



Equipos de Salud frente a la problemática de la Violencia de Género. Virajes de lo biológico a lo social, de lo personal a lo político, de lo privado a lo público

Pablo Dalmaso
fimbulvetr@live.com.ar

Resumen: La siguiente exposición tiene el propósito de divulgar y desplegar, a modo testimonial, la hoja de ruta de un proceso de trabajo micropolítico en un efector público de salud sobre la violencia de género. En el trayecto de este trabajo se oscilará desde una dimensión personal hacia un lugar que devino colectivo y se efectuarán, en el desarrollo del mismo, múltiples paradas por distintos espacios de análisis críticos y anclajes teóricos.

Por lo tanto, en este recorrido, se examinará el actual modelo holístico aplicado a la salud y las intermitencias y permanencias del antiguo paradigma médico-biologicista, explorando dentro del recorrido de la profesión de enfermería, el lugar que han tenido las problemáticas sociales. Se expondrá la coyuntura en nuestro país sobre la problemática de la violencia de género y las modificaciones legales que fueron acompañando estos procesos.

Así, será necesario, en primer lugar, intentar arribar a un esbozo de ese concepto tan difícil de definir que es la violencia y, más específicamente, acerca de la violencia de género. Para esto, se traerán a discusión perspectivas provenientes de los discursos feministas y los estudios queers, para poder pensar todas las violencias que emanan de la norma del género. Este abordaje permitirá contemplar la violencia masculina hacia las mujeres, pero también proyectar una mirada más amplia que abarca las violencias sufridas por las comunidades disidentes de la heterosexualidad y que nos permitirá pensar también problemáticas que encuentran grandes resistencias en el imaginario social y por lo tanto en los espacios de salud, como el aborto y el VIH-Sida.

Se seguirá, además, el punto de inflexión en el que la violencia empezó a dimensionarse en plural y comenzó a emerger desde ese lugar privado en el que parecía era imposible realizar cualquier tipo de abordaje, hasta llegar al espacio público, a través de distintas estrategias que permitieron poder vislumbrar la violencia de género como un grave problema de salud pública.

La dimensión testimonial de partícipe de la experiencia permitirá, a su vez, compartir algunas tensiones personales sobre el abordaje de problemáticas en los espacios institucionales. En esta dirección, una de las líneas centrales será el recorrido de un equipo que funciona desde el año 2012 en un efector público de salud, destinado a la atención de pacientes en situaciones de



violencia. Se relatarán los procesos de trabajo y los distintos proyectos, estrategias y articulaciones que se efectuaron entre los recursos internos y externos y finalizaron con la creación de un dispositivo de atención, que permitió un espacio de sensibilización y de apertura a nuevas formas de cuidado.

Varios nombres de colegas y compañerxs aparecen en el desarrollo de esta exposición con la intención de evidenciar las contribuciones y las distintas redes que se fueron formando desde los aportes individuales, hacia la elaboración colectiva que devino en el Comité, que funcionan y sostienen actualmente al mismo.

Palabras clave: Equipos de Salud – Violencia de Género – Enfermería – Salud Pública – Aborto

A modo de introducción¹

“*El hombre es un ser Bio-Psico-Social y Espiritual que se relaciona con otros, y lo hace dentro de un entorno*”. Este enunciado es el que la mayoría de lxs profesionales de salud aprenden actualmente en su formación académica. Sin embargo, aunque los contenidos de a poco se “contagian” de las otras dimensiones, en gran medida siguen respondiendo al paradigma biologicista y reproducen de distintas formas sus patrones.

Existen algunas variantes sobre el enunciado antes mencionado, pero hay un acuerdo generalizado, de figurar esta concepción de individuo, como punto de partida para definir la profesión de enfermería. Esta mirada integral se desprende de la concepción conocida como “Holismo”:

Concepción filosófica que considera que una entidad es más que la suma de sus partes y que el ser humano está compuesto por factores físicos, psíquicos y espirituales. (*Diccionario Mosby 2005: 717*)

La teoría holística aplicada a la salud permitió comenzar a desarticular el antiguo modelo médico-biologicista, y a entender por lo tanto al ser humano como un ser complejo. El cuerpo biológico ya no es el todo a analizar, existen otras dimensiones que se encuentran entrelazadas, y la salud es el producto de la

¹ Una versión anterior de este trabajo, titulada “El Rol Social de Enfermería: Experiencia del *Comité para la atención de pacientes en situaciones de violencia*”, fue expuesta en Octubre de 2014 en las Jornadas de Enfermería HECA *Enfrentando Nuevos Desafíos*. Vale aclarar que en el siguiente trabajo se expresan reflexiones y comentarios que forman parte de la opinión particular del autor y no necesariamente reflejan la de los demás miembros del Comité o de la Institución que se menciona en dicho trabajo.



armonía de las mismas. Para poder abordar a lxs pacientes, entonces, debemos tener presente que esa persona frente a nosotros es mucho más que lo que vemos y aquello que se expresa como “enfermedad” es el producto de múltiples factores y procesos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”². Esta definición fue esgrimida en 1946 y se encuentra sin modificaciones desde 1948. Aunque no se efectuará un crítica exhaustiva de la misma, me gustaría por lo menos mencionar que a favor de dicha definición podemos reconocer que ha permitido romper con la visión anterior de “salud como ausencia de enfermedad”, brindando una mirada integral sobre el ser humano, lo cual genera los espacios posibles para la interdisciplinariedad, y ha permitido, al ser general, poder diagramar programas públicos en los distintos países. Como dificultades podemos mencionar que si bien ha puesto en cuestión al saber médico, no ha sido crítica sobre el poder/saber, sino que ha dividido al mismo entre varias disciplinas. Dicha concepción no tiene en cuenta al entorno, entendido como medio ambiente. Y continúa esgrimiendo a la salud como un estado total y utópico, que además no reconoce los procesos históricos y culturales en los que se concibe y el sostén de las pautas de normalidad a través del estanco binomio salud-enfermedad que reafirma. Funciona también como un ente abstracto con el cual se observan y analizan los cuerpos, sin tener en cuenta la visión individual de cada persona, sobre la percepción de dicho estado.

En mis últimos meses de estudio, durante el año 2004, recuerdo que ya se hablaba, en los textos que lxs docentes nos compartían, de otras dimensiones: por ejemplo, el hombre era además un ser ecológico y sexual. Recuerdo por ese entonces haber pensado desde mis resistencias epistemológicas: ¿es necesario seguir sumando otras áreas, cuando aún no hemos podido interiorizar las ya expuestas? Puedo ahora, después de haber transitado un camino, responderme afirmativamente. Porque cada nueva dimensión permite un espacio de diálogo y

² La definición se encuentra presente en la Constitución de la OMS y se puede leer en su sitio web: <http://www.who.int/about/mission/es/>



problematización de cuestiones que antes permanecían invisibles y por lo tanto nos eran inaccesibles al pensamiento.

Se hace necesario entonces extender el diálogo con ese modelo antiguo, que continúa produciendo sus sombras y reduciendo lo humano a lo biológico, porque tal vez ese ejercicio forme parte de su deconstrucción.

El modelo biomédico transforma (reduce) la biopsicosociografía del cuerpo en historia de la patología, en la que la subjetividad del enfermo queda oculta en la objetividad de los signos que no remiten a un ambiente vital, a modos de vida, a asignación de sentido a la existencia, sino a un cuadro clínico producto de una disciplina que sólo tiene sentido ya por referencia a sí misma. La medicina ha reducido la vida humana a desarreglo biofisiológico y cada uno de los avatares de la vida en signos que acaban por no tener valor más que en el discurso y monólogo cerrado de la medicina consigo misma. Operada esa reducción (de reflexionar sobre la vida a analizar la disyunción entre normalidad y patología) el enfermo es confinado y retirado a las paredes del hospital, donde de sujeto social se le reduce a objeto de conocimiento. Es confinado a un espacio-tiempo en el que bajo la amenaza de la muerte el paciente se percibe a sí mismo respecto a su enfermedad, como un hecho exterior porque no sólo su vida queda interrumpida sino que él mismo es convertido en un fenómeno objeto de análisis para la mirada médica que disuelve el enfermar en la enfermedad, la cual, siendo en realidad producto metodológico de una ciencia, se eleva ahora a la dignidad ontológica de la existencia. (Medina Moya y Sandín Esteban 2006)

Al ingresar al mundo laboral en el año 2005, surgió la dificultad, compartida con varixs colegas, en torno al proceso de articular la formación académica con la “realidad” de trabajo en la cual ya no había pacientes estándar demandando cuidados “normalizados”; y me encontré con otros grandes obstáculos, relacionados con ese modelo médico-biologicista que persiste aún hoy, ejerciendo resistencias dentro de toda el área de salud. Este modelo acciona desde las subjetividades del personal de salud mismo y de la comunidad, delimita los cuidados, las prioridades (sometidas a la vorágine del ritmo de los servicios), la programación en cada área de las tareas, la relación con lxs otrxs profesionales y los escasos espacios de fomento brindados a la investigación para encontrar o transitar otros caminos.

Comencé también a poder observar y experimentar los efectos de la feminización de nuestra profesión y las secuelas del positivismo: la profesión de enfermería obtuvo un gran impulso gracias a éste, pero en direcciones que



muchas veces no fueron las más acertadas.³ Durante ese proceso abrumador, recordaba en varias ocasiones las palabras de las docentes Rosa María Larrea y Olga Moyano⁴, alentándonos a generar espacios nuevos, que por más pequeños que sean, nos permitan llegar a otros puertos.

El desafío de romper con el paradigma biologicista, para poder pensar un cuidado que vaya más allá de la enfermedad, se encuentra de partida en problematizar la rúbrica del propio nombre identitario. La palabra “enfermería” sigue orientando el cuidado hacia aquello que está enfermo, e invisibiliza la prevención, los condicionantes de salud y las otras formas de cuidar. Parecería ser que lxs enfermerxs no cuidamos personas, cuidamos enfermxs. Si se hace necesario acuñar un nombre identitario para denominarnos, tal vez podríamos escoger uno que tenga más que ver con nuestro quehacer y podría ser entonces “Cuidadorxs”.

Se vuelve imperativo analizar el devenir histórico de la profesión. El acto de cuidar a otros seres humanos (que es el objeto y fundamento de la enfermería), ha pasado por distintas etapas. Los desafíos que se presentan tienen mucho que ver con poder seguir detectando los “restos” de esos períodos que continúan actualmente direccionando el rumbo. En el intento de empoderarnos, lxs enfermerxs hemos recurrido a la ciencia sin problematizar la supuesta neutralidad de los conocimientos científicos. Nos hemos alejado de la dependencia médica produciendo un proceso de atención de enfermería (científico) que recurre a diagnósticos y procesos estancos y estandarizados (pensado para los seres humanos estándar que la ciencia reconoce), en la que en gran medida asumimos el rol de celadores del panóptico. Debemos recordar también la impronta religiosa sobre la disciplina cuando fue ejercida y controlada por los miembros de instituciones y claustros religiosos y se llegaba a ejercer (y aún muchas veces se ejerce) la profesión desde ese llamado divino que es la vocación, y desde una completa abnegación. Abnegación que nos llega desde esos tiempos ancestrales

³ En este aspecto, *cfr.* Vilchez Barboza y Sanhueza Alvarado (2011).

⁴ Agradezco especialmente a Olga, quien me ha suministrado material bibliográfico muy valioso para elaborar este trabajo.



en el que el cuidado fue definido/asumido como un rol femenino dentro de las tribus.

Es por esto que el desarrollo de la profesión estuvo y estará indefectiblemente unido al avance de la mujer en nuestras sociedades. No es coincidencia la coyuntura en la que surge Florence Nightingale, o la construcción del estereotipo de la figura del médico-varón y la enfermera-mujer, relación que se proyecta desde la jerarquía sexo-genérica. Con la reciente llegada del marco legal a nuestro país, en el año 1991, en el camino hacia la profesionalización se han generado grietas y tensiones entre los distintos niveles de formación (que asumieron una fuerte estructura vertical) y sus respectivos colectivos: empíricxs, enfermerxs ley, profesionales, licenciadxs, magíster, etc. Se ha organizado la formación superior de lxs profesionales con la intención de producir administradores de servicios, en respuesta a las necesidades de los mercados⁵. Se puede apreciar que gran parte de las investigaciones continúan ocupándose de “lo biológico”, agregando a sus agendas las complejidades tecnológicas que la modernidad nos legó.

Sería interesante hacer el ejercicio de poder preguntarnos dentro del colectivo de enfermería en cada paso de nuestro desarrollo disciplinar: ¿Cuán centrado estuvo nuestro desarrollo en la necesidad de redefinir la profesión, de alejarnos de otras ciencias, de dar respuesta a las necesidades de los mercados, más que en el foco de nuestra razón de ser que es el cuidado (integral) de los seres humanos? Muchas veces criticamos cierto estereotipo que existe en el imaginario social sobre nuestra profesión, y deberíamos también preguntarnos: ¿En qué medida seguimos reproduciendo, sosteniendo y socializando esos estereotipos?

El colectivo de enfermería suele alegar muchas veces que no tiene posibilidades de modificar su situación particular y la de lxs pacientes por carecer de poder:

Poder generalmente se asocia a la capacidad de ejercer una acción represiva, sin embargo yo propongo hablar de poder en otros términos: como un ejercicio de relaciones, como una influencia positiva o como una manera de pensar y

⁵ Sobre este punto, *cfr.* Morrone (2012).



desarrollar una práctica que impregna a casi todo el colectivo (Foucault). (...) Sin embargo este mismo potencial para la acción se utiliza cotidianamente sobre todo para mantener el status quo. Es cierto que las enfermeras[os] pasamos habitualmente desapercibidas[os], a pesar de ser el colectivo más numeroso de los sistemas sanitarios occidentales, también es cierto, y quiero subrayarlo, que la percepción del sentimiento de no ser tenidas[os] en cuenta y de ser víctimas ocurre en las instituciones que nosotras[os] mismas[os] hemos ayudado a construir, administrar y mantener. Es razonable pensar que las enfermeras[os] experimentamos sentimientos contradictorios por el hecho de participar activamente en nuestra opresión y que quizá, muchas[os] de nosotras[os] no seamos conscientes de que, de alguna manera, estamos ejerciendo algún tipo de poder (...) raras veces reflexionamos sobre nuestras propias formas de ejercer poder o nos planteamos que los cuidados sean una actividad política. (...) Si aceptamos que enfermería tiene una dimensión política, debemos entonces examinar la microfísica de poder que está presente en nuestro entorno cotidiano, (...) debemos reflexionar acerca de qué estereotipos construye la sociedad [sobre nosotras/os] (y pensar cómo cambiarlos), y además pensar qué estereotipos generamos nosotras[os] mismas[os] sobre determinados grupos sociales.(...) La enfermería está constituida por los discursos dominantes subyacentes en la sociedad. Por lo tanto la búsqueda de equidad debe ocurrir simultáneamente en dos campos: internamente en la profesión y externamente en nuestro quehacer cotidiano (en la manera como cuidamos a los pacientes (...)). La politización de las relaciones de poder en enfermería desde una mirada post-estructuralista nos permite ver que ningún sujeto tiene una posición estable para ejercer poder. Tenemos al mismo tiempo múltiples posiciones de sujeto y en algunas de ellas somos oprimidos y en otras oprimimos y otras veces casi es imposible separar ambas acciones. (...) Únicamente haciendo frente a nuestro entorno cotidiano podemos encontrar otras maneras de ejercer poder que estén sostenidas por una búsqueda de equidad y justicia social. (Gastaldo 2003)

La dimensión social de nuestros cuidados es uno de los pilares en los cuales debería focalizarse el compromiso e investigación y en los que encontraremos también parte de nuestro desarrollo como profesión, ya sea dando respuestas a las necesidades de la comunidad, divulgando o intercambiando nuestros conocimientos y prácticas. Al analizar nuestros cuidados de enfermería no sólo en lxs pacientes, sino también en una mirada global que nos haga pensarlos empleados en la comunidad, podremos vislumbrar los determinantes sociales de la salud. Determinantes que deben ser analizados en distintas direcciones: en las dimensiones individuales y colectivas, en los cuidados y por ende en la profesión misma. En esta dirección, son interesantes las consideraciones de Roberto Repetto:



(...) resulta imperativo comprender a la enfermería como práctica social. Ya que ello, posibilita analizar el rol social que cumplen las acciones englobadas en la categoría de enfermería en un contexto histórico social dado. Permite comprender la relación entre las acciones que una persona particular desarrolla en el marco de las tareas asignadas a la profesión y el condicionamiento social establecido para dicha práctica. La práctica es construida por una persona en tanto sujeto que la produce, sin embargo, es en gran medida producida y condicionada a nivel social. Los mandatos sociales pre-establecidos y construidos en un tiempo histórico más amplio que en el que las prácticas se desarrollan, condicionan las posibilidades de romper con lo establecido. Lo esperado, en gran medida condiciona a la creatividad, a lo inesperado. (...) Quebrar los mandatos que refuerzan la focalización de las acciones de enfermería sobre el ámbito asistencial [*nos permitirá lograr*] acciones que promuevan el acceso a una salud integral. Orientar las prácticas de cuidado en dirección a las condiciones sociales que producen el desencadenamiento de los padecimientos, posibilitará transformar el perfil de la enfermería como profesión. (...) De este modo, el campo de acción cobrará mayor dimensión, lo colectivo predominará por sobre lo individual. (...) Emerson Merhy señala la relevancia de la noción de micropolítica del trabajo en salud, “una compleja trama, que tiene como protagonistas sujetos, individuos y colectivos, cargada de ciertas intencionalidades impulsadas por subjetividades que las hacen operar en el campo social, definiendo sus relaciones y produciendo ellas mismas escenarios de la producción de cuidado”. (Repetto s/f)

Estas ideas fueron cristalizándose durante mis primeros años de trabajo, en la búsqueda de ideas-puentes: entre el saber académico y la realidad concreta; entre las necesidades sociales de las personas, de los distintos colectivos, y las ofertas actuales que el sistema de salud brinda; entre una noción de ser humano biológico y su posible articulación con la idea de un ser integral y complejo.

Algunos datos sobre la institución y algunas reflexiones sobre la potencialidad del trabajo dentro de las instituciones

Se hace necesario, para quienes no la conozcan, compartir algunos datos sobre la institución en la que se desarrolla mi trabajo y el del Comité. El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez está situado en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, y es un Hospital-Escuela. Es el referente de la emergencia, trauma y alta complejidad clínico-quirúrgica. Forma además parte del Programa Federal de Procuración de Órganos. El sistema de salud integral se ha establecido



como un trabajo en red y la institución, dentro del sistema, se ocupa de la atención de pacientes que requieran asistencia de alta complejidad.⁶

Luego de esta breve descripción de la institución, me interesaría hablar de las instituciones, como organismos formalmente establecidos que desempeñan tareas de interés público, sostenes de mecanismos de instrucción y regulación.

Generalmente se asume a las instituciones como generadoras y reproductoras de aquello que se pretende cambiar, y cuando se piensa en lograr mutaciones en otras direcciones, habitualmente se buscan estrategias externas o periféricas. Me gustaría resaltar que es también posible ejercer tensiones desde el interior y me arriesgaría a expresar que es vital y necesario trabajar desde el interior de las mismas en paralelo con las actividades que puedan realizarse desde el exterior.

En mi búsqueda personal de líneas de fuga se han conjugado los lugares en los cuales ejercer tensiones dentro/desde mi profesión en un contexto institucional. No es tarea fácil ya que son muchas las resistencias que se ejercen en dirección contraria y se genera una necesidad de negociaciones permanentes en las cuales siempre se corre el riesgo de perder el foco y ser fagocitado por “lo institucional” y lo establecido.

Pero estratégicamente creo que es fundamental este trabajo para lograr tracciones y alcanzar pequeñas modificaciones dentro del entorno y su cotidianeidad, cuyo impacto permitirá alcanzar, con distintos niveles de intensidad, los cambios anhelados.

