerio Público en las unidades de atención hospitalaria; de hecho, hasta hace poco tiempo había una oficina del Ministerio Público en cada hospital, pero fueron retiradas. Es importante mencionar que hay poca seguridad para el personal médico en zonas de alto conflicto social y se han presentado casos de agresión y ataques al personal de salud de parte de familiares de las personas que esperan ser atendidas. Algunos hospitales de la red pública de atención en el Distrito Federal han colocado barreras físicas, rejas, vigilancia y porterías para restringir el paso hacia las instalaciones del hospital y mantener la distancia con los familiares.

lo que se espera haga un médico desde su formación profesional y el significado atribuido a la formación médica que pone a su alcance los medicamentos y las maniobras quirúrgicas que se requieran y que están supeditadas absolutamente a su voluntad; sin embargo, frente a los casos de violencia de género, estos saberes resultan insuficientes, cuando no completamente inútiles para intervenir en la situación de violencia.

Afirma Valdés (2004: 123) que el personal no ha recibido ningún tipo de instrucción o capacitación sobre violencia doméstica o situaciones similares ni a nivel licenciatura ni a nivel posgrado. Tampoco forma parte de los contenidos temáticos de educación continua. La poca información que tiene el personal de salud no es especializada, es insuficiente y de poca profundidad y calidad. Sin capacitación para el mínimo manejo del tema, los prestadores de servicios de salud no van a asociar el problema de la violencia con su práctica clínica y con la posibilidad de detectar casos de personas violentadas. Se le da tan poca importancia al problema desde la perspectiva médica que se reduce la violencia a la esfera psicosocial, lo cual significa sacarlo del ámbito de su competencia. Sus acciones se dirigen a intervenir daños y lesiones físicas mediante habilidades diagnósticas, intervención quirúrgica y prescripción de medicamentos.

Velzeboer *et al.* (2003) advierten que la actitud negativa del personal de salud impide que las mujeres exterioricen la situación de violencia que están viviendo. Esta actitud frustró el intento de verbalización de pacientes que temieron ser nuevamente víctimas de agresión y represalias por parte del agresor. Una explicación factible es que buena parte del personal de salud asume que se apega a pautas tradicionales de crianza, las que consideran que la violencia de género es un asunto privado, justificado y, en algunos casos, animado por las mujeres; para algunos, incluso, se llegó a asumir el gusto de las mujeres por ser tratadas con violencia. Enfermeras maltratadas que, lejos de alentar la notificación del caso, advierten a las mujeres que se porten bien para que sus maridos no las vuelvan a agredir son parte de los ejemplos encontrados en los hospitales observados que ilustran esta situación. Al escepticismo del personal hay que sumar la falta de dispositivos de seguimiento a los casos de violencia de género detectados. Los cursos de la Secretaría de Salud impartidos para todo el personal sobre la detección y la prevención de la violencia de género mostraron el sistema de detección y la ruta crítica de los casos notificados; sin embargo, el personal se muestra reticente e incrédulo frente a los canales de comunicación entre las instancias y frente a los alcances de su labor desde el hospital con la notificación inicial del caso.

En este aspecto, Castro y Bronfman (1998: 225) preguntan ¿Por qué la mayor predisposición a la violencia de parte de los hombres no es clasificada como enfermedad mental? Desde el discurso patriarcal se asume que el problema de la violencia doméstica tiene lugar en el ámbito del hogar. Lo que ocurre dentro del hogar es considerado un asunto personal. La teoría feminista ha señalado que las

relaciones sociales dentro del hogar son un reflejo del ordenamiento jerárquico entre los géneros que se observa en toda la sociedad. Como respuesta y como crítica a la definición patriarcal de las cosas, la teoría feminista ha propuesto que “lo personal es político”, y ha impulsado toda una línea de investigación sobre este tema. Resolver este debate pondrá sobre la palestra pública las formas de poder y dominación que la sociedad y sus instituciones recrean en su funcionamiento diario.