Muchas críticas se han realizado desde la militancia y luego desde el activismo a estos espacios. Sobre este aspecto, resulta interesante considerar lo que Guattari y Rolnik plantean:

(...) la sensación de que las instituciones son territorios contaminados y que por eso nada deberá ser investido en ellas, cumple muchas veces un papel defensivo. Ese tipo de sensación es, en mi opinión, el reverso de la fascinación con la institución que caracteriza la “libido burocrática”. En realidad, esas dos actitudes satisfacen una misma necesidad, que es la de usar las formas vigentes, lo instituido, como parámetro único y exclusivo en la organización de sí mismo y de las relaciones con el otro, evitando así

⁶ Para mayor información puede visitarse el sitio web de la Institución: <http://www.fundacionheca.org.ar>.



sucumbir al peligro del colapso que podría ser provocado por cualquier tipo de cambio. Son dos estilos de simbiosis con la institución: uno de “pegoteo” e identificación (quien adopta ese estilo basa su identidad en lo instituido), y otro de rechazo y contraidentificación (quien adopta ese estilo basa su identidad en la negación de lo instituido, como si hubiese en el plano de las formas un “afuera” de las instituciones, un supuesto espacio “alternativo” a este mundo).

(...) tanto el “alternativismo” como el “burocratismo” (...) reflejan un bloqueo de la fuerza instituyente, una imposibilidad de entrega a los procesos de singularización, una necesidad de conservación de las formas vigentes, una dificultad de acceso al plano molecular, donde se engendra lo nuevo. Es más difícil de ser percibido en el caso del “alternativismo”, porque implica el espejismo de un supuesto mundo paralelo que transpira una ilusión de autonomía y creación, y cuando creemos haber escapado del “caretaje”, estamos corriendo el riesgo de caer en otro, más disimulado. (...) no es fingiendo que las instituciones no existen como se las va a transformar. (Guattari y Rolnik 2013)

Existen distintos lugares desde los cuales realizar acciones para lograr cambios o modificaciones y todos ellos tienen sus particularidades y limitaciones. Se hace entonces necesario más que enfrentar estos distintos espacios de trabajo, o simplemente negarlos, profundizar en sus implicancias y tal vez perseguir la utopía de entrelazarlos y complementarlos.

El trabajo dentro de la institución

Durante mi paso por los servicios de cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos intenté realizar algunos proyectos. Muchos de ellos no pudieron desarrollarse por diversos motivos externos a mi voluntad.

En el año 2011, comencé a desempeñar mi trabajo en el área de atención primaria del hospital y encontré varias situaciones de vulnerabilidad social para trabajar en el sector. Sobre muchas de ellas me encuentro trabajando en la actualidad y es en ese lugar donde comienza mi labor dentro del Comité.

En el área de atención primaria, las pacientes que ingresaban por situaciones de violencia agredidas por sus ex parejas, maridos, novios, familiares, etc., eran atendidas únicamente en su dimensión biológica. Sólo los casos de pacientes en estado crítico ingresaban al sistema judicial por la gravedad de las lesiones, junto a las víctimas de agresión sexual. Aquellas pacientes víctimas de



lesiones consideradas “menores” eran atendidas sólo en las expresiones físicas de la violencia y recibían el alta hospitalaria para volver al contexto donde se había originado la violencia con el riesgo de, muchas veces, perder sus vidas. No existía ningún tipo de asesoramiento u ofrecimiento de asistencia desde el equipo de salud. A esta situación, se sumaba que no se problematizaban, además, la violencia psicológica y económica.

A raíz de la evidencia de estas problemáticas, comienzo a sostener un largo debate con mis compañerxs, y con mi amiga y colega Natalia Bolcatto con quien compartimos espacios de trabajo relacionados al feminismo y sexualidades disidentes. Me suministra asesoramiento, insumos de lectura y recursos (lugares específicos que trabajan sobre esta cuestión), y comenzamos a idear la posibilidad del armado de un protocolo. Otra amiga y compañera, Liliana Cabrera, me provee material de lectura sobre distintos tipos de protocolos y dispositivos.

Personalmente, prefiero hablar de dispositivo en lugar de protocolo. Estos últimos habitualmente están enmarcados en pasos, un orden y acuerdos preestablecidos, que al momento de ser aplicados, sobre todo en lo referente a situaciones sociales, muchas veces impiden abordar la singularidad de lxs pacientes y rigidizan la posibilidad de pensar las estrategias, al estandarizar los procesos de atención. Hablar de dispositivo, en cambio, es hablar de un plan, una organización, una estrategia. Y esta última palabra es la que permite seguir una línea de acción que vislumbre no sólo los recursos institucionales y extra institucionales, sino que también demanda el análisis de los recursos de lxs propixs pacientes.

El 31 de diciembre de 2011 es atendida en el hospital una mujer de 41 años agredida por su marido con un traumatismo grave de cráneo y este caso sirve también como disparador de la problemática en distintos integrantes del equipo de salud.

Por ese entonces ingresaba al hospital, a desempeñar el cargo de subdirectora, María Angelina Barbarich, fuerte impulsora de los espacios participativos. Durante una de sus visitas al área de atención primaria, comenzamos a debatir sobre esta situación y me estimula a elaborar un trabajo sobre la temática.



Concurrí a varios talleres organizados por el “Programa de Género” de la Facultad de Derecho de la U.N.R y de otros espacios propiciados por el Centro de Asistencia Judicial. Fui recolectando también importantes recursos de los encuentros en las marchas creadas por las organizaciones de mujeres, que desde hace varias décadas vienen denunciando públicamente las violencias del patriarcado, integradas por diversos grupos político-partidarios, familiares de víctimas, sindicatos y ONGs, que irrumpen en las calles exponiendo las violencias que se sostienen desde las instituciones, demandado justicia por los femicidios y la implementación de la Ley N° 26485 (Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales) sancionada y promulgada en 2009.

Recordemos que en esos meses del año 2011 estaba instalándose en los socalos de los medios televisivos la expresión “Violencia de Género” y “Femicidio”. Estos términos empezaban a estar en boca de todos, a veces malinterpretados, ya que aún hoy no han calado profundo dentro de la subjetividad social y, desde los medios de comunicación, se continúan reproduciendo gruesos errores conceptuales:

El término *femicide* fue acuñado en Inglaterra por Mary Orlock a inicios de la década del 70 y usado públicamente por primera vez cuando la feminista estadounidense Diana E. H. Russell lo empleó en un testimonio sobre asesinatos de mujeres ante el Tribunal Internacional de Crímenes contra las Mujeres, celebrado en Bélgica en 1976. Russell define el concepto como “el asesinato misógino de mujeres cometido por varones”. (...) El término ha sido traducido al castellano y usado de dos maneras: como “femicidio” y como “feminicidio”. (...) Al hacer referencia al asesinato misógino de mujeres y niñas, el concepto de femicidio permite entender que la muerte de mujeres a manos de sus esposos, amantes, padres, novios, [ex parejas], pretendientes, conocidos o desconocidos, así como las muertes de mujeres en abortos ilegales o por negligencia, no son situaciones inexplicables, de conductas patológicas o de la casualidad. Por el contrario, estas muertes de mujeres son el producto de un sistema estructural de opresión. (...) al llamar “femicidio” a estas muertes de mujeres se remueve el velo oscurecedor con el que las cubren términos “neutrales” como homicidio y asesinato. El concepto (...) nos indica el carácter social y generalizado de la violencia basada en la inequidad de género, nos aleja de planteamientos individualizantes, naturalizados o patologizados que tienden a responsabilizar a las víctimas (...) a concebir estas muertes como el resultado de “problemas pasionales”. (Sagot, Montserrat: “Femicidio (feminicidio)”, en Gamba 2009: 141)



Dentro del feminismo, el debate sobre estos términos, así como el término genericidio ha sido vasto. En Latinoamérica, quien lo traduce y difunde es Marcela Lagarde, antropóloga mexicana que ha utilizado la palabra feminicidio para referirse a los crímenes de Ciudad de Juárez. Actualmente, gracias al trabajo de ella, la Real Academia Española ha aceptado acuñar el término (aunque todavía la promesa de inclusión no se ha materializado).⁷

Uno de los factores desencadenantes del debate (nuevamente) en nuestro país fue el trágico femicidio de Wanda Taddei, la joven asesinada en febrero de 2010, quemada por su marido.⁸ Anteriormente, un caso que –entre otros- había sido fuertemente instalado por los medios, y que puso en debate, en ese entonces, “la violencia hacia las mujeres”, fue la trágica muerte de Alicia Muñiz en 1988, asesinada por su esposo Carlos Monzón, a partir del cual, como suele suceder aún en la actualidad con los casos mediáticos, se destaca que el agresor estaba alcoholizado o bajo la influencia de sustancias o “no pudo medir su fuerza física” (a modo de excusa/disculpa). Se narran los motivos de la discusión que presidió al asesinato, se habla por las víctimas (que ya no pueden defenderse) y se resalta que no fueron hechos premeditados (repetiendo los recursos de la defensa que busca “atenuantes” para disminuir las penas), sin tener en cuenta las denuncias previas de las víctimas o las pruebas que demuestran que el historial de violencia no comenzó con el desenlace fatal. Usualmente, se los encuadra y limita en posibilidades de análisis (aunque cada vez en menor medida) como “crímenes pasionales”.

El caso de Wanda tuvo una gran repercusión, entre otras razones, porque consecuentemente muchas mujeres fueron asesinadas por sus parejas utilizando medios de combustión. Comenzaba a replicarse y a visibilizarse, una vez más, esta situación de violencia sostenida por el sistema patriarcal. Este caso pondría en jaque la hasta entonces llamada “emoción violenta”, dentro de los procesos judiciales, entendida como un atenuante, que disminuye las condenas. Con la Ley N° 26.791 promulgada en diciembre de 2012, se instituye consuetudinariamente la

⁷ Para mayor información, véase el artículo de Sonia Santoro (2014).

⁸ Para más información sobre el femicidio de Wanda Taddei, se sugiere visitar las siguientes notas: Nahuel Lag (2010), Luciana Peker (2012) y “Caso Wanda Taddei: Casación condenó a prisión perpetua a Eduardo Vazquez” (publicada en 2013 en el *Centro de Información Judicial*).



figura de femicidio, la mayor expresión de la violencia de género, como agravante de homicidio, estableciendo la condena de prisión perpetua.⁹

En los medios, circulaban, además, discusiones sobre machismo y patriarcado. Pero quedaba y queda aún mucho por recorrer, sobre todo porque todavía es frecuente que se continúe malinterpretando al feminismo como un antónimo de machismo.

¿Feminismo vs Machismo?

Cuando hablamos de machismo, nos referimos a una compleja ideología, que coloca a los varones en un lugar de superioridad y por lo tanto genera, sostiene y tolera distintas “prepotencias” por parte de éstos, colocando a las mujeres en un sitio de inferioridad, y en su mayor expresión niega su calidad de sujetos. Se sustenta en (y reproduce) un modelo de varón masculino, agresivo, dominante, exitoso, fuerte, heterosexual, etc. Por lo tanto no solamente denigra a las mujeres sino que también atenta contra aquellos varones e identidades que no se adaptan a los estereotipos, es decir no sólo sostiene el sexismo (prejuicio o discriminación de raíz sexo-genérica) y la misoginia (aversión y odio hacia las mujeres o hacia lo femenino), sino que también contribuye a otras formas de discriminación como la homolesbotransfobia.

El machismo es uno de los pilares de la dominación masculina dentro de la sociedad patriarcal y está fuertemente arraigado a la cultura, moldea nuestras subjetividades y en distintas medidas nos atraviesa a todxs, es decir, nadie está exentx de poner en práctica en la cotidianidad actitudes o ideas que respondan a la lógica machista. Es necesario destacar esto porque muchas veces al pensar el machismo, lo hacemos sobre lo que vemos en lxs otrxs y no asumimos el propio, o visualizamos escenas clásicas de opresión y violencia extrema, y no logramos percibirlo en otros espacios, actitudes, prácticas o costumbres en donde se halla más solapado.

Los Feminismos, en cambio, conforman un movimiento político heterogéneo, cargado de múltiples voces, provenientes de diversas disciplinas

⁹ Véase *Ley N° 26791. Modificaciones*. Publicada en el Boletín Oficial del 14 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/206018/norma.htm>



que, a través de sus distintas etapas en la historia han denunciado y corroído los discursos y dispositivos que sostienen las desigualdades e inequidades y las resultantes opresiones y violencias que reciben las mujeres como saldo de dicho desbalance de poder dentro de las relaciones, en una sociedad regida por una jerarquía sexo-genérica.

Por lo tanto, estos términos no funcionan como antónimos. En todo caso, si quisiera encontrarse un antónimo de machismo, debería utilizarse un neologismo que correspondería a hembrismo. La polarización antes mencionada continúa formando parte de “la mala prensa” que ha tenido muchas veces el feminismo y que constituye una estrategia en sí misma de invisibilización y sostén del *statu quo*.

Del mismo modo, un término que actualmente se utiliza extensivamente sin profundizar demasiado en sus alcances, es el de violencia. Se lo usa sin poder concretar aquello que se quiere demarcar, algunas veces sencillamente como sinónimo de agresión. La palabra va y viene y se puede decir que ha anclado en el imaginario social pero no se han delimitado sus implicancias y por esto muchas veces vemos en los medios y escuchamos por la calle que, repentinamente, todo es violencia.

¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia?

La Organización Mundial de la Salud se excusa en que uno de los problemas por los que no se ha podido tomar la violencia como un asunto de la Salud Pública es debido a la dificultad de poder delimitar un término que resulta tan difuso y complejo. Sobre todo al momento de definir aquellos comportamientos que se consideran aceptables o inaceptables o el alcance del término “daño”, teniendo en cuenta el cruce cultural de las normas sociales y los códigos morales en las distintas partes del mundo. Sin embargo, esta organización intenta definirla y lo hace de la siguiente manera:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause



o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.¹⁰

Esta definición, por un lado, contempla no sólo la fuerza física sino que abre otras posibilidades de anclaje al mencionar “el poder”, y se plantea, por otro lado, en varios niveles (de lo más singular a lo más plural). Menciona no solamente hechos concretos sino también riesgos, lo cual posibilita pensar en espacios de prevención. Y plantea que los efectos sobrevienen sobre lo físico pero también sobre otras dimensiones del ser humano. No obstante, al utilizar la palabra “deliberado” reduce el espectro de análisis, ya que necesariamente esa violencia debe haber sido intencionada y voluntaria. ¿Dónde quedaría entonces la violencia simbólica de la que nos habla Bourdieu (2000), aquella que se encuentra agazapada en las pautas culturales y que se reproduce dentro de la cotidianidad avalada por el consenso social? Queda además en este concepto, como suele suceder, invisible el lugar desde el cual emerge la agresión: está claro que puede direccionarse hacia múltiples sitios y de diversas formas, pero no queda expuesto de dónde emerge, y más interesante aún, de qué factores surge, puesto que es allí donde podría vislumbrarse la posibilidad de pensar estrategias que deconstruyan esa violencia.

Para pensar el concepto de violencia, o mejor dicho, para poder pensar las dificultades que surgen al intentar definir este concepto, me parece de sumo valor el trabajo de la socióloga colombiana Elsa Blair Trujillo (2009). Esta autora hace un arduo recorrido por varios autores y plantea la dificultad de intentar hacer que esta palabra funcione en fenómenos tan diferentes, ya sea tanto en un marco referido a la violencia autoinfligida o en una dimensión más amplia, como pueden ser los conflictos armados y las guerras. También importa la disciplina que intenta conceptualizarla, si es desde la sociología, la política, la psicología o si es desde un organismo, como el Sistema Judicial. Otra dificultad que menciona es la de abordar el término sin analizar su desarrollo histórico, por esto muchas veces se considera que los tiempos actuales son cada vez más violentos, pero nunca se

¹⁰ Se trata del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud en 2002.



define en relación con qué. ¿Existe la violencia desde siempre y simplemente se actualiza? ¿Forma parte de un comportamiento que se adquiere? Si se asume que la violencia es inherente a los humanos, ¿por qué continuamos entonces tildando de violencia aquellos hechos que surgen en la naturaleza y la agresividad animal? La autora retoma los planteos antropológicos de que “lo social se forma ‘domesticando’ la violencia y como toda forma de institución es un medio de regularla”. Menciona también las palabras de Thomas Platt (“a medida que el término se hace más extenso, su intensidad disminuye”), y tal vez ese deba ser uno de los límites de su uso: el de la banalización. Dicho autor intenta hacer un recorrido desde su etiología como “llevar la fuerza a algo o alguien” y sobresalta el contenido peyorativo de la palabra, resaltando su connotación moral, que dificulta más la posibilidad de reflexión.

Así, queda claro que son muy variados los hechos que se intentan delimitar bajo este concepto, responden a distintas causas y no pueden dejar de ser abordados sin una perspectiva histórica, analizando a su vez los procesos culturales.

Así que tal vez la pregunta más pertinente que debemos hacernos antes de esgrimir el término sea: ¿Qué sentido político nos interesa poner en juego en su utilización?

¿En qué pensamos cuando hablamos de género?

Algo similar sucede con el término género. Se puede escuchar en los medios y en las calles menciones sobre violencia de género o la Ley de Identidad de Género, pero no ha existido una amplia difusión teórica que posibilite su anclaje en el pensamiento colectivo. Entonces, dentro del imaginario social, se generan confusiones y hay quienes lo asumen como una forma moderna de mencionar al sexo. Antes se hablaba de varón-mujer, ahora de masculino-femenino, por lo tanto antes se decía violencia hacia las mujeres y ahora se dice violencia de género. O se exponen definiciones enciclopédicas y se lo recorta como la dimensión social de la sexualidad, es decir está el sexo que es lo dado y lo “natural” y está esto otro



que es el género (“un invento posmoderno tal vez”) que tiene que ver con comportamientos y pautas sociales en relación a esos sexos.

El término, en su historia, ha pasado por distintas etapas y ha sido conceptualizado de diversas formas. A grandes rasgos podemos arriesgarnos a marcar tres etapas difusas. Una primera etapa se distingue por ser el esbozo de las primeras conceptualizaciones, entre los años treinta y sesenta.

Una segunda etapa, alrededor de los años setenta, en la que el feminismo comienza a apropiarse de esta noción dentro de sus estudios y a desarrollarla estratégicamente, problematizando su dimensión política, denunciando las desigualdades culturales que establecen una relación de inequidad de poder entre los sexos. En las conceptualizaciones de esta etapa se sostiene una fuerte dicotomía entre el sexo y el género, asumidos como lo biológico/natural y lo social/cultural, lo dado y lo construido.

Y por último, una tercera etapa, entre los años ochenta y noventa, en donde los estudios feministas de la etapa anterior y algunas críticas provenientes del feminismo francés se cruzan con lo que posteriormente se llamarían “Estudios Queers”. Se inicia el desarrollo de un pensamiento que tiende a la desarticulación de esa dicotomía y a una conceptualización más compleja, abarcativa y necesariamente difusa que, más que focalizarse en problematizar las categorías sobre las resultantes de inequidad de poder de su relación, intenta ir al lugar desde donde emergen y a los efectos contraproducentes de su reafirmación, aumentando así el espectro de análisis.

Se hace igualmente necesario aclarar que si bien se mencionó un desarrollo lineal en el tiempo, desde la praxis del feminismo actual existen distintas formas de posicionamiento frente a la utilización del término *género* que muchas veces no se materializan en ese proceso lineal y prolijo. Entonces, podemos encontrarnos con grupos que al intentar buscar estrategias para denunciar la violencia hacia las mujeres utilizan ampliamente el enfoque de la segunda etapa (que es válido en una parte del análisis) mientras que los desarrollos teóricos de la tercera etapa muchas veces sólo son utilizados en cuestiones relacionadas a las sexualidades disidentes. Se menciona esto porque en la perspectiva de género, que es un enfoque analítico que permite la problematización de estas cuestiones,



continúa en gran parte estando presente la visión de la segunda ola del feminismo, y son las nociones que en mayor o menor medida tienen mejor aceptación o comienzan a poder ser mayormente aceptadas dentro del imaginario social. Pero, aunque es una herramienta muy valiosa y que permite el inicio del análisis, sería interesante poder sumarle las otras herramientas relacionadas con los mencionados estudios queers.

Se hace necesario ingresar la perspectiva de género (incluso las discusiones sobre de qué noción de género se va a partir) en los módulos curriculares de la formación de los profesionales de salud, ya que es un cuestionamiento crítico muy valioso al momento de intentar contagiar preguntas allí donde todavía existen certezas y se reproducen las “naturalidades” hegemónicas.

Ahora, haciendo uso de una metáfora científicista, pongamos el género bajo la lente del microscopio en sus distintos momentos históricos.¹¹

A mediados de la década del treinta, la antropóloga cultural norteamericana Margaret Mead publica el libro *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* en el cual comenzaba hablar de aquello que llamaba “temperamento” y su relación con el sexo.

Por su parte, Simone de Beauvoir publica en 1949 su libro *El segundo sexo*, en el que pronunciaba las famosas palabras “No se nace mujer: se llega a serlo”: aquello que era tan “natural” y que era asumido como destino comenzaba a dejar de serlo, poniendo en evidencia los procesos culturales que acompañan dicha construcción.

El psicólogo y médico neozelandés John Money a mediados de la década del cincuenta da ingreso a la noción de “rol de género” dentro de la salud a través de sus aciagos experimentos y estudios sobre “hermafroditismo”.

En los sesenta, el término comienza a ser fuertemente popularizado por el psicopatólogo estadounidense Robert Stoller y sus estudios sobre “trastornos de la identidad sexual”, quien termina de delimitar y dicotomizar lo “natural” y lo

¹¹ Durante este apartado se concentra la primera mirada mencionada, es decir una noción más “clásica” de género, a la que en gran parte responde esta exposición, y cerca del final de este trabajo se encontrará un apartado en donde se desarrolla otra visión sobre género, junto a la posibilidad de pensar las múltiples violencias que surgen de la normalización del género.



“cultural” en “Sexo y género: en el desarrollo de la masculinidad y la feminidad”, su estudio divulgado en 1968.

Es en los setenta que el feminismo comienza a apropiarse del término, y entre otros trabajos, puede mencionarse el de la socióloga británica Ann Oakley, en su libro publicado en 1972 *Sexo, género y sociedad*.

Muchos otros trabajos se fueron sucediendo pero retiraremos aquí el ojo de la lente de nuestro microscopio, e intentaremos entonces delimitar aquello que entendemos por género:

(...) se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. Por esta clasificación cultural se definen no sólo la división del trabajo, las prácticas rituales y el ejercicio de poder, sino que se atribuyen características exclusivas a uno y otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. (...) las mujeres y los hombres no tienen esencias que se deriven de la biología, sino que son construcciones simbólicas pertenecientes al orden del lenguaje y de las representaciones. Quitar la idea de mujer y de hombre conlleva a postular la existencia de un sujeto relacional, que produce un conocimiento filtrado por el género. En cada cultura una operación simbólica básica otorga cierto significado a los cuerpos de las mujeres y de los hombres. Así se construye socialmente la masculinidad y la feminidad. Mujeres y hombres no son un reflejo de la realidad “natural”, sino que son el resultado de una producción histórica y cultural, basada en el proceso de simbolización; y como “productores culturales” desarrollan un sistema de referencias comunes. (Lamas 2000)

Por lo tanto, problematizar la categoría política de género significa comenzar a desarticular el tejido cultural e histórico que sostiene aquello que se concibe como “natural”, cuestionando las normas que se imponen en esa concepción y el entramado de violencia que se genera y reproduce en dicho sistema:

El género como concepto y categoría (...) tiene las posibilidades de ser usado para la transformación de las condiciones materiales de la opresión de las mujeres. (...) en su sentido político, constituye una categoría relacional que denuncia y devela la subordinación impuesta por el sistema patriarcal a las mujeres. (...) al ser una categoría relacional siempre está develando la posición de inferioridad asignada por el patriarcado a las mujeres. (Paredes 2008)



Pensar la noción de género nos conduce a examinar la regulación que rige sobre los cuerpos y la sexualidad. Nos permite ver dos formas y posibilidades de *deber ser* (masculino – femenino), de esos dos únicos polos identificables (varón-mujer) y una única forma de relación posible, sustentada en una inequidad de poder. Es decir, todo lo que no responda a ese sistema va a ser violentado, y el funcionamiento que se propone dentro del sistema establece violencias en los modos de relación. Por lo tanto, como podemos ver, las violencias establecidas en la norma de género son múltiples. Actualmente, se vislumbra en singular, para evidenciar el desbalance de poder que se manifiesta en la relación del hombre y lo masculino por sobre la mujer y lo femenino dentro de la sociedad patriarcal. Durante este apartado al hablar de violencia de género nos remitiremos a esa zona del análisis.

El concepto de violencia de género potencia el espectro de análisis de la noción de “violencia hacia las mujeres”, ya que al utilizar esta última, ponemos el foco sobre a quién afecta la violencia, la punta del iceberg, sin señalar explícitamente las formas en las que emerge la misma. De esta manera, se reafirma la categoría biológica de mujer que se emite desde la norma sexual y no se problematiza la biología misma, es decir, parecería ser que sufren violencia por ser mujeres y no por el lugar que la sociedad delimita para las mujeres y lo femenino. Al hablar de violencia de género, en cambio, estamos denunciando la jerarquía sexo-genérica, que se expresa como una violencia que reciben las mujeres, exponiendo el lugar de dónde surge, y por lo tanto se pone en evidencia la posibilidad de un trabajo para modificar esa realidad.

Esta violencia es estructural, porque remite a atributos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre las categorías antes mencionadas; y es instrumental, porque la violencia es la forma misma en la que se afianza dicho dominio. Esto permite poder examinar los casos desde una distancia en la que las particularidades son volcadas dentro de los efectos colectivos y sociales, y queda expuesta la implicancia social de lo personal. Lo personal es político

...es el eslogan emblemático de los diversos movimientos de liberación de las mujeres, nacidos en los años sesenta (...) El saber feminista designa todo un



trabajo histórico, efectuado desde múltiples tradiciones disciplinarias (historia, sociología, literatura, ciencia política, filosofía, ciencias biomédicas, etc.); trabajo de cuestionamiento de lo que hasta entonces se mantenía por lo común fuera de lo político: los roles de sexo, la personalidad, la organización familiar, las tareas domésticas, la sexualidad, el cuerpo...Se trata de un trabajo de historización y, por lo tanto, de politización del espacio privado, de lo íntimo, de la individualidad; en el sentido de que vuelve a introducir lo político, es decir, relaciones de poder y por tanto conflicto, allí donde uno se atenía a las normas naturales o morales, a la materia de los cuerpos, a las estructuras psíquicas o culturales, a las opciones individuales. (Dorlin 2009)

Y es desde posicionamiento que esas violencias empiezan a poder ser pensadas en los dispositivos de salud, como un grave problema de salud pública.

Es importante recordar que si bien este concepto sirve para quitar la lupa de las particularidades, para lograr detectar el entramado cultural en el que sostienen estas violencias y sacarlas del ámbito de lo privado, posteriormente, se debe evitar caer en la generalización de pensar a todos los varones e identidades masculinas como agresores, por un lado, y a las mujeres e identidades femeninas como víctimas, por el otro. Asimismo, se debe sumar a este espectro de análisis el cruce con otras categorías como lo son, por ejemplo, la raza, la clase, la identidad sexual y otros factores que entran en juego en el momento de la sociabilización, y que generan distintas situaciones de vulnerabilidad.

Luchar contra el patriarcado

Resulta necesario realizar una breve aproximación al término *patriarcado*:

En su sentido literal significa gobierno de los padres. Históricamente el término ha sido utilizado para designar un tipo de organización social en el que la autoridad la ejerce el varón (...) El poder en el patriarcado puede tener origen divino, familiar o fundarse en el acuerdo de voluntades (...) Gerda Lerner lo ha definido en sentido amplio como “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general”. María Milagros Rivera Garretas señala como estructuras fundamentales del patriarcado las relaciones sociales de parentesco y dos instituciones muy importantes para la vida de las mujeres: la heterosexualidad obligatoria y el contrato sexual. (Fontanela, Marta Amanda: “Patriarcado”, en Gamba 2009: 258)

Vamos a detenernos en la noción de *heterosexualidad obligatoria*, según la define Monique Wittig:



La ideología de la diferencia sexual opera en nuestra cultura como una censura, en la medida en que oculta la oposición que existe en el plano social entre los hombres y las mujeres poniendo a la naturaleza como su causa. Masculino/femenino, macho/hembra son categorías que sirven para disimular el hecho de que las diferencias sociales implican siempre un orden económico, político e ideológico. (...) Es la opresión la que crea al sexo, y no al revés. Lo contrario vendría a decir que es el sexo lo que crea la opresión, o decir que la causa (el origen) de la opresión debe encontrarse en el sexo mismo, en una división natural de los sexos que preexistiría a (o que existiría fuera de) la sociedad. (...) la categoría de sexo es una categoría política que funda la sociedad en cuanto heterosexual. En este sentido, no se trata de una cuestión de ser, sino de relaciones (ya que las “mujeres” y los “hombres” son el resultado de relaciones). (...) la categoría de sexo es la categoría que establece como “natural” la relación que está en la base de la sociedad (heterosexual), y a través de ella la mitad de la población –las mujeres- es “heterosexualizada” (...) y sometida a una economía heterosexual. La categoría de sexo es el producto de la sociedad heterosexual que impone a las mujeres la obligación absoluta de reproducir “la especie”, es decir, de reproducir la sociedad heterosexual. La obligación de reproducción de “la especie” que se impone a las mujeres es el sistema de explotación sobre el que se funda económicamente la heterosexualidad. (Wittig 2010)

Retornemos ahora al término patriarcado:

La forma de entenderlo como poder de los padres llega hasta la modernidad, cuando el ascenso de una nueva clase, la burguesía, necesita dar otro fundamento al ejercicio del poder para adaptarlo a los cambios producidos. Este nuevo fundamento es el pacto o acuerdo social, mediante el cual se organiza el patriarcado moderno. (...) Algunas autoras consideran que, en la constitución del patriarcado moderno, los varones también pactan su poder como hermanos (...) Con la formación de los Estados modernos, el poder de vida y muerte sobre los demás miembros de una familia pasa de manos del pater familias al Estado, que garantiza principalmente a través de la ley y la economía la sujeción de las mujeres al padre, al marido y a los varones en general, impidiendo su constitución como sujetos políticos. (...) [Kate Millet] se refiere a las relaciones sexuales como relaciones políticas, a través de las cuales los varones dominan a las mujeres. (...) Anna Jonásdóttir plantea el problema básico de este sistema como “una cuestión de lucha de poder sociosexual específica, una lucha sobre las condiciones políticas del amor sexual”. (...) Lidia Falcón considera a las mujeres como clase social y económica (...) En términos generales, el patriarcado puede definirse como un sistema de relaciones sociales sexopolíticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurada por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva, y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, sea con medios pacíficos o mediante el uso de violencia. (Fontanela, Marta Amanda: “Patriarcado”, en Gamba 2009: 258)



Como toda herramienta discursiva, el término patriarcado tiene sus limitaciones. Algunas autoras (Gayle Rubin, Sheila Rowbotham, entre otras) resaltan al menos tres. La primera limitación es que realiza un proceso mediante el cual vuelve a reafirmar el binomio (varón-mujer) retornando a una dimensión biológica. En segundo lugar, al ser tan dicotómico posiciona a todos los varones de un lado, a las mujeres del otro e imposibilita encontrar matices y reconocer los trabajos conjuntos. Gayle Rubin plantea la posibilidad de hablar de *sistema sexo/genérico* como una noción más abarcativa que permite un análisis más extenso, aunque no debemos perder de vista en esta noción la fuerte dicotomía que realiza entre sexo y género. Por último, la noción de patriarcado funciona de una forma totalizante y limita una crítica histórica que permita vislumbrar los avances que las mujeres han conseguido con sus luchas a través del tiempo.¹²

Esto no significa que debemos pensar que es un concepto obsoleto o que no responde a un análisis actual, por el contrario, podemos considerar que es muy útil para una parte del análisis.

Al hablar de patriarcado existe también siempre el riesgo de asumirlo como si fuera una entelequia, como algo extremadamente abstracto, que no permite vislumbrar la normalización sobre los cuerpos, sus formas de relación y su peso ideológico dentro de las culturas, las subjetividades y la cotidianeidad. Porque entonces pasa a ser “algo” a lo que le hablamos, con lo que nos enojamos, que está lejos (¿quién sabe dónde?) y, entonces, a qué nos referimos y qué estrategias se nos ocurren cuando esgrimimos: “¡Hay que luchar contra el patriarcado!”.¹³

El trabajo de investigación documental

Hacia fines del 2011, comienzo a investigar sobre la problemática dentro del ámbito de salud y a trabajar principalmente sobre los siguientes documentos:

¹² En este aspecto, *cfr.* Cháneton (2009).

¹³ Para profundizar sobre el término, *cfr.* Gargallo (2013). En este trabajo se plantea el cruce de lo que conocemos como patriarcado moderno con el patriarcado ancestral presente en las culturas nativas.



- *Guía de Atención de la Mujer Maltratada*. Elaborada por el Ministerio de Salud de Colombia.¹⁴
- *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Informe elaborado en Madrid en el año 2007 por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS.¹⁵
- *Estudio Multipaís de la OMS [Organización Mundial de la Salud] sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica*. Elaborado por un Comité Internacional.¹⁶
- Informes de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) que pueden encontrarse agrupados en el trabajo publicado en 2013: *Violencia contra las Mujeres en América latina y el Caribe. Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*.¹⁷
- *Violencia contra la Mujer en el Ámbito Doméstico*. Indeso-Mujer: Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer. Rosario, Argentina, Año 2004. Indeso Mujer es una Asociación Civil sin fines de lucro, fundada en Rosario en el año 1984 con el objetivo de trabajar por la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y el reconocimiento de sus derechos.
- “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer”. Belém Do Pará, Brasil, 1994.¹⁸
- *Ley de Protección Integral a las Mujeres*, N° 26485.¹⁹

¹⁴ Disponible *on line*: <http://es.scribd.com/doc/63348361/Guia-de-Atencion-de-la-mujer-maltratada-Colombia>

¹⁵ Disponible *on line*: http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun_violenciagenero.pdf

¹⁶ Este y otros trabajos están disponibles en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/es/>

¹⁷ Disponible *on line*: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1505&Itemid=1519&lang=en

¹⁸ Para leer las resoluciones de la Convención, puede visitarse la página web del Consejo Nacional de Mujeres: <http://www.cnm.gov.ar/LegInternacional/LegislacionInternacional.html>

¹⁹ Publicada en el *Boletín Oficial* del 14 de abril de 2009. Para conocer más sobre esta Ley, véase: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>



Aunque ya tiene varios años (es de 1993), la definición de violencia contra las mujeres de la *Resolución* de la Asamblea General de Naciones Unidas²⁰ fue y es muy importante porque marcó el inicio de uno de los compromisos a nivel internacional por parte de los Estados sobre la problemática. Se la define de la siguiente manera:

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

Esta definición afirma esta violencia como una violación de los derechos humanos y a las libertades fundamentales, sea que se la considere en el marco familiar, de la comunidad, o ejercida por el propio Estado.

La violencia no sólo puede ser física, es decir, ejercida a través de un uso deliberado de fuerza: golpes, cortes, empujones, escupidas, etc.; también puede ser psicológica y afectar la integridad emocional, mediante amenazas, agresiones verbales, la manipulación y el control a través de los celos, persecuciones, humillaciones, el ejercicio de sometimiento, la culpabilización, la privación de la libertad, entre otras acciones posibles. Asimismo, puede ser sexual, mediante acoso, intimidaciones, agresiones que se impongan y no respeten la posibilidad de consentir libremente, es decir, obligando a tener relaciones sexuales o realizar prácticas que la mujer no desea, etc. Finalmente, puede ser económica, a través del control de los ingresos, impidiendo que la mujer pueda trabajar o tomar decisiones, limitando el acceso, vigilando los gastos y utilizando este factor como amenaza.

En los materiales antes mencionados se exponen tratados y convenciones a partir de los cuales se han diseñado dispositivos en el ámbito de la Salud. Destacan la importancia de los servicios de salud como actores fundamentales, para resolver estas situaciones. Dado que todas las personas en algún momento de sus vidas, por diversas situaciones, toman contacto con el sistema de salud, en

²⁰ Para más información visitar: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm



esos lugares deberían poder ofrecerse recursos, que puedan permitir el punto de inflexión para un cambio.

Los dispositivos instan a generar una respuesta integral, obran para sensibilizar al personal de salud sobre la temática, con el objetivo de eliminar prejuicios tales como “esta situación es personal”, “si se queda en esta situación es porque le gusta”, “este es un problema legal, no me corresponde intervenir”. Se intenta destacar el importantísimo valor de un espacio de diálogo, estimular la escucha empática que evite revictimizar y ejercer violencia desde el seno de las instituciones, ya que el silencio forma muchas veces parte del sostén de la violencia.

En estos trabajos, se desestiman muchos mitos: se reconoce que el consumo de alcohol y drogas aumenta la violencia, pero no son los generadores de la misma. Se desechan ciertas características psíquicas de las mujeres como generadoras de las situaciones de violencia y se las desarrolla como consecuencia de éstas. Se descarta la idea de que toda persona que sufrió violencia, sobre todo durante la infancia, perpetuará indudablemente esa violencia en su vida adulta, y se establece, de esta manera, que la biografía no es destino. Se niega que el problema de la violencia afecta mayoritariamente a los grupos enmarcados como clase social “baja”, dado que la violencia de género, entre otras cuestiones, no entiende de clases.

Otro mito interesante de analizar es la consideración de la violencia de género como una situación que no existía años atrás, como si fuera algo que emerge en los últimos tiempos. Aunque el término pueda ser asumido como “moderno”, la problemática denunciada desde distintos enfoques, es bastante “antigua”. Se asume que ahora hay cada vez más casos sin pensar que probablemente este incremento esté relacionado con su difusión y la de los nuevos recursos y sistemas de contención; y también, en gran medida, con la sensibilización que permite ver y desnaturalizar aquello que no estaba asumido.

Otro planteo común es que “la sociedad” se ha vuelto violenta en general. Más allá de que esto pueda o no ser cierto, este discurso tiende nuevamente a correr el foco y a invisibilizar las pautas culturales que sostienen la jerarquía sexogenérica y su desarrollo histórico.



Las distintas leyes hablan de la responsabilidad del personal de salud de denunciar los delitos, de auxiliar y colaborar. Además, se señala que todo aquello que el personal de salud relate en la historia clínica sirve de prueba en el caso de que los pacientes inicien un proceso legal.

Aparece en estos materiales la necesidad de poder plantear a la violencia como un proceso. Muchas veces se malinterpreta la empatía, que significa intentar percibir lo que el otro siente, y se realizan juicios de valores tales como: “A mí eso no me podría pasar porque si me gritara o me hubiese pegado ya me habría ido”. Comentarios como este pierden de vista que la violencia no irrumpe de un día para el otro, es un proceso, y en ese tipo de prejuicios se piensa al otro recortadamente, desde los recursos propios y personales.

La psicóloga norteamericana Leonor Walker en 1978 expuso una dinámica del proceso de violencia, que tal vez pueda parecer caduco en la actualidad; sin embargo algunos elementos de lo que ella engloba en tres fases cíclicas puede apreciarse en algunos casos: la primera es la fase de acumulación, la segunda la de explosión/agresión y la tercera es la de la calma o reconciliación. Hay otra forma llamada “forma moderada de violencia” en la cual persiste una situación de frustración constante y amenazas, con escasos momentos de explosión y agresión.

Retomando el concepto de empatía, me gustaría aclarar que no significa tener una apertura para ver la situación en que se encuentra ese otro, sino que es una capacidad cognoscitiva que nos invita a salir del propio centro para colocarnos en el del otro, sentir lo que siente y dejarnos transformar por la experiencia. Muchos autores hablan de zambullirse en el otro, sin ahogarse.

En los documentos mencionados, por último, se exponen las consecuencias de esta violencia en las distintas dimensiones de la persona, como en los demás integrantes de las familias y en la sociedad misma. Y finalmente la fatalidad, el femicidio como la mayor expresión de la violencia de género.

Los dispositivos invitan al personal de salud a las siguientes acciones: formarse y sensibilizarse, estar alertas, preguntar, ofrecer, registrar, ayudar, informar y asesorar, derivar, coordinar, realizar seguimientos e investigar.