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, en 2003, el país todavía no contaba con un verdadero Sistema Nacional de Información en Salud, lo que existe es una serie de subsistemas desconectados en su estructura y procesos que generan poca información sobre salud positiva, productividad, riesgos y desempeño. El sistema actual no está completamente articulado con el aparato administrativo de las instituciones de salud y es incompleto en la recolección de información del sector privado. Los productos que genera el sistema actual reditúan en insatisfacción, poca confiabilidad, y en el desarrollo de sistemas de información paralelos en las instituciones estatales de salud. Dentro de los hospitales observados se evidenciaron problemas en el manejo de las estadísticas hospitalarias, tanto de los programas específicos, como en el de violencia de género y en el de salud reproductiva; en parte porque si los equipos interdisciplinarios de los programas no están constituidos, la información no está integrada y, en parte, porque no hay una cultura estadística de la información en salud apegada a las especificaciones de la información de calidad, oportuna y consistente. Problemas en los datos mismos, irregularidad en los informes, expedientes incompletos e inconsistencias en la información contenida son algunos ejemplos que ilustran la situación del sistema actual en los hospitales públicos, aspectos que se revisarán a continuación.

Sistema de registro y visibilización de la violencia de género

Entonces, el dolor se vuelve cotidiano y lo normal se confunde con lo usual: es normal que las relaciones sean de agredido a agresivo mediando con la rabia, es normal que yo entienda al paciente como el obstáculo que me separa de mi descanso, es normal volver “cafre” al ser humano (De Currea, 1997: 135).

Los sistemas de información sólo tienen validez si emplean los datos con el fin de mejorar los servicios, perseguir la notificación con el único propósito de recolectar datos sin ofrecer ningún servicio a cambio no sólo representa un despilfarro de recursos, sino que también es poco ético. Sin la privacidad, sin personal capacitado y comprensivo, sin la capacidad de escucha no se puede ofrecer la información ni la orientación básica (Velzeboer *et al.*, 2003).

El registro hace evidente el problema, sirve para la toma de decisiones, analiza sus principales características y contribuye a mejorar la atención y a conseguir más recursos. Sin embargo, hasta ahora la información está dispersa y no existen procedimientos homogéneos para su manejo, recolección o validación entre instituciones. De hecho, tampoco existe una instancia adecuada que integre la información.⁷ La situación observada en la red es que justamente hay un rezago importante en la creación del sistema, en la capacitación y sensibilización de todo el personal, además de las resistencias a la notificación, a más de los problemas de la misma que tiene aún inconsistencias internas y no ha podido recolectarse como se debe para la integración de un verdadero sistema de información confiable y continuo.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, en su 85 sesión plenaria de 1993, afirma que los funcionarios públicos —hombres y mujeres— deben aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra la mujer y deben recibir información que sensibilice su mirada de la problemática de la violencia de género. Las investigaciones sobre esta problemática, su naturaleza, gravedad y consecuencias deben conducir a medidas que ya la impidan, ya permitan reparar sus efectos. Las estadísticas derivadas de estas investigaciones se deben publicar, así como las conclusiones de las investigaciones. La observación realizada en los hospitales de la red mostró al respecto la confusión de términos y conceptos como género y mujer, y la equiparación de violencia de género con violencia de pareja y violencia intrafamiliar. Las dos confusiones fueron reiterativas y permanentes, y en algunas ocasiones mostraron como inciden en el manejo, abordaje y atención de los casos que se presentan en el hospital.

De acuerdo con un informe de 2003 de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, en el país existían ese año diversos problemas de naturaleza estructural del sistema de salud pública, que provocaban violaciones a los derechos humanos, como discriminación o exclusión en el acceso a los servicios, negación o postergación de la atención, falta de insumos y equipo, al igual que disminución de la calidad de los servicios. El informe denuncia, además, una reducción de actividades y de la relevancia de sus aportaciones para dar transversalidad a la perspectiva de género en varias de las unidades de equidad de género creadas en las secretarías e instituciones de la administración pública federal, y la regresión en las políticas de control de

⁷ Parte del problema, de acuerdo con la Cepal y con la UNIFEM (2001), es que los indicadores de violencia siguen siendo vistos al margen de los procesos institucionales de las políticas públicas con enfoque de género. Al decir de estos organismos, los arreglos institucionales que favorezcan la eficiencia y la rigurosidad técnica tanto como el control ciudadano son, en definitiva, el único marco posible para que estas herramientas permitan prevenir, sancionar y erradicar adecuada y oportunamente la violencia contra las mujeres.

la fecundidad en algunos estados. Era notable el desconocimiento sobre los derechos humanos de las mujeres.