El desarrollo del trabajo en el Hospital: la delimitación de las propuestas y la conformación del Comité

Elaboré en esos meses un Proyecto que fue presentado a la Dirección del Hospital. Luego de ser analizado, se me sugiere reevaluarlo junto a Valeria Bergamasco, trabajadora social, la cual comparte conmigo distintas estrategias de abordaje que desde el servicio de Trabajo Social se aplicaron dentro de la institución con respecto a la problemática. Continuamos trabajando sobre el Proyecto y lo presentamos nuevamente con las siguientes propuestas:

PROPUESTAS INTERNAS

A) Dentro del Servicio de Atención de Emergencia Primaria:

- La implementación de una guía instructiva para la atención de mujeres víctimas de violencia de género por parte de los médicos y enfermeros de A.E.P.
- Reunión para la presentación al personal de A.E.P de la guía de atención, que incluirá información legal, aspectos relacionados con la sensibilización sobre el tema, formas de detección ante el ingreso de mujeres víctimas de violencia, distintos procedimientos de trabajo fuera del hospital, etc.
- La colocación de material visual en los consultorios externos de la guardia, en el área de Triage y Críticos. Con información sencilla y básica.
- La implementación del registro epidemiológico de casos, que permita realizar un diagnóstico de situación. Contando para ello con el personal idóneo en la materia: Servicio de estadística.
- La entrega de un material explicativo a modo de folleto a las pacientes con la información pertinente acerca de los lugares de la red a los que puede acudir en caso de necesidad.

B) Entre los distintos servicios de la institución:

- La realización de interconsultas a los servicios de Salud Mental y Trabajo Social, como parte del proceso de atención en salud de las pacientes que ingresan con esta problemática.

PROPUESTAS EXTERNAS

C) Entre la institución y las organizaciones extra hospitalarias:

- Lograr que el equipo de atención articule los medios necesarios para referenciar los casos a los centros de salud, a fin de alcanzar el seguimiento y acompañamiento del proceso de atención que se inicie en el hospital.
- Lograr que el destacamento policial de la institución, policía de la mujer u otras entidades pertinentes asienten la denuncia en caso de que la paciente quiera efectuarla.
- Articular un proceso conjunto con las distintas áreas que trabajan la temática a fin de que se prioricen aspectos relacionados con el seguimiento legal de los casos.



El director del hospital, Néstor Marchetti, junto a la Subdirectora evalúan el material y recibimos la invitación a formar un Comité interdisciplinario. Quiero resaltar además que Sandra Suarez, a cargo del área administrativa, también hacía varios meses estaba interesada en mejorar la calidad de atención de los pacientes en situaciones de violencia y reclamaba la existencia de un grupo de trabajo. El Comité queda conformado por representantes de las siguientes áreas:

- Atención al usuario: Zulema Sales.
- Trabajo Social: Zulma Yorie, Valeria Bergamasco; se suma posteriormente al ingresar al hospital Adriana Frascoli -Jefa de dicho sector-.
- Enfermería: María Angelina Barbarich (a cargo de la Subdirección), Susana Quiroga y Olga Camponovo (Supervisoras de Enfermería). Actualmente se suma Liliana Cabrera (Jefa de Enfermería de la Unidad de Quemados). Y quien escribe este trabajo.
- Medicina: Néstor Marchetti (Director del Hospital), Claudia Fontanellas (Médica de A.E.P), Guillermo García (Coordinador de A.E.P). Actualmente se suma Ariel Talarn.
- Psiquiatría: Claudia Cinelli.
- Administración: Sandra Suarez.
- Psicología: Comienza participando Armando Coll, luego se suman Gabriela Gastaldi y Ariel Martello.
- Legales: Susana Pessuto (Abogada).

Comenzamos a reunirnos quincenalmente y a debatir los casos de los que teníamos conocimiento, a evaluar los insumos personales y a delimitar el grupo de pacientes a los que el Comité iba a abocarse.

En esta instancia me son de mucha ayuda y comparto con el equipo dos libros de Susana Velazquez²¹: *Violencias y Familias* (2012) y *Violencias Cotidianas, violencia de Género* (2003).

La autora, retomando -entre otros- los trabajos de Eva Giberti (2008), plantea los recortes que se producen en la utilización de los distintos términos que empleamos para abordar las violencias, a las cuales ella escoge nombrar en plural para no reducir en complejidad, ya que la violencia no es sólo física, también es

²¹ Susana Velazquez es licenciada en Psicología y psicoterapeuta, docente universitaria especializada en el área de violencia. Realiza capacitación y asesoramiento a profesionales, grupos e instituciones y presta asistencia psicoterapéutica a mujeres afectadas por la violencia y a su entorno familiar y social.



económica, sexual y psicológica. Al reducir la violencia a lo físico, queda implícito el modelo biologicista que tanto arrastramos en salud.

Ninguna forma de nombrar las cosas es ingenua y azarosa. Al delimitar a través de la palabra, ponemos en juego sentidos y dimensiones políticas. Es importante revisar en dónde ponemos el foco y sobre todo, aquello que siempre queda oculto:

En esas denominaciones, ya sea por un afán totalizador o por una necesidad de economía del lenguaje, se utilizan expresiones que, por un lado, se refieren a algo visible, en este caso el tipo de violencia, pero también a sus ocultos; quién, cómo y, sobre todo, por qué la ejerce. Siguiendo las ideas de Molina Navarrete, podemos señalar que la interdependencia entre el lenguaje y la realidad manifiesta ciertas omisiones de sentido que no dan cuenta totalmente de cómo son las cosas. De alguna manera, esas omisiones restringen el verdadero significado de las violencias al buscar su etiología en problemas individuales o emocionales de las mujeres y los varones, y así quedan invisibilizadas por medio de un límite discursivo las relaciones sociales de dominación masculina y de subordinación femenina presentes en los acontecimientos violentos. Uno de los rasgos de la utilización de estas categorías lingüísticas consiste en que se tienda, sutilmente, a culpabilizar a la mujer. (Velázquez 2012)

Algunas preguntas iniciales del Comité

¿Violencia Familiar?

Susana Velázquez, en el trabajo recién referido, señala que, al utilizar la noción de violencia familiar, el primer obstáculo en aparecer es que se habla de *familia* en singular. Se entiende a ésta desde el concepto de “familia tradicional nuclear” (asumida subjetivamente como normal, convencional, preferible y sana) y se pierden de vista y deslegitiman otros modelos de familias como la extensa, monoparental, ensamblada, homoparental, etc. Por eso ella propone hablar de familias en plural.

Sugiere además que al analizar las familias nucleares (con sus también respectivas variantes) no deben perderse de vista los distintos roles y situaciones de poder que se sostienen; por ejemplo, el varón suele ser visto como la autoridad que toma las decisiones y quien provee las necesidades económicas. Estos roles han cambiado y mucha tensión puede traducirse en violencia ante estos cambios,



ya que la violencia puede darse en la puesta en escena del estereotipo, o por el rechazo de vivir como el estereotipo manda (surgen distintas violencias como modo de control/sanción/control).

En referencia a esto, me gustaría compartir un extracto de una entrevista al psicólogo Michael Kimmel:

Quando entrevistas a hombres que han pegado a una mujer, o la han violado, o han llegado a darle muerte, hablan de desquitarse o vengarse: “Ella no hizo tal cosa, o sea que me las pagará”; “se suponía que tenía que hacer lo otro pero no lo hizo, o se que le demostré quién manda”. Los hombres creen que tienen derecho a tener poder pero sienten que no lo tienen. El feminismo ha intentado analizar esta cuestión y ha explorado por qué los hombres sienten que están en posesión de este *falso* derecho hasta el punto de creer que la discriminación positiva significa discriminación contra ellos. La violencia no solo proclama la masculinidad, también la restaura. En los casos de ausencia de poder, la masculinidad está de alguna manera dañada y la violencia se utiliza para recuperarla, para restaurarla y reclamarla. (En: Carabí y Armengol 2008)

Volviendo a la familia nuclear, es importante poder considerarla con todas sus implicancias sociales, económicas e históricas. Tal vez este sea el aspecto analítico más fructífero para comenzar a deconstruirla y problematizar su idealización dentro de la subjetividad colectiva y el proceso de naturalización de los roles que sostienen la jerarquía sexo-genérica (y sus respectivas presiones, delimitaciones y violencias), ya que en la familia se generan los primeros aprendizajes de los roles de género. Usualmente se consideran estos planteos algo vetustos, cuando se observa, por ejemplo, que los jóvenes eligen menos la institución del matrimonio que la convivencia “en pareja”. Pero muchas veces estos roles, con algunas variantes, siguen respondiendo a los viejos modelos (han mutado pero lejos están de desaparecer). Incluso, suelen acentuarse ocasionalmente ante el nacimiento de un hijo, en el cual vuelve a ponerse en práctica la dinámica de la familia nuclear, que sigue funcionando como un arquetipo de felicidad seguro al cual retornar, ya que está grabada a fuego dentro de nuestras subjetividades y gran parte de su sostén radica en que no nos permite pensar otros modos de vinculaciones afectivas.

Sigue siendo complejo también desanudar el modo en el que la norma se entrelaza (¿o se funde?) con el deseo, ejerciendo una fuerte presión sobre las mujeres acerca de lo que se continúa considerando como su mayor realización: la



maternidad. Cuando se piensa en la mujer “actual” se pueden escuchar frases como: “las cosas cambiaron, ahora las mujeres ya no se quedan en la casa”. Esto ha sido logrado gracias a las luchas de las propias mujeres y ha resultado liberador para ellas, pero es preciso no desatender el modo en que el mercado ha confiscado estos derechos en su propio beneficio. Además, continúa habiendo grandes diferencias sobre todo en el acceso a los cargos jerárquicos y en el sueldo percibido, áreas en las que los varones suelen llevar la “delantería”. Sigue presionando sobre las mujeres el trabajo reproductivo y sobre los varones el trabajo productivo. Y si bien se puede considerar un espacio ganado, las mujeres no por esto han logrado que las tareas domésticas y el cuidado de lxs hijxs sea compartido por los varones. Es decir, muchas veces al trabajo doméstico (que continúa sin ser reconocido como tal) se suma el trabajo fuera de la casa. Y esto sigue estando presente en las “familias modernas”: el cuidado de lxs niñxs, las tareas domésticas y el cuidado de lxs enfermxxs sigue representando una responsabilidad entendida como exclusivamente de las mujeres. Según la encuesta del INDEC del tercer trimestre del año 2013 sobre trabajo no remunerativo y uso del tiempo, la tasa de participación de los varones en estas tareas es de un 58,2% y de las mujeres de un 88,9%, y en cuanto a las horas de tiempo que le dedican, el promedio de los varones es de 3,4 horas y las mujeres de 6,4 horas.²²

Otro obstáculo de la noción de la violencia intrafamiliar es que todxs tenemos internalizada la noción de que la familia es un lugar cálido que nos brinda el afecto, la contención y el sostén para desarrollarnos y, muchas veces, estas ideas no nos permiten aceptar y poder pensar que en las familias pueden existir hechos de violencia.

Además, al hablar de violencia familiar se invisibiliza al agresor, a quien ejerce la violencia, y parecería que se habla de una familia en la cual todos sus miembros son violentos. Así, se pierden de vista las distintas formas en que esa violencia afecta a cada miembro y se convierte en una noción que homogeneiza.

²² Para mayor información, consúltese el artículo completo en el sitio web del Ministerio de Trabajo, llamado *Indicadores más relevantes de la inserción de mujeres y los varones en el mercado de trabajo*: http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703_brochure.pdf



Un proceso similar sucede con la llamada “violencia conyugal”, con la “violencia marital” o los “noviazgos violentos”. De este modo, queda en evidencia por qué hablar de violencia familiar resulta impertinente.

¿Violencia Doméstica?

El término violencia doméstica tiende a referirse a situaciones que ocurren dentro del hogar, y por lo tanto reducen la problemática al lugar donde suceden. Circunscriben las violencias al ámbito privado e íntimo, en el cual parecería que nadie debe intervenir. “Los trapos sucios se lavan en casa”, suele decirse, y esa “casa” funciona como un lugar donde la violencia debe permanecer en secreto, contenida por las cuatro paredes. Cuando pensamos la violencia desde este lugar no la exteriorizamos como un grave problema de salud pública en el cual el Estado debe y puede también brindar respuestas.

¿Por qué hablar de Situación?

Susana Velázquez, retomando el trabajo de Héctor Fiorini²³, propone hablar de “situación”. Como ya mencionamos, solemos subestimar la fuerza de las palabras. Cuando hablamos, por ejemplo, de una mujer que sufrió una agresión sexual y decimos “mujer violada” estamos totalizando a esa mujer en la palabra que la describe. Si en cambio utilizamos el término “mujer en situación de agresión sexual” la violencia a la que fue sometida pasa a ser sólo una característica que afecta a su persona, y la noción de situación nos permite pensar un antes, un durante y un devenir (incierto), un momento futuro en el que esa mujer haya podido superar esa situación. Muchas veces, escuchamos de personas víctimas de agresiones sexuales frases como: “Yo no soy una víctima, soy un/una sobreviviente”, y esto se conecta con la posibilidad de poder superar el hecho, de verlo con dinamismo, de no quedar presas del determinismo de una palabra que no permite transición sino destino. Es la voz de las personas leídas socialmente como víctimas, clamando por dejar de ser asumidas como tal.

²³ Se trata del libro de este autor *Estructuras y abordajes en psicoterapias* (1984).



Este tipo de enfoque nos ayuda también a despojar a lxs pacientes de los distintos estereotipos, ya que nos invita a abordar al sujeto con todas sus particularidades, junto a las peculiaridades de la situación.

Es por esto que el equipo toma el nombre de: “Comité para la Atención de Pacientes en Situaciones de Violencia”. Igualmente, es preciso aclarar que continúan existiendo, dentro del equipo, ciertas discrepancias teóricas y algunxs miembros asumen al mismo como un Comité de Violencia Familiar. Lo mismo surge al volcar los datos en la planilla virtual, en la que algunxs creen que un caso debe ser de violencia de género o de violencia familiar (es decir, se debe encuadrar en una casilla o en otra), y esto impide poder pensar la complejidad de las situaciones y los distintos cruces, ya que en muchos casos estos casilleros se entrelazan y existe una violencia de género que se enmarca dentro del grupo familiar o afectivo. También por una economía del lenguaje la mayoría de lxs colegas que mencionan al equipo suele hacerlo como “El Comité de Violencia”. Personalmente, a pesar de que el nombre del Comité pueda parecer excesivamente largo, y debido a todos los argumentos antes expuestos, me parece necesario continuar sosteniéndolo, porque en la explicación de la elección del nombre, comienza el trabajo de sensibilización.

¿Sobre qué grupo de personas vamos a trabajar entonces?

Mi interés particular era trabajar la violencia de género, con la intención de saldar una vieja deuda al ingresar la perspectiva de género y crear una oferta dentro del ámbito de salud. Muchas veces recibí de mis compañerxs de trabajo la pregunta: “¿Y los varones víctimas de violencia?”, “¿Violencia de género no significa tanto del género femenino hacia el masculino, como del masculino hacia el femenino?”.

Al utilizar como herramienta la perspectiva de género (que, como se mencionó, es un enfoque de análisis a través del cual se exploran las categorías de género, su historia, su desarrollo y puesta en escena), podemos ver que la noción de violencia de género denuncia la violencia que surge del desbalance de poder relacional entre el varón y lo masculino por sobre la mujer y lo femenino dentro de las sociedades patriarcales, y que, por lo tanto, se sostiene y expresa en



esa dirección. No plantea un escenario de violencias de géneros (entre los géneros o entre congéneres) porque lo que denuncia es aquello que surge de la inequidad.

No se pretende negar que existan varones en situación de violencia, ejercida entre varones o por mujeres. La denuncia del concepto de violencia de género es otra, y el marco en el que se aplica es en una dimensión macro, en donde además la cifra de denuncias por violencia y los femicidios resultan abrumadoras. Tal como plantea Raquel Osborne:

Sería interesante poder analizar la violencia entre los varones ya que estos se agraden mucho entre sí. Es lo que se ha dado a llamar “violencia recíproca”, ejemplificada por la rivalidad entre hermanos o entre padre e hijo, y que tiene su refrendo social en rituales o situaciones como los deportes y la guerra. A nuestros efectos, el rasgo principal es que, en la violencia recíproca, los dos términos de la confrontación, sujeto y objeto de la violencia, se hallan en un plano de igualdad de género, es decir que es una violencia entre pares. (Osborne 2009)

Por esto podríamos decir que el varón en situación de violencia no sufre violencia de género, porque esa violencia no forma parte de pautas culturales normalizadas en la socialización del género. Con esto no se quiere decir que los varones no deban recibir atención, por el contrario, deben ser abordados y recibir toda la ayuda necesaria, pero no encuadran dentro del marco de la violencia de género. Este “pobre concepto” no solo tiene dificultades de aceptación y genera desconfianza, sino que además se le demanda que sea inclusivo cuando, en realidad, está basado en una inequidad. Sí me gustaría expresar que esos varones son víctimas de la opresión de la socialización del sexo y del género que espera de ellos la puesta en escena estereotipada de rasgos tradicionalmente adjudicados como masculinos, por ejemplo, la fortaleza, la virilidad y la seguridad. Rasgos que al momento de reconocer la situación de violencia terminan siendo un obstáculo y hacen muchas veces que por miedo a la burla o la incompreensión social que sostienen y reproducen estos estereotipos, no busquen algún tipo de ayuda.

Por lo antes expresado, se propuso que la prioridad debía ponerse en la violencia de género utilizando el enfoque epidemiológico de riesgo que es no



igualitario ya que prioriza los recursos hacia los grupos más necesitados, llamados vulnerables (aunque se deba evitar, al utilizar este término, generar algún tipo de estigmatización), y se hace imprescindible recordar que son grupos “en riesgo” y no “de riesgo”. En mi propuesta, la orientación y la prioridad debía realizarse ante todo sobre la violencia de género, no como un modo de negar o restringir la atención a otras personas, sino como un punto de partida en el enfoque del Comité.

No fue fácil delimitar el grupo de atención, ya que existían muchos factores (que fueron antes desarrollados) a tener en cuenta. El equipo decide centrarse en los vínculos desde dónde emerge la violencia y, luego de un arduo debate, resuelve que estratégicamente va a concentrar la atención en:

- Personas en situaciones de violencia que sean producidas por sus vínculos o lazos afectivos y familiares (actuales o pasados).
- Personas víctimas de agresiones a la integridad sexual.

Si bien, personalmente, en un principio tenía ciertas dudas sobre esta elección, con el correr del tiempo pude comprobar que, si planteábamos inicialmente como grupo de atención sólo a las personas afectadas por la violencia de género, íbamos a encontrarnos con una mayor resistencia, sobre todo al no ser esta categoría ampliamente comprendida y difundida dentro del imaginario social.

Aun cuando las agresiones sexuales forman parte de la violencia de género, y en su mayoría las víctimas son mujeres, el kit para la atención de víctimas de agresiones sexuales debía ser implementado en la atención de todas las personas. Si se hacía este recorte podían generarse confusiones, y no tenerlo presente para la atención de otras identidades agredidas sexualmente.

Plantear la situación de violencia de género genera grandes resistencias, ya sea por desconocimiento o, mayoritariamente, por prejuicios (y lo pudimos evidenciar en las charlas de sensibilización). Habitualmente al desarrollar nociones sobre violencia de género, en lugar de poder pensar la realidad de las situaciones a través de este marco conceptual, lo que el personal de salud solicita es una



definición enciclopédica e intenta ver si cada paciente encaja o no en un rígido casillero estándar.

Si utilizábamos violencia doméstica, caíamos en un retroceso al arrojar las situaciones al ámbito privado. Si planteábamos la situación de violencia familiar volvíamos a invisibilizar al agresor y el lugar desde donde la violencia emerge, lo cual dejaba afuera también aquellas mujeres que son agredidas por sus ex parejas.

Con el transcurso del tiempo pude ver que dentro del grupo definido, en lo concreto (puede analizarse en las cifras de atenciones), lo que mayoritariamente se están abordando son mujeres en situación de violencia de género, a tal punto que el personal de salud ha asumido consuetudinariamente que el dispositivo es para personas en situación de violencia de género, violencia familiar y agresiones sexuales. Por lo tanto, a pesar de las críticas que puedan efectuarse a la delimitación del grupo de atención, lo importante es que está operando la oferta de un recurso de salud para personas en situación de violencia de género.

Las conexiones extra-institucionales

El grupo se reúne con:

- Mercedes Simoncini. Trabajadora Social del entonces “Área de la Mujer” de la Municipalidad de Rosario.
- La Jefa a cargo de la Comisaría de la Mujer.
- El personal a cargo del destacamento policial de la Institución.
- Alicia Jiménez, abogada del Hospital Víctor J. Vilela, quien comparte con nosotrxs la experiencia del grupo de atención al maltrato infantil (GAMI) en dicha institución.
- El Dr. Guillermo Corbella a cargo de la Fiscalía de Violencia Familiar, con el cual tuvimos una reunión en Tribunales a la que asistió nuestro director y en la cual acordamos espacios de trabajo conjunto.