La Secretaría de Salud en 2002 ya había identificado que las percepciones de las prestadoras y los prestadores de servicios en centros de salud e instancias de justicia mostraban que gran parte de ellos tendía a considerar “natural” la violencia que sufren las mujeres al minimizar o prestar escasa atención a los hechos violentos que ellas padecen. Existen otros factores que obstaculizan la atención integral a este problema, entre los más importantes destacan:

1. Desconocimiento de la violencia familiar y de violencia de género como un grave problema de salud pública.
2. Desconocimiento de la importancia que tiene el sector salud en la detección, control y prevención de la violencia familiar y de violencia de género.
3. Sobrecarga en la demanda de servicios de salud, que resulte en una escasez de tiempo para escuchar y orientar a las mujeres.
4. Temor de los prestadores y prestadoras de servicios de salud a ser confrontados por los agresores.
5. Temor a declarar ante instancias judiciales.

Los servidores públicos cuentan con poca información y formación en la materia, y los alcances de las campañas masivas de información y sensibilización no llegan a la población rural o a la que vive en áreas marginadas de las ciudades.⁸ Vale la pena, a partir de este panorama, indagar específicamente lo que está pasando en el programa de detección y prevención de la violencia de género que opera en el Distrito Federal, en consonancia con el programa nacional agenciado por la Secretaría de Salud.

Programa contra la violencia de género

La lucha en contra de la violencia de género, como programa institucional, empezó a ser difundida hace seis años, retomando el programa en contra de la violencia intrafamiliar y cambiando su nombre por el de Detección Temprana y Prevención de la Violencia de Género.⁹ Este elemento es relevante por cuanto explica el nivel de comprensión y, de hecho, la confusión de conceptos que el

⁸ La situación cobra relevancia cuando las cifras muestran el incremento de la violencia en el país, como ejemplo, el estudio de Lozano *et al.* (1997) registra que si bien el Distrito Federal no es el lugar más riesgoso en el país, en los últimos años aumentó en 90 por ciento el nivel de homicidios. La mayor proporción de asesinatos en el Distrito Federal es producida por arma de fuego y corresponde a hombres, adultos, solteros, con un nivel de escolaridad medio. Respecto a las mujeres, la delegación con más alto índice de homicidios es Milpa Alta (con una tasa de 6.5 por 100 000); en orden de importancia le siguen las delegaciones Cuauhtémoc e Iztapalapa. Llama la atención que la delegación Xochimilco presente un elevado índice de homicidios en menores de cinco años de edad y las delegaciones Cuajimalpa y Tlalpan presenten el riesgo más alto en las mujeres mayores de 60 años de edad.

⁹ Persiste homologación de diferentes formas de violencia: violencia de género es asumida en varios de los trabajos revisados como violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia de pareja.

personal tiene al momento de identificar la violencia de género al interior de la institución hospitalaria donde labora, como la problemática de violencia de género que recibe como causa o motivo de consulta.

La Secretaría de Salud (2003b) diseñó el programa apoyándose en la Norma Oficial Mexicana NOM –190-SSAI-1999, y en sus comentarios considera que:

El sector salud no tiene facultad para juzgar ni castigar; la labor de los y las prestadoras de servicios de salud consiste en atender los daños físicos y psicológicos de las personas en situación de violencia familiar, para ello, deben aprender a escuchar y orientar a las personas agredidas sobre posibles acciones en otras instancias.

Por otra parte, insiste en que

Todo el personal de salud que tiene contacto con personas en riesgo o en situación de violencia familiar, debe contar con la sensibilización y capacitación indispensables para prevenir, detectar y atender este fenómeno en el marco de la equidad de género.