- Analía Aucía, abogada de la Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia, quien nos proveyó de insumos teóricos y asesoría en varias ocasiones, sobre todo referidas a casos de agresión sexual.
- Lautaro Dana, de la Dirección Provincial de Niñez, Adolescente y Familia.
- Julia Villa, Directora de Mediación de la Municipalidad de Rosario.
- La fiscal Mariana Prunotto, con quien nos hemos reunido recientemente para adaptar algunos lineamientos acordes al nuevo sistema penal.
- La Red de Mujeres del Distrito Sudoeste, con quienes participé en una de sus reuniones. Este grupo se reúne semanalmente en el distrito y ofrece un espacio de diálogo y asesoramiento para víctimas de violencia familiar

A partir de estos contactos, iniciamos el desarrollo de un dispositivo de actuación con la intención de que comenzara a ser utilizado en el Área de Atención Primaria, a la cual se considera la puerta de entrada de las personas, y orientado a todo el personal.

El Dispositivo de Atención

El dispositivo debe ser utilizado por todo el personal de la Institución y consta de los siguientes pasos:

1. Detección de las Situaciones de Violencia. En el momento de dialogar con la/el paciente es importante ver si se encuentra o no acompañadx y si tal vez es mejor pedirle al acompañante que salga unos minutos (sobre todo en casos en que pueda ser quien ejerce la violencia, o cuando la persona prefiera no hablar debido a su presencia) o puede ser que la/el paciente necesite o solicite estar acompañadx para sentirse contenidx. Debe tenerse en cuenta que muchas veces, por temores y amenazas, las personas no expresan la existencia de la situación en un primer momento, por esto es importante generar un espacio de diálogo y estar atentxs a aquella información que pueda surgir del relato de lxs pacientes. Es conveniente, cuando se explicita la situación de violencia, no realizar un interrogatorio y limitar los espacios en que la/el paciente deba narrar los hechos para evitar hacerle repetir varias veces su relato y revivir la



experiencia. Muchas veces en lugar de hacer numerosas preguntas es mejor preguntarle solamente qué es lo que desea compartir. Las posibilidades de detección son múltiples: puede ser que la persona que consulta explicita la situación de violencia (al inicio o en algún momento del proceso de atención), se le comenta entonces de la existencia del dispositivo de atención y de la existencia del Comité, sus recursos y la posibilidad de tomar contacto con el mismo. Puede ser que lo explicita su acompañante y entonces se decide junto a la/el acompañante el mejor modo de abordaje para realizar el ofrecimiento. O puede ser que exista una sospecha, por parte de la/el acompañante o de algún miembro del equipo de salud. Cada persona puede disponer de un tiempo distinto para poder expresar la situación, por esto frente a la sospecha se intenta realizar un abordaje por parte de alguno de los miembros del Comité para generar un espacio de diálogo y confianza, analizando todos los factores. Cabe resaltar que se realiza respetando siempre la decisión de lxs pacientes y sin invadir su intimidad. Aunque pueda sonar excesivo, al trabajar sobre aquellas situaciones que se presentan como dudosas, hemos podido tomar contacto y brindar asesoramiento a muchxs pacientes, que nos han expresado luego su agradecimiento. La sospecha puede ser desestimada o puede ser que se explicita la situación y nuevamente lo que se hace es realizar el ofrecimiento. En todos los casos sin importar la forma de detección puede ser que la persona acceda y entonces continúa el proceso de este dispositivo o puede ser que rechaza el mismo y entonces se respeta su decisión dejando abierta la posibilidad de contacto en otro momento, si lo llega a requerir. Fue muy importante comprometer en la detección a todo el personal. Muchas veces lxs pacientes refieren esta situación en la ventanilla de admisión, otras veces lo expresan en la entrevista y examen médico y otras veces lo hablan con el personal de enfermería. Y me parece interesante resaltar que lxs enfermerxs estamos las veinticuatro horas junto a la/el paciente; dado que los turnos cuentan con varias horas de contacto permanente, la/el paciente comparte tiempo con distintxs profesionales y, al iniciar la relación de cuidado, se generan espacios de diálogo que permiten la expresión de estas situaciones.



2. Entrevista - Examen físico – Registro - Actividades de rutina: Algunas pautas para tener en cuenta sobre la entrevista ya fueron desarrolladas en el apartado anterior, y este paso se marcó dentro del dispositivo para que lxs profesionales de salud comprendieran que en paralelo a la detección se deben realizar las tareas de rutina y las actividades que sean necesarias para brindar la atención integral de la/el paciente. También se insiste en la importancia de colocar en los registros todo aquello que la/el paciente refiere en relación a la situación de violencia, los datos del examen físico (si se requiere), y los pasos a seguir en el proceso de atención. Se agregó como una actividad de rutina la notificación a la vigilancia privada de la institución, para que estuviera alerta de los intentos de ingreso de lxs agresores y sus familiares, sobre todo durante los horarios de visita, por esto el personal de vigilancia, una vez notificado, le debe preguntar a la/el paciente quién desea que pueda ingresar.

3. Contacto con el Comité: durante el primer año y medio de trabajo aproximadamente, contamos con guardias telefónicas pasivas para asesoramiento las veinticuatro horas, hasta lograr que el personal consiguiera habituarse al manejo del dispositivo. Quien tomaba contacto con un caso de violencia podía realizar una llamada y armar junto a algún miembro del Comité una estrategia de abordaje. Actualmente, si algunx de lxs miembros está presente se puede realizar una consulta, pero la pauta formal es la notificación a través de la planilla de “Pacientes en situaciones de violencia”.

4. Registro en la planilla de “Pacientes en Situaciones de Violencia”. Se creó esta planilla y se encuentra en el área de Admisión de A.E.P., inicialmente, con la intención de poder realizar un seguimiento y un análisis epidemiológico. Posteriormente, al dar término a las guardias de asesoramiento telefónico sirvió de puente para comunicar los casos a los servicio de Trabajo Social y Salud Mental. Zulema Sales, quien se desempeña en la Oficina de Atención del Usuario, controla diariamente esta planilla y comunica a los miembros del Comité la existencia de algún caso. La planilla consta de: fecha, número de historia clínica, edad, género, centro de salud, distrito, motivo de consulta médica, persona que ejerce la violencia, intervenciones y destino. Actualmente,



nos encontramos trabajando en una planilla digital (con la colaboración del área de informática) para unificar el volcado de los casos.

5. Interconsulta al servicio de Salud Mental para la evaluación y contención psicológica si es requerida. E **Interconsulta al servicio de Trabajo Social**: el servicio realiza el asesoramiento y las articulaciones con las instituciones externas como Centros de Salud, Instituto de Violencia de Género, Fiscalía, etc. Estas interconsultas marcaron una importante ruptura en el modo de atención ya que pasaron de ser optativas a obligatorias. Las puede efectuar no sólo el personal médico sino también de enfermería (lo cual ya venía realizándose en otras áreas de la institución con pacientes en situación de adicción), y de este modo se valoriza la evaluación y diagnóstico de lxs profesionales de enfermería referidos a necesidades sociales y psicológicas. El abordaje de estos dos servicios, cuando es posible, se realiza en forma conjunta, evitando la exposición de lxs pacientes a relatar reiteradas veces y ante muchos profesionales la historia de violencia.

6. Resguardo: Este paso también marcó un cambio fundamental en la atención por parte de la institución. Se asumió el compromiso y se decidió la protección de lxs pacientes brindándoles la posibilidad de permanecer en la institución hasta que puedan acceder al contacto con los servicios antes nombrados y su externación sea hacia un sitio seguro.

7. Denuncia: el equipo de atención informa a lxs pacientes sobre el derecho que poseen de efectuar la denuncia y realiza el asesoramiento oportuno. Se debe comprender muchas veces que la denuncia no es un fin último al cual llegar o que delimite el “éxito” en la atención. Por el contrario, se lo entiende como otro eslabón de la estrategia, al cual muchas veces se llega luego de haber hecho todo un trabajo de contención y asesoramiento, y de conseguir articular los recursos que permitan brindar seguridad. Al iniciar nuestro trabajo nos encontramos con muchos escenarios conflictivos relacionados con este punto, ya que muchas pacientes, en su mayoría mujeres, nos contaban que ya habían realizado varias denuncias y eso no había modificado en nada su realidad. Otras nos referían que en muchas comisarías se negaban, dificultaban la radicación o en algunos casos se burlaban de su situación. También otrxs



pacientes nos comentaron que tenían miedo de pensar en efectuar la denuncia por las amenazas de quien ejercía la violencia. Inicialmente, intentamos trabajar para que las denuncias se efectuaran en las comisarías, pero luego de evidenciar varias situaciones de violencia institucional y obstaculizaciones, comenzamos a trabajar con los centros judiciales de denuncia y las fiscalías, que continuamente refieren las dificultades de sobre carga de demanda con la que cuentan y el escaso personal. Sin embargo, a pesar de estas dificultades, lxs pacientes nos han referido que han quedado conformes con la atención.

Aunque la implementación del dispositivo sigue encontrando algunos obstáculos, en gran medida ya se ha instalado en el hospital y se lo comprende como una política de la institución, que permitió un punto de inflexión en el modo de trabajo. Allí en donde no se contaba con ningún tipo de abordaje o propuesta, existe ahora un ofrecimiento por parte del sistema de salud.

Un capítulo aparte: Agresiones a la Integridad Sexual

Las violaciones sexuales son un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones, y a la sociedad en su conjunto. (...) El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual y es quien puede desarrollar estrategias que reduzcan los daños asociados a las violaciones. El sistema público de salud puede responder a un objetivo prioritario: la atención médica y psico-social de las víctimas de violaciones. Y, también, a un objetivo complementario no menos importante, de carácter político y estratégico: el reconocimiento social e institucional, avalado por la salud pública, que merece la violencia sexual. Este reconocimiento facilita el pedido de ayuda y pone al alcance de las víctimas un dispositivo público conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad.

Además hay otras razones que le confieren importancia al rol del sistema de salud, entre las cuales hay que destacar las siguientes:

- Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones, sobre todo los riesgos de embarazo no deseado y de transmisión de VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Cuenta con profesionales de las más diversas disciplinas que, con la adecuada capacitación, pueden contribuir al abordaje integral de la problemática.
- Logra una amplia llegada a la comunidad (...) Esto permite llevar a cabo estrategias de atención primaria, como información, concientización y detección precoz de problemas de violencia.

Las violaciones sexuales (...) son prácticas sexuales impuestas a través de la fuerza física o del uso de armas u otras formas de intimidación (amenazas,



chantaje emocional, abuso de poder o de confianza) o el aprovechamiento de situaciones, en las cuales la persona no ha podido consentir libremente. Pueden ocurrir en el ámbito doméstico o en el ámbito público; el o los agresores pueden ser familiares, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y otras, de situaciones reiteradas. Las violaciones son una de las formas de la violencia sexual, que incluye entre otras figuras, el abuso sexual, la explotación sexual, el acoso sexual, las violaciones incestuosas. A su vez todos estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de violencia de género, que remite a “actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género”.²⁴

Más allá de la formación en los aspectos legales o los lineamientos de una atención integral, continúa siendo muy importante sensibilizar al personal de salud sobre estereotipos que lamentablemente se traducen negativamente en la atención de las víctimas de agresiones sexuales, ya sea mediante juicios de valores o cuestionamientos morales basados en creencias normativas o pautas culturales machistas. He decidido compartir algunas frases que he escuchado de parte del personal de salud durante la atención de casos, sin la intención de exponer innecesariamente, ni moralizar estas expresiones, o lograr en lxs lectores un efecto de “espanto” o “indignación”, sino para poder materializar aquello que de lo contrario queda oculto cuando hablamos de prejuicios y estereotipos:

- “¿Vos le crees? ¿Avisamos a la policía?”
- “¿Tiene lesiones o no? Si no tiene lesiones ¿cómo sabemos que no miente?”
- “Está alcoholizada, ¿y si accedió y se arrepintió después?”
- “El paciente es discapacitado, y aparentemente el que lo violó es un amigo de la familia, pero el chico parece medio raro”.
- “El marido estaba alcoholizado y la obligó a tener sexo anal, que la vean los cirujanos por la lesión y lo arreglen en casa”.
- “Se la ve muy tranquila, no parece asustada ni llora, a mi no me termina de cerrar”.
- “Yo no sé si avisar a la policía, dice que la violó el ex novio”.
- “Son prostitutas, y dicen que las agarraron y violaron un grupito del barrio, pero estaban trabajando en la esquina”.

Se observa en estas frases cómo el personal de salud que debería escuchar y contener, explicarle a la/el paciente sus derechos y acompañar, puede

²⁴ Extracto del *Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales*, publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en agosto de 2011. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf



terminar funcionando como obstáculo y generador de una segunda violencia. Pareciera que la persona que se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad debe rendir un examen, ya sea con su cuerpo o con el relato del mismo, y se genera una instancia en la que deben “convencer” al personal para poder acceder a lo que son sus derechos. El personal de salud se coloca en el lugar de juez, y muchas veces lxs pacientes deben posteriormente padecer la misma instancia, esta vez por parte del personal policial en el que se produce el mismo rodeo (“Convenceme para que te tome la denuncia”).

En repetidas ocasiones además los “interrogatorios”, por carecer de espacio físico, se realizan junto a otrxs pacientes, de modo que no se puede garantizar la privacidad. Y las víctimas pueden escuchar el cuchicheo de otrxs miembros del equipo de salud y las miradas y expresiones que inspeccionan buscando... ¿qué “verdad”?

Es necesario entonces desarrollar dentro de los equipos de salud espacios de capacitación sobre aspectos legales para que comprendan los derechos jurídicos de lxs pacientes, su responsabilidad como miembros del equipo de atención y como funcionarios públicos. También es necesario generar espacios de sensibilización acerca de la violencia simbólica, sostenida por pautas culturales fuertemente arraigadas dentro de las subjetividades, que se traducen en la atención directa de lxs pacientes. En algunos debates con compañerxs me han expresado “yo puedo pensar como quiero” o “no tengo por qué pensar como vos”, y aunque eso sea en principio cierto o acaso atendible, sería interesante, fundamentalmente, permitirnos analizar cuán “libre” es ese pensamiento cuando reproduce de forma automática (sin ningún tipo de reflexión) los prejuicios y pautas de un discurso hegemónico, y sobre todo, cuando ese pensar no queda aislado, sino que se materializa algunas veces en una atención deficiente o diferenciada, produciendo escenarios de discriminación.

Del “Deshonor” a los “Delitos contra la integridad sexual”

Para poder desarrollar un poco más la noción de agresiones a la integridad sexual, voy a seguir algunas ideas del libro *Apuntes sobre la violencia de género*



de la socióloga española Raquel Osborne (2009). En dicho trabajo la autora comienza planteando la necesidad de pensar el desarrollo histórico del concepto de agresión sexual, ya que existe un recorrido desde que empieza a reconocerse el acto como una falta a la honestidad, luego como una violación y, por último, como una agresión a la integridad sexual.

Como se acaba de mencionar, inicialmente las violaciones eran entendidas como una pérdida de la honra femenina, doblemente agravado si existía todavía el estado de “virginidad” que era sumamente valorado y protegido. Quedaba mancillado el honor no sólo de la mujer sino de toda la familia, y el conflicto debía ser resuelto por los varones. Se lo pensaba como un acto de violencia ejercido por uno o más varones, sobre una o varias mujeres, y funcionaba como coacción para todas las mujeres, a las que estaba implícitamente “permitido” agredir sexualmente, si no se atenían a ciertas pautas morales, si se exponían a ciertos “riesgos”.

A fines del siglo XIX se produce una transición al pensar las agresiones sexuales desde el “acto” a la “identidad”, debido a la aparición de la figura del violador, de la mano del saber médico y psiquiátrico. Las mujeres comienzan a asumirse como víctimas, también los varones, ya que la mayoría de las leyes empiezan a hablar de “personas”:

Durante el siglo XVIII y buena parte del siglo XIX, primaba más el componente de agresión que el de sexualidad: no existía lo que hoy se denomina “identidad sexual”. Por lo tanto, “para una mujer trabajadora del siglo XIX, la violación no era tanto una afrenta a su identidad sexual (y mucho menos a su “sexualidad”) como a su clase o decencia”. Así pues “la sexualización de la violación es un fenómeno esencialmente moderno” [Bourke] (...) En la moderna subjetividad, la violación pasó a asociarse mayoritariamente tanto a la violencia como a la intromisión en lo más íntimo y personal: la integridad sexual. (Osborne 2009: 57)

Los discursos feministas contemporáneos se han movido sobre dos ejes, aquellos que destacan la cuestión del poder, por un lado, y otros que colocan el énfasis en el componente sexual, por el otro. Existen, al mismo tiempo, varios debates y polémicas por los recortes de análisis que se producen al acentuar uno u otro eje.



La autora analiza las causas estructurales de las agresiones sexuales y se encuentra con varios mitos: la violación sucede porque la mujer se ha descuidado, se ha expuesto a algún peligro, tal vez en el fondo lo disfrutó, o quizás existe un deseo inconsciente que se traduce en actitudes provocativas, en fin: es su culpa y bajo estas mismas miradas estas agresiones se suelen “disculpar” por ser consideradas como un producto de las necesidades masculinas “irrefrenables”. Están también aquellas pautas culturales que tienden a controlar la libertad sexual de las mujeres y es interesante allí detenerse a pensar el componente religioso en la construcción de “lo moral” y el sitio que le ha otorgado a la mujer y a su sexualidad: si pensamos en el inicio, la primera mujer fue creada desde/para complementar al varón, por lo tanto, para estar a su disposición. El goce de su sexualidad aparece en los textos religiosos como un lugar inexistente o de pecado, habilitado desde la genitalidad sólo para la reproducción. Si pensamos en la mujer más importante para el culto, la virginidad en ella fue un componente tan importante que debió “concebir” sin poder experimentar el placer sexual, pudo gestar y parir, y continuar siendo casta y pura. Porque para la religión el goce sexual deja siempre una mancha que resta valor.

Osborne resalta el pequeño límite, que cada vez queda más expuesto, entre las pautas sexuales socialmente aprobadas y las agresiones sexuales. Menciona entonces el estereotipo de la conquista varonil y la aparente (¿simulada?) resistencia femenina:

Esto nos llevaría a contemplar el asunto más como un continuo entre el modelo de masculinidad = agresividad = actividad, femineidad = dulzura = pasividad, o casi mejor, conquista/resistencia, imperante en nuestra cultura, que como una ruptura entre unos cuantos “desviados” y el resto de la población “normal”. La aparente resistencia no es tal, puesto que en realidad es una “falsa resistencia”, que no se respeta precisamente porque no contradice el mandato de la sumisión y porque indica que las mujeres decentes no se deben mostrar como seres deseantes. (Osborne 2009: 65)

Se contrapone al tema de la resistencia el lema: “si se hubiera resistido no hubiera sucedido”, lo cual deja entre líneas que, si una mujer es violada, es porque no se resistió lo suficiente, y si no lo hizo, entonces es porque lo deseaba. Se termina cayendo en el “cuando dicen que no, en realidad quieren decir sí”. O no le



gusta (la mujer siempre es pensada como carente de sexualidad) pero cede o lo tolera. Se suma otra contradicción a la resistencia, la de voces que llaman a las mujeres a no resistirse durante las agresiones porque pueden correr el riesgo de ser asesinadas, cuando muchos estudios demuestran lo contrario.

La mentalidad de conquista dentro de los “juegos heteronormativos”, sostiene que los varones persiguen a las mujeres y éstas se resisten, o se intentan resistir. La conquista se torna para el varón como una obsesión y como la forma de mostrar su hombría (que debe ser siempre demostrada a través de la agresividad) no sólo frente a la mujer sino frente a los demás varones que celebrarán jocosamente dicha conquista. Es frecuente observar en los grupos de varones jóvenes cómo se empieza a poner en práctica la masculinidad asumiendo a las mujeres como objetos sexuales, alcanzando distintos grados de cosificación, a través de los llamados “piropos”, que continúan siendo aceptados socialmente como inofensivos, cuando (en distintos niveles) son una expresión de acoso. Se dice muchas veces que representan una forma de halago a la estima femenina, como si las mujeres necesitaran siempre construirse a raíz de/en relación a (la costilla de) los varones, que suelen actuar en grupo, ya que es otra actividad que sustenta el pacto de masculinidad.