Es de fundamental importancia que los y las profesionales de la salud puedan identificar los casos actuales o potenciales de violencia familiar y lleven a cabo el registro correspondiente, el cual forma parte de esta NOM. Por esta razón, la norma supone que “los prestadores de servicios de salud son todas las personas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, en la atención directa a las y los usuarios. Estos incluyen al personal médico y de psicología, de enfermería y de trabajo social.” Por lo tanto, la responsabilidad de formación y capacitación en materia de violencia de género, perspectiva de género y normatividad vigente debe recaer en personal médico y administrativo. Investigaciones como la de Chaires (2003) encontraron que en algunos hospitales nadie gusta de atender a los pacientes, menos a víctimas de violencia, porque exigen atención médica, porque exigen justicia. Otros, quizá porque al personal lo pusieron a trabajar de más, porque lo desvelaron o porque lo desmañanaron.¹⁰

En los comentarios a la NOM se estipula que

...se debe incluir la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

Hacerlo así requiere que se lleve a cabo una entrevista dirigida a la usuaria o el usuario afectado por violencia en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad. Para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia son de notificación obligatoria en el formato

¹⁰ Desmañanar se refiere a la guardia de la noche anterior y el turno que le sigue.

de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro se conocerá la frecuencia de probables casos por grupos de edad, institución notificante y entidad federativa. La existencia de barreras, tanto de parte de los prestadores y prestadoras de servicios como de las propias mujeres, obstruyen con frecuencia la posibilidad de intervenir; sin embargo, la oportunidad de que el personal de salud haga una revisión de estas barreras, a la vez que reflexione sobre la importancia de su intervención, representan un paso importante en el proceso de ir allanando el terreno para una acción propositiva por parte del sector salud como la misma NOM lo reconoce.

Hay en el hospital pocos recursos para enfrentar un dolor que no sea físico: orientación, información, asesoría o compañía no pasan por la cabeza de nadie. Momentos clave para la atención terminan perdiéndose por no haber brindado el apoyo necesario en una situación de alto riesgo. Incluso ahora que existe la NOM, el personal carece de las herramientas necesarias para enfrentar casos de este tipo, que van más allá de la demanda de la atención en salud y requieren de manejo legal, psicológico y de apoyo social en general. Identificar los casos es sin duda importante, pero, ¿el apoyo y las medidas requeridas? Esa es la pregunta del personal de la Secretaría de Salud que se está capacitando en la materia. Valdés (2004: 123-126) encontró que durante su práctica médica, al menos una vez el personal médico se enfrentó con casos de violencia, la identificación de los casos no obedeció a una intención explícita dirigida a identificar la violencia, sino por la insistencia de la persona afectada por hablar de la situación.

De otra parte, las preguntas dirigidas a las mujeres maltratadas parten del supuesto de su “gusto por el maltrato o la justificación por el castigo.” La reproducción de valores alrededor de situaciones ideales pesa sobre el personal médico de corte tradicional. En las observaciones de campo, tanto en estudiantes como en docentes, hombres y mujeres, se encontró esta valoración.¹¹ La actitud indiferente con la que son atendidas las mujeres maltratadas en los servicios de salud es uno de los obstáculos para identificar los casos de violencia. Las condiciones que prevalecen en los sistemas de salud no favorecen una adecuada aplicación de la NOM. El personal no la conoce aún o no suficientemente. Otra parte del personal no ha sido capacitado al respecto, se aplica el registro de casos sin la adecuada coordinación intersectorial para su tratamiento, lo cual muestra la enorme dificultad de hacer efectiva la política escrita en la realidad local. La división entre lo privado y lo público, y la insistencia del médico en adjudicar a la violencia un carácter más privado e íntimo muestra su temor a transgredir los límites de lo permitido socialmente y de lo definido por su propia formación profesional. Como afirma Valdés (2004: 128-135), el personal médico prefiere

¹¹ No falta el trabajador o trabajadora de la salud que afirme que los reclamos e inconformidades de las mujeres son la base de la violencia intrafamiliar, de forma que ellas son responsables del maltrato. La frase identificada en algunas consultas observadas de ‘pórtese bien para que no le peguen’ ilustra claramente esta concepción, tanto en personal de enfermería, como en personal médico y de trabajo social.

asumir que es un asunto completamente personal y que es la persona quien tiene la responsabilidad de hablar de sus problemas.

Finalmente, la NOM termina reconociendo que existen barreras para llevar a cabo las indicaciones normativas, por ejemplo: a) lenguaje complicado y tecnicismos, b) desinterés en un diálogo, c) falta de convicción sobre la capacidad para cambiar una situación, d) sensación de superioridad respecto a la usuaria, e) actitud autoritaria e impositiva, f) falta de atención, interés o respeto, g) presencia de prejuicios, h) poca privacidad e i) indiscreciones.

En el Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, Olaiz *et al.* (2004) evidencian, además, que la identificación y atención de las mujeres maltratadas constituye un reto para cualquier sistema de salud. Entre las razones más frecuentes se encuentran: a) la falta de capacitación por parte del personal de salud; b) las limitaciones del tiempo en los saturados servicios de salud y c) la renuencia del personal de salud a enfrentar de manera directa la violencia sufrida por las mujeres en el ámbito familiar. Habría que agregar la necesidad de trabajar sobre las propias concepciones y prejuicios que el personal tiene sobre la violencia, incluir en realidad a todo el personal médico y no médico en la capacitación y ajustar institucionalmente las exigencias del programa con las condiciones y la estructura de prestación del servicio, para eliminar la sensación y el argumento de la sobrecarga de trabajo por parte del personal médico que termina rechazando el programa y obstaculizando la detección de casos de violencia y su correspondiente remisión y atención.

Los autores y autoras del citado informe identificaron también barreras institucionales para la atención de la violencia de género, como son: a) la inexistencia de protocolos de detección o para el manejo de casos, b) la falta de privacidad en la consulta y la falta de políticas institucionales que legitimen la participación del personal de salud en esos casos; c) el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer y d) que la violencia en la familia sea un problema privado y que al personal de salud no le corresponde intervenir en esos casos. El equipo de trabajo evalúa los tres años de funcionamiento de la NOM-190-SSAI-1999 y encontró que del total de entrevistados sólo 18.5 por ciento dijo conocerla; de éstos, 42.2 por ciento conoce bien su contenido y el resto sólo ha oído hablar de ella. 84 por ciento de los que conocen la norma está de acuerdo con su aplicación. Menos de 20 por ciento de estos prestadores de servicios de salud ha sido convocado a tomar algún curso sobre violencia familiar, doméstica o contra las mujeres en la institución donde trabaja, y de ellos, 80 por ciento consideró positivamente esta opción formativa. A pregunta expresa, la mayoría (91.2 por ciento) respondieron que están interesados en capacitarse sobre el tema de violencia familiar y contra la mujer. Además, les gustaría que se incluyera en la capacitación los aspectos legales para el apoyo de las víctimas, información sobre el impacto de la violencia sexual en las mujeres, las estadísticas nacionales

y regionales, identificación de cuáles son las instituciones especializadas para canalizar a las víctimas, así como aspectos psicológicos del maltrato para poder ayudar a las mujeres. El personal médico observado insistió en la necesidad de formación y entrenamiento específico para el manejo de los casos, infraestructura y disponibilidad de tiempo para una atención integral, así como herramientas para prevenir, atender y sancionar la violencia de género presente en sus propias instituciones de trabajo.