Más allá de ciertas características patológicas que pueda tener cierto grupo reducido de individuos, la autora aconseja no caer en la patologización del agresor cuando en los tribunales y en las noticias los familiares y afectos los tachan como seres “normales” en los demás aspectos de su vida. Conviene, por lo tanto, no hablar de un “prototipo” de agresor ya que las agresiones sexuales son cometidas por todo tipo de varones en toda clase de situaciones, al igual que contra todo tipo de mujeres.

Ninguna mujer -parece- queda exenta de ser concebida como propiedad. Fuera de los vínculos afectivos y familiares (hermana, madre, novia) todas las otras mujeres serían presas potenciales si las circunstancias lo permiten. Afirmación que cae cuando se descubren las agresiones sexuales dentro de estos vínculos. Por otro lado, cada mujer pertenece a un determinado varón y esto la convierte en una “buena mujer” y su sexualidad debe estar ligada sólo a este varón. Por otro lado, están las “malas”, aquellas mujeres cuya sexualidad no se



encuentra ligada a un hombre, a un solo hombre o directamente a ninguno: las lesbianas, las mujeres solteras, divorciadas, promiscuas, prostitutas, asexuales, etc. Y si la mujer no pertenece a ningún varón (protector) la agresión se considera menos grave. Lo mismo sucede si el varón protector es el que arremete contra la mujer que le “pertenece”: esta situación pareciera casi ser impensable, no porque no suceda, sino porque socialmente estaría justificada. No es raro escuchar: “si están casados es su derecho”. Por lo tanto, por cualquier lugar que se le mire, el riesgo está siempre ahí, latente. Las mujeres no pueden deambular libremente por el mundo sin recordar que un peligro acecha.

La autora remarca la importancia de seguir cuestionando el modelo androcéntrico de sexualidad: modelo coitocentrista, orientado hacia la penetración y el placer masculino que nunca puede ser “frenado” una vez que es “provocado”. Las mujeres que disfrutan de su sexualidad y transgreden la norma son fuertemente criticadas y negativamente estereotipadas. El hombre que tiene sexo con muchas mujeres es el “macho”, mientras que la mujer que tiene sexo con más de un varón es una “puta”. Y a pesar de que, como muchos piensan, “los tiempos cambiaron mucho”, estas pautas siguen estando presentes. Refiriéndose al modelo androcéntrico la autora refiere:

(...) modelo que ha negado sistemáticamente a las mujeres el derecho al placer, y que cuando ha empezado a reconocer este derecho ha sido –se afirma- gracias a la habilidad del varón, en una dinámica siempre conducida por él. Así se niega la posibilidad de una sexualidad femenina autónoma, guiada por la propia iniciativa, es decir, activa, como siempre se le ha concedido al varón. (Osborne 2009: 71)

La autora expone un cuadro con varios mitos recogidos en 1984 por The Boston Women’s Health Collective en *The New Our Bodies, Ourselves*: las mujeres incitan con su vestimenta o su conducta, disfrutan siendo violadas, sólo cometen violación los pervertidos que actúan en descampados, la mayoría de los acosadores no pretenden hacer daño, simplemente están piropeando a las mujeres (en lo referente al acoso sexual).

En cuanto al abuso de menores: los parientes varones no tenían elección porque sus necesidades sexuales no eran satisfechas por sus esposas. Y hasta



se entrecruzan con prejuicios racistas: las familias negras e hispanas excusan la violencia, las negras son más ligeras de cascos, las hispanas más ardientes.

Cuando se cotejan los prejuicios enunciados por el personal de salud (año 2015) y se comparan con los mitos del cuadro del colectivo norteamericano (año 1984), salvando las distancias temporales y espaciales, me parece que sigue siendo necesario realizar un recorrido como el que antecedió.

Algunos aspectos legales

Las agresiones sexuales son delitos de instancia privada, por lo tanto, es la víctima quien debe efectuar la denuncia. Lxs profesionales de salud estamos obligadxs a denunciar, no individualmente, sino a través de la institución en la que participemos, en aquellos casos en que:

- Haya lesiones graves o gravísimas.
- Haya riesgo de vida.
- En los casos de menores de edad cuando se sospeche que los familiares o tutores estén involucrados en el hecho, poniendo en conocimiento al organismo competente en la defensa de los derechos de la infancia.

Las figuras legales se encuentran previstas en el código penal, modificado en 1999 por la Ley N° 25087, y son las siguientes. *Abuso sexual*: cuando la persona agredida sea menor de trece años, o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción. Incluye actos considerados “leves” como por ejemplo “manoseo” o contacto con los genitales. *Abuso sexual calificado*: cuando el abuso, por su duración o circunstancias de su realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima. Es decir, en estos casos no existe penetración de los genitales del agresor pero sí puede existir con objetos; otros ejemplos, son la obligación de masturbarse o masturbar al agresor, etc. *Violación*: abuso sexual con acceso carnal por vía vaginal, anal o sexo oral. *Estupro*: el que realizare abuso sexual simple o calificado con una persona menor



de dieciséis años aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia respecto de la víctima, o de otra circunstancia equivalente, siempre que no resultare un delito más severamente penado.

Cada figura contiene sus respectivas penas y agravantes.

La ley no establece que la denuncia deba efectuarse de forma contigua al hecho, pero en los efectores de salud generalmente se toma contacto de forma inmediata y es importante que los pacientes reciban el asesoramiento porque en esa instancia es mucho más fácil la obtención de pruebas. En el caso de menores de edad, con las modificaciones realizadas en el 2011 mediante la Ley N° 26705, se ha ampliado el período de denuncia de delitos que afectan la integridad sexual de menores que ahora comienza a correr desde que la víctima cumple la mayoría de edad²⁵.

Es interesante, cuando aludimos al entramado de resistencias epistemológicas sobre estos delitos, comprobar que hasta no hace mucho se mencionaba a los mismos de un modo bastante arcaico en los marcos legales como “Delitos contra la honestidad” existiendo allí una gran dificultad de poder hablar o mencionar siquiera la palabra sexualidad, invisibilizando entre otras cosas las implicancias sobre el cuerpo y la dignidad. Recién con las modificaciones de la Ley N° 25.087²⁶ pasan a llamarse “Delitos contra la integridad sexual”.

A pesar de ser presentada como integral, continúa existiendo una focalización sobre las lesiones físicas y se organiza en base a lo que se considera más aberrante para quien redacta la Ley, y no precisamente para quien sufre la agresión, es decir, no se tiene en cuenta el relato de su propio sentir de los hechos. Y se focaliza la penetración como un límite entre un hecho de mayor o menor gravedad. En palabras de Beatriz Gimeno,

La existencia de la penetración continúa siendo la frontera que separa un delito grave de otro menos grave, aunque la violación de la voluntad de la mujer sea la misma, aunque la sensación de humillación o el daño físico o

²⁵ Con respecto a la mayoría de edad, es importante que los equipos de salud obtengan formación sobre la noción de “autonomía progresiva” presente en el nuevo Código Civil de la Nación, que reconoce a los niños y adolescentes como sujetos de derecho y abre un nuevo horizonte conceptual.

²⁶ Sobre este aspecto, *cfr.* Marcela Rodríguez y Silvia Chejter (1999).



psicológico puedan ser el mismo o superior, aunque el poder ejercido sea idéntico, así como la intención del agresor. Definir la violación únicamente en términos de penetración lo que hace es redefinir, imaginar, pensar este delito en términos únicamente de cuerpo mancillado, no de voluntad ni subjetividad violadas (...). (Gimeno 2008)

Recién en el año 2012 quedó sin efecto la figura de avenimiento presente hasta ese momento en el código penal. Esta figura era el acto por el cual la víctima se “reconciliaba” con el agresor y por lo tanto este último era eximido de prisión. Penosamente, esta modificación logró un gran impulso luego del fallecimiento de Carla Figueroa en el 2011. Carla era una joven de 19 años de La Pampa que había sido violada por su ex pareja, Marcelo Tomaselli, a mano armada. Su agresor fue liberado cuando un fallo judicial permitió el advenimiento. Carla había sido fuertemente presionada y amenazada para que aceptara casarse con su agresor mientras éste estaba en prisión. A los ocho días de quedar libre, Marcelo Tomaselli asesinó a Carla acuchillándola delante del hijo de ambos.²⁷

Se hace triste recordar las muertes de Carla y Wanda, y las de muchas otras mujeres. Y observar que, lamentablemente, muchos de los avances legales parecen estar siempre impulsados por una muerte evitable.

La atención de pacientes víctimas de agresiones sexuales en la Institución

Cuando realizamos con el equipo un análisis del abordaje de estos casos, al inicio de las actividades, nos encontramos con que la atención era deficiente y fragmentada. Lxs pacientes eran recibidxs por la/el médica/o de guardia quien daba aviso al destacamento policial. Lxs pacientes no eran evaluados (a menos de que su estado fuera crítico) hasta que estuviera presente la/el médica/o policial o la/el perito forense si el caso se judicializaba (estas medidas eran tomadas por temor a dañar algún tipo de pruebas). En ambos casos la espera mínima era de seis horas y la máxima que me tocó presenciar fue de dieciocho horas. Ante los reclamos se nos refería que había sólo un perito en toda la ciudad. Esto aumentaba la ansiedad de lxs pacientes y sus familiares, que en muchos casos

²⁷ Para mayor información sobre el caso de Carla Figueroa se puede consultar el artículo de Mariana Carbajal (2011).



decidían abandonar la institución. Las interconsultas al equipo de Infectología, Salud Mental y Trabajo Social no eran consideradas por el personal como pasos necesarios a seguir. Se dificultaba la administración de la anticoncepción de emergencia por parte del servicio de ginecología (mayoritariamente debido a situaciones referidas a la objeción de conciencia). Y persistía (sobre todo por parte del personal policial) un interrogatorio a lxs pacientes, en lxs cuales se buscaba pruebas de resistencia (como único aval de la agresión) y luego se emitía un juicio de valor acerca de si lo que referían lxs pacientes era cierto o no, y posteriormente se actuaba en consecuencia. Afortunadamente, se ha abandonado el concepto legal de ejercer resistencia por el de libre consentimiento; este concepto permite ver aquellos casos en los que no necesariamente se ha ejercido una fuerza física que deje marcas, sino en las cuales existe un clima intimidatorio.

Uno de los inconvenientes que surge en el personal de salud, es que en algunos casos en que lxs pacientes se niegan a efectuar la denuncia, desestiman el hecho y no realizan la oferta de recursos de salud. Esto implica que no se comprende que, por un lado, está el derecho a efectuar la denuncia cuya respuesta puede ser afirmativa o negativa por parte de la/el paciente, pero por el otro lado, la atención en salud debe brindarse siempre, y en ese caso nuevamente la/el paciente puede aceptar o negarse al tratamiento, no obstante éste debe ser siempre ofrecido. Opera en estos casos el juicio de valor que realiza el profesional de atención, quien decide si le cree o no a la/el paciente o habitualmente se cree que es necesario que la justicia determine la veracidad del caso para ofrecer una atención que debe brindarse en las primeras horas porque si no dejará un grave daño en la salud de las personas.

Lxs pacientes suelen ingresar en shock por la situación vivida y necesitan de un tiempo y un acompañamiento que les brinde un clima de contención para que puedan ir evaluando los recursos y puedan tomar decisiones sobre el proceso de atención. Muchas veces, cuando se explican los pasos del proceso legal, sienten temor por la entrevista y sobre todo por el examen físico y se niegan rotundamente, pero si se continúa acompañando, se respeta el tiempo individual de cada persona para poder expresarse y la oferta se realiza en un momento posterior, cuando ya han podido hablar con sus afectos y con el equipo de salud



mental. De este modo, terminan aceptando efectuar la denuncia, ya que en la mayoría de los casos surge en algún punto del proceso la sensación de que la denuncia significa tomar las riendas de la situación para que el hecho no permanezca impune, y en lo social, la posibilidad de que otra persona no tenga que atravesar la misma violencia.

De mi experiencia en la atención de estos casos surge el reclamo que ya se ha efectuado muchas veces desde distintos organismos (en el año 2010 se creó un Gabinete Social en Santa Fe en el que participaron múltiples organizaciones con la intención de buscar una atención integral) acerca de la necesidad de que exista un equipo interdisciplinario de atención especializado en agresiones sexuales. Ya sea por la formación en los aspectos legales, la sensibilización sobre la problemática, el tiempo necesario para el espacio de diálogo con las víctimas, la activación, derivación y organización de los recursos necesarios, y el acompañamiento a través de todo el proceso de atención y su posterior seguimiento.

Comenzamos a buscar materiales con los otros miembros del Comité. Presenté y analizamos el *Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales* publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en agosto de 2011 y nos comprometimos con su implementación²⁸.

Se creó entonces el “Kit para la Atención de Pacientes Víctimas de Agresiones Sexuales” que se encuentra disponible en el área de admisión. El mismo consta de:

- Una planilla de control mensual de stock.
- Una copia del protocolo antes mencionado.
- Medicación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual²⁹: ceftriaxona, azitromicina, metronidazol (tratamiento de elección) y ciprofloxacina, doxiciclina (tratamiento alternativo).
- Anticoncepción hormonal de emergencia: Levonorgestrel.

²⁸ En abril de 2015 el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado una actualización de esta guía, el *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales: Instructivo para equipos de salud*. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-Protocolo%20VVS%20Web.pdf>

²⁹ Sobre el final de este trabajo se realizará un breve análisis de las llamadas “enfermedades de transmisión sexual”, analizando su desenvolvimiento dentro del imaginario social como enfermedades de transmisión moral.



- Tratamiento antiretroviral: AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina). Lopinavir + Ritonavir.
- Se encuentran en la heladera de laboratorio (disponible las veinticuatro horas) vacuna hepatitis B y antitetánica.
- Actualmente están gestionándose los Kit para toma de muestras.

Al presente, con la utilización del Kit cuando una/un paciente ingresa, la/el médica/o de guardia implementa los pasos del protocolo e indica la medicación de profilaxis que se requiera. Se derivan las interconsultas a los servicios de Trabajo Social y Salud Mental. Se efectúa la interconsulta al servicio de Infectología para los pedidos serológicos y el seguimiento del tratamiento antirretroviral en los Centros de Salud.

Desde el año 2014, con el nuevo sistema procesal penal en la provincia, empezó a funcionar una fiscalía específica para “Delitos sexuales” y se han realizado modificaciones con respecto a la toma de muestras. Anteriormente, sólo podían tomarla peritos o forenses, con las complicaciones de espera antes mencionadas y con situaciones irregulares, por ejemplo, aunque existe un acuerdo de que en pacientes o identidades femeninas las muestras deben ser tomadas por personal policial femenino, por escasez de recursos humanos, quienes se presentaban para tomar las muestras eran varones. Con respecto a si en la atención directa deben participar personas de la misma identidad de género que la víctima, esto no funcionaría en el caso de identidades masculinas, que son agredidas por alguien de su mismo género. Personalmente, he aprendido que mejor que decidir por lxs pacientes es preguntarles con quien se sentirían cómodos y recordar también que ciertos prejuicios y actitudes machistas en el personal de salud pueden estar presentes, al momento de la atención, en todas las identidades sexo-genéricas.

Actualmente, la/el médico de guardia da aviso al destacamento de la Institución, quien se comunica con la fiscalía, la cual autoriza la toma de muestra si se requiere (esto queda registrado en el *report* del destacamento) y avala a la/el médica/o a la toma; en el caso de ser muestras vaginales las debe realizar el servicio de ginecología, si sólo son anales, las debe tomar el servicio de cirugía general. El personal médico acompañado de otro profesional procede a la toma de



las muestras (hisopados en distintas zonas en las que hubo contacto para recolectar pruebas) que se guardan previamente rotuladas (detallando la zona de extracción) en un sobre, con el nombre del efector, fecha y hora, datos de la/el paciente, de las personas que participaron de la toma, del fiscal que las pide y el lugar donde se resguardaron. Las muestras son resguardadas por el destacamento que da aviso para su traslado al Instituto Médico Legal.

Se ha realizado un trabajo muy interesante gracias a los aportes de Analía Aucía sobre las pacientes menores de edad que ingresan con lesiones genitales o abortos en curso, generando un espacio de análisis que permita una evaluación previa por los servicios de Trabajo Social y Salud Mental para determinar si estas pacientes se encuentran en algún tipo de situación de abuso.

Es importante también estar alertas, en los equipos de salud y sobre todo durante la entrevista, de aquellas pacientes que puedan estar dentro del tráfico de personas con fines de explotación sexual.

Llegamos entonces a la implementación

Luego de haber elaborado el dispositivo debíamos ahora difundirlo dentro de la institución para su uso y para evaluar las modificaciones necesarias que surgieran de los aportes del personal. Se organizaron charlas de sensibilización sobre la temática pensando dos instancias:

- Se tomó como punta de partida el sector de A.E.P considerado el mayor receptor de pacientes y la puerta de entrada a la Institución.
- Posteriormente se socializó el material en los demás sectores.

En octubre de 2012 iniciamos las charlas. En lugar de preparar una disertación, y realizarla en un auditorio, decidimos escoger grupos pequeños para que fuera posible un intercambio fluido. Participaron de las mismas personal administrativo, camilleros, enfermerxs, médicxs, personal de destacamento policial y vigilancia privada. Y fueron realizadas en distintos sectores de la guardia.

Posteriormente, se llevó a cabo una reunión con los distintos jefes de los servicios médicos: Ginecología, Traumatología, U.T.I, Cirugía General, Clínica Médica, etc. Se realizaron charlas en espacios dentro de las reuniones mensuales



de enfermería de los distintos sectores del Hospital. En todas estas charlas se entregó el dispositivo y se dejaron copias en los distintos sectores y servicios.

En el 2013 se realizaron nuevas charlas en A.E.P y en agosto de ese mismo año se realizó una exposición en el auditorio “Lic. José Ugarte” en la cual fueron expuestos los logros del uso del dispositivo junto a datos epidemiológicos. Se expuso una vez más el diagrama de flujo y se contó con el testimonio de una paciente que actualmente trabaja en un grupo de mujeres víctimas de violencia de género en Villa Gobernador Gálvez y que estuvo internada en el hospital y fue atendida por el equipo. En el año 2014 el Comité participó de la “Feria de Ciencias” de la Institución aprovechando ese espacio de difusión de saberes para compartir los datos epidemiológicos y el dispositivo de atención. Y en el mismo año, participé de las “Jornadas de enfermería: Enfrenando Nuevos Desafíos” del Hospital, exponiendo una versión breve de este trabajo.

Primeras respuestas del personal de la Institución

Uno de los cuestionamientos que recibió el Comité al inicio de la implementación por parte del personal fue que existían otros problemas considerados “más importantes” o que siendo un efector de emergencias el dispositivo debería aplicarse en un segundo nivel de atención (es decir un efector de menor complejidad). En estos planteos subyace la dificultad de asumir la violencia dentro de la salud, de poder pensar la salud desde una mirada integral que permita tener en cuenta la dimensión social y de comprender que los problemas sociales también generan situación de alto riesgo.

Para poder evidenciar este desconocimiento o prejuicio me gustaría comentar algunas situaciones. A pesar de que, como se mencionó, el Hospital concentra su atención en la emergencia, existen otras consultas de salud (como por ejemplo las cirugías programadas) y no existen críticas allí para que se realicen en otro nivel de la red pública de salud. Lo mismo sucede con el resguardo, que muchas veces genera malestar en parte del personal, el cual refiere que lxs pacientes “no tienen nada” o les molesta que deban esperar hasta tomar contacto con profesionales del equipo de Trabajo Social o Salud Mental,



algo que no sucede con otros pacientes que deben permanecer en la institución por más de un día en la necesidad de esperar la visita de otros especialistas (por ejemplo neumonología, oftalmología o maxilofaciales). Podríamos entonces pensar que es la problemática social de la violencia la que genera “malestar”, particularmente la violencia de género. Y continúa existiendo una visión biologicista que no permite vislumbrar la dimensión social de aquellas problemáticas de salud que ingresan a la institución, expresadas como emergencias físicas. En una guardia me tocó cuidar, por ejemplo, un paciente menor de edad que ingresaba al área del shock room (el área para atender las emergencias) hemodinámicamente inestable (una emergencia médica) y mientras lo íbamos atendiendo y surgió la pregunta “¿qué te pasó?”, el paciente respondió antes de mencionar las puñaladas que presentaba en su cuerpo: “narcotráfico”. Es decir, el paciente mismo asumía como su motivo de ingreso, no una “puñalada” o, en la jerga médica, una herida de arma blanca, una lesión punzante con ingreso en tórax y abdomen, sino que frente a la dimensión biológica de su problema de salud prevalecía el origen social de una situación de vulnerabilidad extremadamente compleja.