En entrevistas realizadas al personal prestador de servicios, el equipo de trabajo de Olaiz *et al.* (2004) encontró que algunos prestadores de servicios de salud, en especial las de sexo femenino —que por su práctica profesional y grupo social podrían identificarse más con las usuarias—, suelen compartir concepciones sexistas y atribuir la violencia a problemas psicológicos y de pareja, de los cuales ellas, por su nivel educativo, consideran estar excluidas o protegidas. Desde esta perspectiva, los hombres son violentos por problemas de familia, frustraciones sociales o traumas de la infancia, y las mujeres lo toleran por debilidad e ignorancia. El equipo encuentra este tipo de percepción con más frecuencia entre las enfermeras, un grupo de trabajadoras sociales y algunas médicas. La consecuencia más inmediata de esta manera de ver a la violencia y a quienes la padecen es la convicción de que “nada se puede hacer más que servir de paño de lágrimas a las pacientes”. Un grupo importante de prestadores de servicios de salud considera la violencia como producto del machismo que predomina en la sociedad y, por lo tanto, como un problema de iniquidad que, por sus raíces históricas y culturales, cuesta erradicar. La impotencia que manifiestan frente a la violencia sufrida por algunas de las usuarias está muy relacionada con la incapacidad de éstas para salir de su situación, precisamente por valores intergenéricos según los cuales la violencia es parte natural de toda relación de pareja, y debe ser tolerada como un mal menor frente a la alternativa de ser una mujer sola. En el imaginario social de la población en estudio (que comparten tanto las mujeres como muchos prestadores de salud), la mujer sin pareja no sólo se enfrenta a la posibilidad de la pérdida del sustento económico y el de sus hijos, sino también a la de su valía como mujer ante la sociedad; esta situación motiva a parte del personal a persuadir a las mujeres a proceder con la notificación del caso y a evadir el diligenciamiento del formato de lesiones.

La observación realizada en instituciones hospitalarias ratifica un fuerte contenido de clase en la percepción de la violencia, según la cual la pobreza engendra violencia y tal condición es propia de esta población, por su falta de educación e ignorancia; estas asociaciones no sólo corroboran los mismos valores de las sociedades tradicionales que dimensionan la familia, el matrimonio y la unión, sino que naturalizan las tensiones presentes en ella como parte de la estructura social, inherentes a contextos de carencia y de necesidad como el de la población atendida. Interesante es contrastar estos conceptos al momento de la

reflexión de la propia situación personal, donde las y los trabajadores de la salud se perciben víctimas de la violencia de género en la institución.

Olaiz *et al.* (2004) encontraron que, según estos prestadores de servicios de salud —varones y mujeres—, es más grave y persistente la violencia psicológica, que suele manifestarse con signos como la ansiedad, la dificultad para respirar o para dormir, la depresión o el descuido de sí mismos y de los hijos, que las lesiones físicas propiamente dichas, las cuales probablemente han desaparecido al momento de la consulta. Según estos profesionales, la violencia es un problema muy extendido pero invisible, y su ocultamiento por parte de las mujeres no siempre obedece a que éstas teman a las consecuencias de la denuncia, sino simplemente a que para las víctimas “eso no es violencia, hasta que uno se los dice”. Lo paradójico de la situación es que muchas veces ni el personal de salud entiende cuándo una situación es o no violenta, reproduciendo lo que acontece con la población usuaria. Para algunos, especialmente para los y las estudiantes, estas situaciones son cuestión de disciplina y formación de algunas de las maneras más tradicionales de maltrato en la institución, como los castigos, las guardias y los informes. La costumbre es otro elemento que termina por naturalizar la violencia como parte de la problemática cotidiana que atiende la institución, además de la persistencia de situaciones inusuales que bien podrían ser consideradas violentas y que por su frecuencia y continuidad son asumidas como el deber ser y el hacer de la institución, como las esperas, la falta de confidencialidad y de intimidad para la consulta, los exámenes ginecológicos en público, la desnudez en la sala por falta de sábanas y batas para cubrir a las y los pacientes, la atención en el piso, entre otras situaciones observadas en el trabajo de campo.