Las resistencias no fueron pocas. En el proceso de comenzar a ver aquello que antes permanecía invisible y de remover los prejuicios siempre hay que ajustar la vista, y se producen algunos malestares e incomodidades. Para algunos son agudos y temporarios, para otros se tornan crónicos llegando a veces a obstaculizar activamente los procesos de atención. También se suma la incomodidad que genera todo aquello que es “nuevo” en cualquier grupo.

Continúa siendo difícil plantear la violencia de género, porque el personal del equipo de salud forma parte de la sociedad que reproduce los discursos hegemónicos y por lo tanto no está exento de compartir los mismos prejuicios.

En un primer momento, algunos profesionales tomaban el dispositivo como un eje opcional en la atención; esto pudo ir resolviéndose cuando, en las charlas de sensibilización, los directivos plantearon el instructivo como una política de la Institución.

Además, se generó una gran confusión entre el dispositivo y el trabajo del Comité, algo que actualmente sucede, y por esto algunos intentaban delegar la



atención completa a los miembros del Comité, considerando que éstos debían “hacerse cargo” de todo el proceso de atención dentro del dispositivo. Suele pasar en salud que las interconsultas (entre especialidades y profesionales) funcionan no como un lugar de evaluación conjunta sino como un “ahora el paciente es tuyo, hacete cargo vos”.

Del mismo modo, algunxs se quejaban alegando “esto es más trabajo”, al no poder vislumbrar que en realidad representaba una nueva forma de abordaje que responde a las necesidades de lxs pacientes y de alguna forma viene a saldar una deuda pendiente.

Otra situación conflictiva surgió al descubrir que algunxs le ofrecían a lxs pacientes la posibilidad de ejercer su derecho a realizar la denuncia policial o judicial y, si rechazaban la oferta, consideraban que se negaban al dispositivo de atención. Muchas veces se asume a la denuncia policial como un medio “necesario” que certifique la violencia o es lo que el personal considera necesario, como un compromiso por parte de la/el paciente de revertir esa situación.

También existía un temor a tener “problemas legales” (gran fantasma de los equipos de salud, razón por la cual siempre parecería ser mejor errar por omisión). Muchxs no querían escribir en la historia clínica y nos decían: “¿cómo sé si la/el paciente no me miente?”. Hubo entonces que recordarles que en primer lugar no es nuestra tarea colocar a las personas en un banquillo en donde se moralicen sus historias de vida y se reproduzcan violencias emitiendo juicios de valor, así como no es nuestro trabajo tampoco certificar las situaciones de violencia, sino escribir siempre lo que la/el paciente refiere y dejar constancia de aquello que vemos y evaluamos. Existe además una postura paternalista que tiende a proyectar sobre la/el paciente lo que ésta/e necesita, en lugar de escuchar y dejar que ellxs narren su propia historia y sean quienes demanden aquello que requieren. Todavía lxs pacientes, aunque en menor medida, siguen siendo “pacientes”.

Asimismo se escucharon frases como: “esto no me corresponde, acá estamos para otras cosas, para problemas reales”. Otrxs compañerxs plantearon que las situaciones de violencia “les superaban”, les eran difícil de atender los casos (esto surge sobre todo en el caso de agresión sexual en menores). Si bien



este es un planteo válido, no debe perderse de vista y garantizarse la atención por parte del equipo buscando estrategias que aseguren la misma.

Pero más allá de las resistencias, comenzó a correrse la voz acerca del trabajo del Comité dentro del personal de la Institución. Entonces, algunas compañeras se animaron y se acercaron a buscar asesoramiento por situaciones de violencia personales. Asimismo, muchxs compañerxs se aproximaron y se implicaron con el trabajo del Comité, pidiendo más información y/o comprometiéndose con el dispositivo de atención.

En efecto, muchxs de mis colegas aceptaron con entusiasmo el dispositivo. En más de una ocasión colaboraron con la atención de mis pacientes a cargo, ya que muchas veces los espacios de escucha y contención, y el armado de estrategias junto a los vínculos afectivos y los organismos externos, requieren de una presencia y un tiempo que no puede ser estandarizado. Han participado acondicionando y reorganizando los recursos materiales para poder brindar intimidad y comodidad, generando una red de contención que se pasaba de turno a turno para lograr una continuidad. Hubo casos en el que mujeres ingresaron con sus hijos y el personal colaboró en las primeras horas comprando pañales o alimento para las colaciones.

Gran parte del personal médico también colaboró con la implementación del dispositivo, realizando aportes para mejorar su funcionamiento o asumiendo la modalidad de entrevista de forma conjunta con otrxs profesionales para evitar la exposición de lxs pacientes a tener que repetir y revivir el relato de la situación de violencia. Todo el servicio de Trabajo Social y Salud Mental se comprometió activamente y miembros del destacamento policial de la Institución colaboraron en las derivaciones y ayudaron a mantener el contacto con las organizaciones externas. El equipo de Salud Mental de urgencias de la red (que se encuentra habitualmente colmado de trabajo) se incorporó solícitamente para la atención de aquellxs pacientes que ingresaban los fines de semana y días feriados, permitiendo mejorar la oferta de recursos y –personalmente- el trabajo en conjunto con este equipo fue muy ameno y de gran aprendizaje. Hay también otras personas que si bien no participan directamente en la atención de los casos han sido facilitadoras de los recursos, como por ejemplo el personal de laboratorio,



farmacia y el equipo de mucamxs. Tuvimos una paciente acompañada de un bebé a la cual hubo que realizar varios estudios, y el personal de diagnóstico por imágenes permitió que esto pudiera realizarse rápidamente y acompañaron a la paciente y su hijo afectuosamente. Lo mismo sucedió con el personal de vigilancia privada, siempre atento a los intentos de los agresores de ingresar a la institución (esto sucede frecuentemente, tuvimos por ejemplo un agresor que intentó filtrarse por el consultorio externo haciéndose pasar por un paciente que venía a consulta) para interceptar a las víctimas.

El personal de admisión trabajó asiduamente informando los casos. Actualmente este es uno de los grupos más sensibilizados y trabajan activamente difundiendo la existencia del recurso en salud. El personal de Atención al Usuario, que no es miembro del Comité, y las Supervisoras de Enfermería ayudaron permanentemente a mantener el flujo de información dentro de los miembros del equipo.

Quiero destacar que tanto lxs miembros del Comité como otrxs miembros del equipo de salud habilitaron la posibilidad de recibir contactos telefónicos fuera de sus horarios de trabajo, sobre todo en aquellos casos o situaciones complejas en los que el armado de una estrategia necesitaba de los mismos.

Considero necesario resaltar y reconocer el trabajo de mis compañerxs del Comité con lxs cuales sostuvimos largos debates en un espacio que nos ayudó mucho a poder analizar los casos, así como la respuesta del personal, y realizar los ajustes necesarios al dispositivo. Todxs lxs miembros hemos trabajado generando un espacio interdisciplinario y en algunos momentos transdisciplinario muy fructífero tanto en el armado de estrategias como en el sostén grupal frente a las dificultades que iban surgiendo. También fue importante el acompañamiento emocional frente a las tensiones que surgen de lo que Susana Velásquez llama “efectos de ser testigo” (el compromiso subjetivo de quienes escuchan). Dentro de esa red de sostén anímico se hace necesario subrayar la importancia de todos los vínculos afectivos que acompañan las preocupaciones y el desgaste (que mayoritariamente surge de la inconstancia en la respuesta de algunos recursos), cuando las problemáticas laborales salen de ese lugar y se cuelan en otros espacios. Es muy difícil sostener aquello que en salud se plantea como “distancia



óptima”, cuando en la cabeza siguen dando vueltas los pasos que quedan pendientes y uno llega a su casa con preocupaciones, tareas pendientes, llamadas telefónicas que vienen y van, y la tristeza y el dolor de lxs pacientes que nunca dejan de impactar, por eso son fundamentales los afectos que acompañan a quien acompaña, que comparten opiniones valiosas y contienen a quienes intentamos contener.

Un desafío elemental es el de mantener un flujo constante del devenir de los casos entre los miembros del Comité para socializarlos con el personal, ya que muchas personas que formaban parte de la atención directa, nos consultaban frecuentemente por la resolución de los mismos. Esta tarea que no siempre logramos llevar a cabo es muy valiosa porque aumenta el compromiso de quienes participan. De igual forma es importante no caer en la espera del “éxito de la resolución”. Personalmente, esto significó un arduo trabajo, inicialmente tenía mucho temor de “lo que podía suceder”, pero actualmente intento tener siempre presente tres ejes. En primer lugar, que siempre debe respetarse las decisiones de lxs pacientes, es importante acercarles la información y los recursos necesarios y acompañar, pero son ellxs lxs que en última instancia van a decidir cómo, dónde y cuándo accionar, y esa elección debe ser siempre respetada. En segundo lugar, saber que uno no puede controlar todos los factores, se intenta elaborar la mejor estrategia posible pero hay consecuencias que no se pueden prever. Y por último, tener en claro que es un proceso, que va tener distintas etapas y lo importante, más allá de los resultados, es la posibilidad de generar un espacio en el que se puedan vislumbrar los caminos posibles y estar siempre presente en todos esos momentos que sean necesarios de transitar.

Con el transitar de la atención de casos el dispositivo se fue transmitiendo por las charlas de sensibilización y por el boca a boca, y con alguna que otra dificultad podemos decir que ya se encuentra instaurado como un recurso de atención. Por supuesto existe personal de la institución que por diversos motivos (ideológicos, por desinterés o por desinformación) generan obstáculos al trabajo del Comité y al flujo dinámico del dispositivo (y esto se intenta revertir ya que, como se mencionó, forma parte de la política institucional), pero afortunadamente existen muchxs otrxs miembros que de diversas formas se han comprometido y



celebran este espacio de trabajo más allá de que sea o no un lineamiento de la institución.

Las consultas de pacientes suelen aumentar en aquellos momentos en que los medios exponen intensamente la problemática. La interconsulta por parte del personal se acrecienta en los momentos posteriores a la realización de alguna charla de sensibilización. Por esto, uno de nuestros desafíos a futuro es continuar generando espacios de difusión, dentro de la institución pero también fuera de la misma, para seguir obteniendo las críticas que nos ayuden a seguir redefiniendo el dispositivo y para que nuestra experiencia pueda multiplicarse en otros lugares. Mientras se escriben estas palabras me han llegado invitaciones de otrxs colegas para compartir la experiencia de trabajo y generar espacios de sensibilización en un efector de salud de segundo nivel de la red y en un efector público de salud mental. De a poco, otras redes se van hilando.

Algunos ajustes al dispositivo

Cada paciente nos demanda el armado de una estrategia en la que se entrecruzan sus recursos personales, los de la institución y los extrahospitalarios. Muchxs de lxs pacientes por responsabilidades laborales o debido al cuidado de sus hijxs, no podían quedarse internadxs y rechazaban el resguardo (sobre todo surge esta dificultad los días feriados y fines de semana ya que Trabajo Social y Salud Mental trabajan los días hábiles). Sin embargo, sí accedían a un contacto telefónico por parte del equipo para arreglar una consulta posterior, siempre intentando que la externación sea acompañada de un vínculo afectivo y a un lugar seguro. Este se convirtió en un modo de trabajo ambulatorio que inicialmente no habíamos tenido en cuenta pero con el correr del tiempo se instauró y cristalizó productivamente en base al requerimiento de lxs pacientes.

El registro estadístico

Para aquellxs a quienes les interesen los números, la siguiente información fue recabada a través de una planilla que llevo personalmente y cotejados con otras bases de datos.



Inicialmente existían dos bases de datos, diseñadas por quien escribe y por Zulema Sales; luego se suma la de Adriana Frascoli con las hojas de ruta del servicio de Trabajo Social. Paralelamente, empezó a utilizarse como punto de partida la planilla de casos de admisión y actualmente toda la información es volcada en un software digital por Zulema Sales que meticulosamente intenta recopilar y agrupar los datos.

Algunos detalles permanecen incompletos y esto dificulta un análisis exhaustivo, por eso los datos que se comparten a continuación deben ser considerados a modo aproximativo. Continuamos intentando completar esa información pero la socialización de la misma muchas veces resulta dificultosa. En el primer año junto a Zulema Sales recuperamos una a una las fichas del sector de estadísticas para controlar la información, pero este trabajo se hizo muy difícil de sostener en el tiempo.

Los siguientes son los casos en los que se intervino. Esto no significa que sean los únicos que ingresaron a la institución, sino que son aquellos que fueron en primer lugar detectados y luego informados al Comité. En promedio, se atienden ocho personas en situaciones de violencia por mes, existiendo amplia diferencia entre los distintos meses; en un inicio hubo meses en los que se atendieron a dos o tres personas, y en el más concurrido se atendieron dieciocho.

- Desde Enero de 2012 hasta fin del mes de Junio de 2015 hemos atendido un total de 349 personas.
- De ese total: 316 fueron mujeres y 33 varones.
- De ese total de mujeres, 16 fueron agredidas por otras mujeres (hermanas, cuñadas, madres, hermanas, nueras, etc.) en algunos de esos casos en compañía de varones, generalmente otros familiares.
- De ese total de varones, 13 fueron agredidos por mujeres.
- Las edades de las personas atendidas fueron desde una niña de 3 años que ingresó por golpiza junto a su madre también en la misma situación, a una mujer de 69 años de edad.
- Atendimos 22 personas agredidas en su integridad sexual, ejercida por varones. En 3 de ellos la violencia fue ejercida sobre otros varones y 19 de esos casos fueron sobre mujeres.
- Hemos atendido 4 mujeres que fallecieron (femicidios) por la gravedad de las lesiones.



“La casa del encuentro”³⁰ es la asociación que viene contabilizando, a través de su observatorio, los datos sobre femicidios en nuestro país, junto a la colaboración de otras organizaciones sin fines de lucro que realizan el arduo trabajo de analizar las noticias de los medios informativos. Actualmente, se continúa reclamando un registro nacional y existen noticias de que en algunos meses eso sería posible.

Igualmente, me gustaría expresar que a las cifras de femicidios deberían sumarse aquellos casos en los que si bien el desenlace no fue fatal, las personas quedaron con graves secuelas. Por ejemplo, en nuestro efector atendimos una mujer que recibió una herida de arma blanca en tórax por parte de su ex marido y si bien la mujer no falleció, producto de las secuelas del paro respiratorio que sufrió por las lesiones, fue externada del hospital con graves secuelas neurológicas que probablemente sean irreversibles. Lo mismo le sucedió a otra mujer que recibió un corte en su cuello por parte de su pareja y perdió de forma permanente el habla. ¿Qué es lo que quiero expresar mencionando estos dos casos? Que entre los listados de cifras de mujeres que acuden a los teléfonos de atención por violencia de género y las cifras de los femicidios, existe un grupo de personas que han sobrevivido a las situaciones de violencia con importantes secuelas físicas y psicológicas y para poder dimensionar este problema dentro de la salud pública es preciso poder efectuar un seguimiento de estos casos y realizar un análisis cualitativo que exponga estas complejidades al momento de elaborar los recursos.

Las personas detrás de esos números

Considero importante y necesario poder relatar algunas circunstancias que surgen de la atención de lxs pacientes, que exponen la diversidad de estas situaciones, y que permite ver en esos números, personas.

Entre los casos, nos encontramos con varias mujeres embarazadas que referían que se activaban agresiones por parte de sus parejas durante los

³⁰ Para mayor información, puede visitarse su página web: <http://www.lacasadelencontro.org/femicidios.html>.



períodos de gestación. En una de esas mujeres la violencia durante el embarazo había dejado graves secuelas físicas en uno de sus hijos.

Un alto número de mujeres que ingresaban por las denominadas reacciones vivenciales anómalas (que en la subjetividad del personal muchas veces siguen siendo moralizadas, generizadas y banalizadas como crisis histéricas) o por intentos de suicidio, con crisis de llanto y angustia, luego de generar un espacio de diálogo comentaban -de trasfondo- que padecen situaciones de violencia ejercida por alguno de sus vínculos familiares o afectivos.

Si bien cada experiencia de atención tiene un desarrollo particular, en muchos de los relatos se encontraban elementos comunes: parejas que generaban una dependencia económica (no dejaban que trabajaran bajo múltiples excusas o pudieran decidir sobre el uso del dinero), que progresivamente por “celos” impedían contacto con otros miembros de la familia o amistades y que ejercían violencia verbal (que se agravaba con el consumo de drogas o alcohol) y progresaba a violencia física con distintos intervalos. En el caso de tener hijos, muchas veces, éstos eran testigos, o a veces también recibían un maltrato psicológico y físico. En otros casos, se convertían en la amenaza permanente: “si te vas, los voy a encontrar y te los mato”³¹. En muchos relatos podía escucharse “se enoja porque dice que no hago lo que él quiere” o “dice que hago todo mal y lo provocho”. En algunos casos, la violencia física se acrecentaba paulatinamente con empujones o cachetazos, en otros irrumpía con golpes de puño o patadas y podía percibirse el fuerte impacto y la sensación de no poder entender qué estaba pasando frente a esta aparición abrupta. Muchas mujeres sentían que nadie les iba a creer si se animaban a hablar porque el agresor frente a los demás se comportaba de manera intachable. Algunas habían intentado exponer la situación con la familia del agresor, contacto en el que encontraban mayores resistencias y, si lo hablaban con sus propios vínculos familiares, hallaban que estas conductas estaban naturalizadas y éstxs se alejaban porque la relación no terminaba inmediatamente o se sostenía de forma intermitente. En muchas de las charlas

³¹ Esto encuadra dentro de lo que se denomina femicidio vinculado, que son aquellas personas vinculadas a la persona en situación de violencia, que son asesinadas por el agresor al intentar evitar el femicidio o que fueron asesinadas por éste como una forma de castigar y torturar psicológicamente a la víctima.



surgía que había una primera instancia de la relación en la que el agresor se comportaba dulce, comprensivo y muy atento, pero con el transcurrir del tiempo comenzaban a aflorar celos y la necesidad de control iba en ascenso, apareciendo brotes de violencia que luego cedían, volviendo a aparecer la ternura y la tranquilidad del inicio. La agresión verbal y psicológica dosificada durante largos períodos de tiempo impactaba fuertemente en la autoestima: “me dice todo el tiempo que nadie me va a querer y cuidar como él”.

Otra situación habitual fue la de las ex parejas que continuaban por la cercanía en el barrio o por hijos en común, cruzándose y ejerciendo amenazas y persecuciones que luego se materializaban en golpes, al no tolerar que las mujeres rehicieran sus vidas afectivas con nuevas parejas. La mayoría de las mujeres referían que siempre existían amenazas pero que no pensaban que se pudieran concretar. Tuvimos el caso de una mujer que había enviudado y estaba rehaciendo su vida sentimental; cuando la familia de su marido fallecido toma contacto con esta información irrumpen en su casa y la golpean a ella, a sus hijos y a su novio.

En lo referido a la violencia psicológica, una mujer que ingresó por un intento de suicidio nos relató un largo historial de agresiones verbales (en las que existía manipulación, control y humillación) ejercida por su marido hacia ella y su hijo, que los llevaba a ambos a infligirse lesiones físicas al no poder tolerar la tensión.

Referido a casos de agresión sexual hemos atendido a adolescentes que ingresaron por abortos en curso y al trabajar sobre “la sospecha” encontramos de trasfondo situaciones de abuso crónico. Hubo también una joven con capacidades intelectuales distintas que era obligada a ingerir sustancias y luego era agredida sexualmente por su hermano, también menor de edad. Recuerdo una charla con la madre que expresaba: “no lo van a llevar detenido, se va a ir por unos días y mañana lo tengo en casa, y yo no lo puedo dejar en la calle”.

Un caso de un varón en situación de violencia del que me tocó participar fue el de un muchacho agredido por su mujer con un fierro. Cuando lo trajo el móvil policial se reían porque decían que era imposible que un varón tan “grandote” pudiera ser golpeado por una mujer; el paciente estaba muy angustiado y en crisis



de llanto por la situación de violencia y por la “vergüenza” que sentía por las miradas y comentarios. Era evidente la fuerte presión de género por no responder al estereotipo de varón masculino fuerte, dominante y agresivo, al cual este tipo de situaciones no “deberían sucederle”. Si bien en la violencia hacia las mujeres muchas veces la existencia de una mayor fuerza física masculina puede tener implicancias, ya que culturalmente se construye el cuerpo femenino como débil y el masculino como fuerte, todavía cuesta poder vislumbrar las implicancias psicológicas en las situaciones de violencia, en las que se produce un deterioro progresivo de la estima y a partir de lo cual las formas y fuerzas de los cuerpos pasan a un segundo plano.