A manera de reflexión

Desde que se emitió la NOM109-SSA1999 hasta hoy han venido persistiendo las deficiencias en la identificación y la visibilización de la violencia de género, tanto en el registro local como federal, lo cual tiene dos problemas:

1. Para la política pública, un importante rezago en la procuración de medidas que promuevan el reconocimiento y la visibilización de la violencia en todas sus dimensiones y alcances.
2. Para el conocimiento científico —y específicamente para el conocimiento sociodemográfico— constituye un reto el fomento de la cultura estadística entre el personal de las instituciones de registro y la descripción de los hechos que son tipificados como violencia de género, teniendo en cuenta que las instituciones que emiten tales registros carecen de formación, orientación y sensibilización para acompañar la hoja de lesiones en urgencias con la notificación respectiva del caso de violencia. Todo lo cual puede ser

considerado como una falla estructural de las instituciones mexicanas en materia de salud, por lo cual es necesario insistir en el fomento de la cultura del registro y la notificación para el avance de las políticas públicas en la materia.

Además de las limitaciones propias del estudio de las prácticas institucionales del personal de salud —poco abordadas desde miradas no técnicas y requeridas desde la salud colectiva comprometidas con la comprensión de la interacción del personal de salud en el marco institucional de la atención y del cuidado—, es importante tener presente que la institución y su personal tienden a atender permanentemente problemas que les llegan de afuera, sin mirar la problemática que tienen dentro del personal, áreas de trabajo y sectores de trabajo específicos; la despersonalización y el extrañamiento de esta mirada introspectiva forman un hermetismo difícil de romper, como un espíritu de cuerpo entre los grupos de trabajo que no siempre entienden la repercusión de sus acciones en el bienestar propio y en el de las personas atendidas (por ejemplo, los abusos de poder o el maltrato y el prejuicio a veces presente en la atención de las instituciones públicas de salud).

Estudios más profundos e incisivos sobre cualquier problemática abordada desde los hospitales requiere asumir una mirada crítica y comprensiva de la información agredada disponible sobre los programas, los manuales, las estadísticas institucionales y los protocolos para el funcionamiento hospitalario. Todo lo cual constituye un recurso ineludible, pues es una fuente de información invaluable que incide directamente en los alcances de cualquier abordaje efectivo y sensible a la situación que hoy enfrentan los hospitales públicos. La ventaja de la identificación y descripción directa de los eventos mórbidos y de toda la cadena del proceso de salud-enfermedad-atención que genera la información hospitalaria se condensa en la información agregada que generan las acciones directas sobre la atención y el cuidado que realiza el personal de salud en su práctica institucional diaria. De allí que resulte de especial utilidad la triangulación metodológica cuya combinación de técnicas, datos y herramientas permite una comprensión más abarcativa del contexto y dimensiones analíticas más profundas para entender las interacciones y las subjetividades de las personas que conforman el espacio hospitalario.

Hay elementos estructurales que afectan y limitan el abordaje del contexto hospitalario, tanto por las características propias del mismo, como por la necesidad de articulación de estrategias de generación de información confiable y segura. Ello implica no sólo el fomento para el desarrollo e impulso de información epidemiológica y sociodemográfica, sino también el impulso de una cultura estadística de la institución hospitalaria que valore y ponga de relieve el peso y la importancia de su información en la transformación de las condiciones de salud y de vida de la población que atiende. El avance cualitativo en los estudios de

estos ámbitos institucionales es aun incipiente, falta además sensibilización del personal de salud desde la escuela de formación profesional en esta materia, las herramientas de la investigación cualitativa en salud pueden sensibilizar la mirada del personal del área sobre sí mismo, sobre su práctica y quehacer institucional, especialmente en los aspectos reflexivos de su hacer.

Bibliografía

BARRERA, M.M., 2003, *La violencia intrafamiliar*, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar núm. 6, México.

BELMARTINO, S., 1994, "La investigación social en salud en un contexto teórico carente de certezas", en A. L. KORNBLIT, *Ciencias sociales y medicina. La salud en Latinoamérica*, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

CASTRO R., y M. BRONFMAN, 1998, *Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*, en Juan Guillermo FIGUEROA, con la colaboración de Ivonne SZASZ PIANA, *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano CEDU, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, México.

CEPAL/UNIFEM, 2001, *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución*, Unidad Mujer y Desarrollo de la Cepal, noviembre, La Paz.

CHELALA, C., 1996, *La violencia en las Américas: la pandemia social siglo XX*, serie de publicaciones: Comunicación para la Salud núm. 10, OPS, Washington, DC.

CONAPO, 2004, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-1993 CIPD+10*, Comité Técnico para la Revisión de Avances Conapo, México.

COMITÉ EXPERTAS CEDAW, 1992, *CEDAW recomendación general núm 19. La violencia contra la mujer*, enero 29.

DE CURREA, L., 1997, *De la violencia y otras costumbres: Una mirada crítica a los años noventa desde el periodismo independiente*, Colección IMAGO de Opinión, Instituto de Investigación Signos e Imágenes. Bogotá.

DENZIN, N., 1973, *The research act*, Aldine Publishing Company, Chicago.

DESLANDES, Suely Ferreira y Simone Gonçalves de ASSIS, 2002, "Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças", en Maria Cecília de Souza MINAYO y Suely Ferreira DESLANDES, *Caminhos do pensamento. Epistemologia e método*, editorial Fiocruz, Río de Janeiro.

GALENTE, E., 2004, "Debate cultural y subjetividad en salud", En Hugo Spinelli, *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

LOZANO R., M. HÍJAR y J. L. TORRES, 1997, *Violencia, seguridad pública y salud*, Observatorio de la Salud, publicada en la página Higioscopio: una mirada a la salud de la población, México.

MENÉNDEZ, E., 2004, "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en Hugo Spinelli, *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires.

MONTES, V., 2004, *El Ethos médico*, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México.

OLAIZ G., A. DEL RÍO y M. HÍJAR, 2004, *Violencia contra las mujeres: un reto para la salud pública en México*, Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, Instituto Nacional de Salud Pública de México, México.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD, 2002a, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, resumen OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD, 2002b, *La salud en las Américas*, OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Washington, DC.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD 2003, *Violencia de género*, OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS 1993, *Declaración sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer*, 85 sesión plenaria La Asamblea General de las Naciones Unidas, diciembre, Nueva York.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS 1995, *Informe Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración y Plataforma*, Beijing, 4-15 de septiembre, sesión 16ª aprobada septiembre 15.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS 1999, *CEDAW recomendación 24: la mujer y la salud artículo 12*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 20 periodo de sesiones, Ginebra.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS 2000a, *La eliminación de la violencia contra la mujer*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 61ª Sesión, 20 de abril, Ginebra.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, 2000b, *Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing*, Asamblea General de las Naciones Unidas 10ª Sesión Plenaria, 10 de junio, Nueva York.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, 2003, *Diagnóstico sobre situación de los derechos humanos en México*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, ONU, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 1996, *La perspectiva de género en la salud reproductiva*, Secretaría de Salud, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2001, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, SSA, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2002a, *Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2001-2006*, SSA, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2002b, *Violencia familiar*, Secretaría de Salud Programa Mujer y Salud PROMSA, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2003a, *Programa de acción: mujer y salud*, PROMSA, México.

SECRETARÍA DE SALUD, 2003b, *Prestación de servicios de salud: criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar*, Programa Mujer y Salud, Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSAI-1999, Secretaría de Salud, México.

VALDÉS, R., 2004, "Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas", en Martha Torres Falcón, *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM, México.

VELZEBOER, M., M. ELLSBERG, C. CLAVEL-ARCAS y C. GARCÍA, 2003, *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*, OPS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Programa para la Tecnología apropiada en salud (PATH), NORAD, ASDI, publicación ocasional núm. 12 Washington, DC.

WEBER, M., 1964, *Economía y sociedad: esbozo de la sociología comprensiva*, Sección de Obras de sociología, FCE, 2 volúmenes, México.

Sara Yaneth FERNÁNDEZ MORENO

Trabajadora Social por la Universidad Nacional de Colombia, maestra en Estudios de Población por El Colegio de la Frontera Norte y doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco. Es docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Trabajo Social, integrante del Centro Interdisciplinario de Estudios en Género, Universidad de Antioquia. Coordinadora de la Red de Género y Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).
Correo electrónico: spartacolombia@yahoo.com.mx.