Una de las mujeres que abordamos y por la que personalmente aún tengo una gran preocupación es una paciente con un alto historial de violencia psicológica y física, con un extenso legajo judicial, que ingresó a la institución por traumatismos varios. Estaban a la vista en su cuerpo las cicatrices de dicha violencia y las mismas estaban en su estado anímico, pues casi no hablaba y tenía temor a realizar una denuncia: “tengo miedo de que me saquen mis chicos” (este es un fantasma muy fuerte que opera sobre muchas mujeres). Esta paciente se fugó de la institución y nos hemos enterado que actualmente se encuentra desaparecida.

La tensión durante los abordajes ha sido en algunos casos extrema, como por ejemplo una mujer que ingresó por heridas en el rostro y evadía constantemente expresar la causa de las lesiones. Se la invitó a pasar a otro lugar de la guardia para hablar con mayor tranquilidad y es allí donde expresa que su pareja la había golpeado y que si ella hablaba algo ante él la iba a escuchar porque estaba detrás de la puerta del consultorio y la había amenazado con llevarse a su bebé (que estaba junto a él en la sala de espera) y matarlo. Ella ya había realizado una consulta la noche anterior, pero se había retirado de la institución por la insistencia de él. Como alguien le había hablado del Comité, entonces luego le dijo que se sentía muy descompuesta y de ese modo pudo volver.

Los motivos de ingreso han sido muchos: crisis de llanto, traumatismos lumbares, traumatismos de cráneo, traumatismos de abdomen, heridas de arma



de fuego y armas blancas, quemaduras y traumatismo facial, son los más frecuentes.

En el armado de las estrategias para poder atender las situaciones de violencia, nos encontramos con las otras situaciones de violencia social de la que eran víctima muchxs pacientes: escasos ingresos económicos, la estigmatización social de clase, la falta de recursos educativos y recursos simbólicos, fueron algunos de los factores que aumentaron las dificultades de encontrar estrategias sólidas. No es mi intención expresar que las situaciones de vulnerabilidad social actúan de modo matemático sumando dificultades, sino exponer que el entrecruce de estas situaciones complejizan de gran modo los casos. No obstante hemos atendido a personas con distintos recursos económicos ya que la violencia de género no entiende de clases.

Un elemento que estuvo presente en todos los procesos de atención fue “el miedo”: sentimiento que paraliza, embarga tan intensamente todos los pensamientos que imposibilita poder pensar en un momento de resolución. Miedo de las personas hacia sus agresores, temor por su seguridad material, por la de sus hijxs. Miedo de la incomprensión de sus entornos afectivos, del personal con el que tomaban contacto y no sabían cómo iban a reaccionar ante sus relatos. Y existen también miedos en el equipo de salud que asiste, en parte por la seguridad de lxs pacientes, pero también por los sentimientos que los hechos de violencia movilizan en lo personal.

En las experiencias de atención, pude descubrir que los espacios de escucha resultan fundamentales. Algunas personas debido, tal vez, a la mediatización de la problemática ingresaron con determinación y explicitaron desde un primer momento las situaciones de violencia, pero otrxs necesitaron sentirse escuchadxs y contenidxs (no juzgadxs) en un espacio en el que la herramienta más importante además de la empatía es la amabilidad. Al continuar el proceso de atención fuera de la institución lo que mayoritariamente han agradecido lxs pacientes es el haber sido escuchadxs.



Análisis y aportes sobre los recursos

Los siguientes aportes se refieren a la percepción de los recursos (de los cuales tengo conocimiento) que existen actualmente, particularmente en la ciudad de Rosario, intentando distinguir un panorama a partir del contacto y el trabajo cotidiano, para poder evidenciar aquello que todavía resta por conseguir para lograr el acceso a una atención integral.

Entre los dos polos extremos de “ya existe todo lo necesario” o “no existe nada” podemos, y me arriesgaría imperativamente a decir, debemos, continuar demandando el acondicionamiento de los recursos y la suma de nuevos dispositivos, pero también se hace necesario reconocer que existen actualmente espacios desde los que se trabaja la problemática. Actualmente, hay en Rosario algunos medios que trabajan la violencia de género, ya sean sostenidos por el Estado, por el gran abanico de ONGs o por espacios que existen en distintos partidos políticos o sindicales. Y en todos trabajan personas comprometidas con la problemática que sostienen bajo distintas tensiones la mejor calidad de atención posible. Sin embargo, podemos expresar que las ofertas desde el Estado, aunque existen, no son suficientes o no abordan ni brindan respuestas a la situación en toda su complejidad.

Sería interesante poder delimitar, analizar y evidenciar en un futuro el mapa de recursos a nivel país. Sería importante observar, en este sentido, la antigua dicotomía, que continúa estando presente en distinto grado (interior - capital porteña), y sumarle otro cruce examinando las diferencias de medios actuales que trabajan la violencia de género entre las grandes metrópolis de cada provincia y el resto de los territorios. Otro dato a tener en cuenta son los contrastes dentro de una misma ciudad: dentro de Rosario (como en la mayoría de las “grandes ciudades”), por ejemplo, existe una importante brecha económica, y como suele suceder, no sólo es importante que existan recursos, también es importante su accesibilidad.

Actualmente, existen campañas publicitarias de amplio alcance que estimulan a las mujeres a hablar, y -como ya se mencionó- este es un paso sumamente necesario. Pero entonces surgen preguntas: ¿qué les espera después



de hacerlo?, ¿de qué forma se está garantizando la seguridad de esas personas? En los spot publicitarios se las invita a denunciar, pero ¿estamos segurxs de lo que van a encontrarse cuando entren a una comisaría?, ¿qué va a pasar después de la denuncia si es que la pueden efectuar? Hasta que las mujeres no reciban un ofrecimiento que les permita ver una estrategia concreta que logre satisfacer todas las aristas de la problemática y que les permita llegar a un lugar en el que la situación de violencia pueda quedar atrás, de una forma implícita, se las está invitando a guardar silencio.

Sin la intención de caer en la banalización que se realiza cuando se menciona a “la educación” como la gran solución de todos los males, sin especificar la educación de quiénes, por quiénes y específicamente sobre qué temas, resulta necesario remarcar la importancia de concebirla como una herramienta importante para derribar los prejuicios y preconceptos que sostienen las violencias. Para no caer en las generalizaciones hay dos líneas que son fundamentales: una es implementación de la Ley de Educación Sexual Integral que permite la posibilidad desde temprana edad de tomar contacto con conocimientos que permitan desnaturalizar la construcción cultural de los sexos, los géneros y las inequidades de poder resultantes. La implementación de los materiales continúa siendo dispar entre las escuelas públicas y privadas (sobre todo por la fuerte presión religiosa) y no existe un control de los modos de implementación y los alcances de la misma. Y por otro lado, la segunda línea supone el ingreso de la perspectiva de género dentro de los contenidos curriculares de formación académica (en algunas carreras ya existen algunos cursos o seminarios), que permitirá en un futuro la presencia de profesionales con una mayor reflexión sobre las problemáticas sociales y otras perspectivas sobre sus conocimientos particulares. También se hace necesaria la implementación de talleres sobre perspectiva de género para aquellxs profesionales que ya están inmersos en el mundo laboral.

Otro gran aspecto es el de la información, que en gran medida direcciona la violencia al ámbito privado, está dirigida exclusivamente a las víctimas y tiende a derivarlas hacia distintas instituciones. Además, cuestiona muchas veces “aquello” que deberían haber visto o percibido para evitar esas situaciones (bordeando así



el límite de la culpabilización). No existe en dicha información contenidos tendientes a comprometer a las personas del entorno cercano e incluso a implicar a toda la sociedad en general, lo cual resulta problemático ya que a la jerarquía sexo-genérica presente dentro de la normalización del género, en distintos niveles, la sostenemos entre todos. De este modo, ya que se asumen como hechos aislados, pareciera que el resto de la población no tiene ninguna posibilidad de acción desde la cotidianeidad, para desarmar el entramado que sostiene esas violencias, colaborando y acompañando a aquellas personas en tales situaciones.

Se puede observar que, en los medios, la exposición de situaciones de violencia, muchas veces, se realiza más desde el componente morboso de los relatos, para generar un espectáculo del sufrimiento, que para visibilizar la complejidad de la violencia. Es decir, hacen falta campañas en las que se aborde las causas del machismo, la misoginia, etc. y en las cuales se puedan empezar a difundir con un mayor alcance los saberes del feminismo y los estudios queers (que continúan generando cierto escozor) dentro de los ámbitos de formación e información.

Hace unos meses nos encontramos con Lía. Ella había sufrido una situación extrema de violencia, y desarrollamos a través del proceso de atención una relación que terminó excediendo el marco institucional y, en la actualidad, devino un vínculo afectivo en el cual compartimos también espacios de activismo. Durante el proceso de recuperación, mientras intentaba reponerse físicamente, atravesar las instancias legales, transitar el tratamiento psicológico para poder superar esta situación, debió enfrentarse a una violencia mediática ya que su historia fue expuesta a través de un diario local³² bajo estereotipos machistas que la colocaban a ella como una bailarina atractiva y provocativa, y a su pareja como un novio víctima de los celos (se bordea y resalta esta instancia ya que luego del intento de homicidio el agresor cometió suicidio). En la nota además se mencionaban datos que no eran ciertos: su profesión, la situación de la relación

³² Consulta mediante, Lía me permitió escribir este párrafo y utilizar su nombre de pila como aparece en la nota periodística. Puede leerse la nota “Se mató tras dispararle un tiro a su pareja en medio de una pelea en Pichincha”, publicada el 22 de marzo de 2015 en la Sección Policiales del diario *La Capital*. Disponible en: <http://www.lacapital.com.ar/policiales/Se-mato-tras-dispararle-un-tiro-a-su-pareja-en-medio-de-una-pelea-en-Pichincha-20150322-0043.html>



(que ya había terminado), la cinemática del hecho en la que, por ejemplo, se hablaba de un arma presente en la casa y de una pelea, cuando en realidad el agresor había llevado la misma con la intención premeditada y clara de utilizarla, la cantidad de disparos, etc. Debió además soportar los violentos comentarios presentes en el foro de dicha nota, en los cuales de víctima pasaba a ser victimario:

Esto pasa porque las minas buscan enfermos mentales para formar pareja. Y va a seguir sucediendo en tanto y en cuanto no se planteen esta cuestión. Alguien que me explique la atracción que sienten hacia los vagos, drogadictos, golpeadores, abusadores, maleducados, porque no la entiendo.

La macana es nunca podremos saber cómo era él. Ahora podrán decir las cosas más ofensivas que se les ocurra. Total el pobre tipo no esta disponible. Solo el tiempo podría darnos alguna pista en base a la trayectoria que tome en el futuro la otra parte de esta historia. Pero eso es otra historia y a mi no me interesa en nada.

La verdad matarse por una mina estaría loco de amor pobre loco que en paz descanse y la bailarina que siga colgada del caño bailando bailando vivita y culiando.

Como queda entonces expuesto, existieron varias violencias: la del propio medio que escribió información incorrecta, tendenciosa y ofensiva, y la de quienes se sumaron a la nota realizando en el foro juicios de valor y emitiendo comentarios hirientes.

Durante nuestros encuentros Lía comenzó a expresarme que tenía ganas de participar de espacios en los que pudiera compartir su experiencia con otras personas a las que les hubiera sucedido lo mismo. Entonces nos encontramos con que, si bien existen algunos lugares, éstos no estaban dirigidos como grupos de ayuda mutua y solidaridad de víctimas con la intención de poder dialogar, sino que son espacios en los que se encuentran participando víctimas, pero la finalidad tiene que ver más con la contención inicial y el asesoramiento. La mayoría de los grupos están atravesados fuertemente por políticas partidarias o religiosas, lo que genera para muchas personas una dificultad al acceso y a la participación, y se reúnen en lugares fijos, por lo que se ve dificultada la accesibilidad. Se hace entonces necesario poder pensar en un futuro la existencia de un grupo móvil, que pueda reunirse mensualmente en distintos centros de cada distrito municipal (por



ejemplo, si pensamos en Rosario) y que funcione abierto a ese espacio de diálogo y acompañamiento, brindando ayuda mutua entre personas que hayan atravesado situaciones de violencia.

Hace pocos meses, el 3 de junio de este año, existió una multitudinaria concentración en distintas partes de nuestro país, en repudio a los femicidios. Con el desconcierto del activismo que siempre fue quien gestionó estos espacios y se preguntaba “de qué forma vamos a intentar organizar algo que devino de la espontaneidad”, la concentración aglutinó distintos grupos sindicales, políticos partidarios, feministas, familiares de víctimas, víctimas, y eso que se llama “la gente común”, más específicamente, personas no organizadas. Y el activismo encontró allí un espacio muy fructífero, para recibir a quienes se acercaban tal vez por primera vez con una inquietud y con distintos intereses de participación y para compartirles folletos con información y presentarles sus espacios. Todas las voces gritaron al unísono “Ni una menos”. Me parece importante resaltar lo fructífero de que todxs pudieran compartir ese espacio, de sacar el tema una vez más a las calles, reclamando al Estado las medidas necesarias para que se instrumenten cambios. Sin intenciones de sentimentalismos, me imagino lo fuerte que debe haber sido para todas las mujeres que sufrieron o sufren situaciones de violencia, sentir ese abrazo multitudinario. Ahora sí, adhiriéndome al reclamo de algunos sectores sobre la falta de politización de ese espacio, se hace imperativo en este momento en el que se aprecia una fuerte sensibilidad sobre la problemática y se evidencia la punta del iceberg, exponer y exhibir aquello que se encuentra por debajo del agua y empezar a trabajar por unx mismx. Es decir, para que ese grito que se pudo sostener por una convocatoria general pueda comenzar a deambular los caminos de las particularidades y cotidianidades que sostienen la violencia.

En cuanto a la atención directa, continúa faltando el mapa de los recursos (que a su vez se modifica continuamente) y la articulación de los mismos, por un lado, y el acompañamiento de las mujeres durante *todo* el proceso de atención, por el otro. Si bien desde los distintos organismos intentamos mantener un contacto telefónico durante las derivaciones, las mujeres deben ir de un sitio a otro, y muchas veces se encuentran con personas que no están sensibilizadas sobre la problemática (y como ya se mencionó son revictimizadas bajo la violencia



institucional) y se dificulta el sostén de las estrategias pautadas. Por esto, deben realizarse trabajos de sensibilización dentro de todas las instituciones por las que deban transitar las personas en situaciones de violencia.

Otra cuestión surge debido a que en la mayoría de los casos las mujeres presentan dificultades laborales, por realizar el trabajo “doméstico” que no es remunerado o porque no se encuentran formalizadas en los trabajos y, por lo tanto, ausentarse del mismo significa perderlo, y debido a las dificultades económicas no pueden abonar además los traslados. Existen múltiples circunstancias familiares (como el cuidado de lxs niñxs) o personales que requieren de un acompañamiento permanente. Y también el agresor puede interceptarlas en el camino de una institución a otra (los procesos de atención lamentablemente suelen burocratizarse en una larga serie de trámites) y las mujeres ya angustiadas por la situación de violencia pueden terminar sintiéndose agobiadas y frustradas.

La mayoría de los organismos tienen horario reducido y los casos suceden en esas horas en las que sólo queda esperar, sin mencionar las dificultades si es un fin de semana o un feriado. En relación con esto, es preciso hacerse algunas preguntas: si con el correr del tiempo estamos continuamente mencionando que (debido a un real incremento o por un cambio en la mirada) las consultas al sistema de salud debido a problemáticas sociales se incrementan, si rige en nuestro país una nueva Ley de Salud Mental que plantea nuevos escenarios, ¿cómo se han reacondicionado los recursos de Trabajo Social y Salud Mental en todos los efectores públicos frente a estas realidades? Acaso podríamos preguntarnos por la posibilidad de ampliar los días y horarios de atención de dichos servicios para garantizar una mejor atención a lxs pacientes, del mismo modo que el resto del personal (mucamxs, enfermerxs, camillerxs, médicxs, administrativxs, etc.) trabajamos a tiempo completo. Tal vez de esa forma, en lugar de buscar alternativas para lxs pacientes, los servicios puedan readecuarse a sus necesidades, porque si bien todxs podemos escuchar empáticamente y orientar sobre recursos sociales, existe un límite que es donde empieza la incumbencia específica de cada profesión y el accionar necesario de estos dos servicios. Y desde ese lugar surgen estas preguntas: desde el reconocimiento y la



importancia del trabajo de estxs profesionales dentro del equipo de salud y desde la necesidad de generar una oferta de atención que esté acorde a las necesidades de lxs pacientes.

Por su parte, el personal policial, con escasas excepciones, continúa obstaculizando y dificultando el acceso de las personas a la justicia. En un gran porcentaje de casos, las mujeres refieren que en las seccionales no les quieren tomar la denuncia o dificultan los oficios referidos a la notificación y exclusión del hogar de los agresores. El trabajo con los centros judiciales de denuncia y las fiscalías han resultado efectivos para sortear esas dificultades, pero actualmente se encuentran sobrecargados de trabajo y no debería perderse de vista la necesidad de trabajar sobre las comisarías, porque la violencia institucional que emerge de las mismas lamentablemente está fuertemente naturalizada.

En la mayoría de los casos la seguridad de lxs pacientes está en riesgo, y por ende son necesarios pasos legales: ordenar y contener asuntos familiares, habitacionales, laborales, psicológicos, afectivos y económicos (sólo por mencionar algunas instancias). Se hace imperativo -más que espacios a los que deban recurrir de un lado a otro y en soledad- poder generar un espacio de compañía permanente que asesore (reclame) y contenga a lxs pacientes y se enfrente junto a ellxs a las dificultades que emergen de las instituciones.

Se hace entonces necesario, en un futuro cercano, un espacio físico con atención las veinticuatro horas del día y la creación de un equipo interdisciplinario y móvil, que no sólo articule las redes de atención sino que además acompañe a las mujeres durante todas las instancias que sean necesarias, durante y después del proceso. Siempre respetando la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones y en los tiempos personales.

Muchos grupos y organismos se están creando en estos momentos, y por supuesto todos serán bienvenidos, pero considero que hasta que no se genere un equipo especializado y con atención continua y dinámica de los casos, que articule todos los recursos, estaremos funcionando como eslabones aislados y no se podrá ver la problemática en toda su complejidad. Existen en la ciudad centros de residencia transitorios (aunque lamentablemente no son de acceso directo) y desde el año 2014 se están entregando botones de alarma, que sirven en distintos



grados como herramientas de contención. Pero, reitero, todavía falta una respuesta continua, dinámica e integral. Existe desde el “Teléfono verde” y el Instituto de Violencia de Género de la Municipalidad un equipo que trabaja arduamente sobre la problemática, pero a pesar del gran compromiso de todos sus miembros, los recursos con los que cuentan son insuficientes y cada vez son más las aristas que deben abordar, siempre con el mismo personal y el mismo presupuesto económico. Existe allí otra dificultad: se formulan leyes, decretos y reglamentos, pero al momento de asignar los presupuestos para el desenvolvimiento y concreción de los mismos ya sea a nivel Nacional, Provincial o Municipal, las cifras económicas que se adjudican son ínfimas. Los diagramas de flujo se encuentran fragmentados, por ejemplo si una mujer llama a la línea Nacional (144) recibe un asesoramiento distinto y en algunos casos no reconoce los pasos que se asesoran dentro de la línea de trabajo Municipal (Teléfono Verde).

Varios cambios deben efectuarse a nivel legal. Los agresores sólo quedan detenidos cuando las lesiones son “graves”, en los otros casos solamente se notifica el límite de proximidad (cuando se los encuentra, ya que muchas veces se dan a la fuga) o se efectúa la exclusión del hogar. Sin embargo, en la mayoría de los femicidios existían antecedentes de múltiples violaciones de estas medidas, lo que reclama buscar otras estrategias. Mientras las mujeres están hospitalizadas la mayoría refiere: “para cuando yo vuelva a casa ya no va a quedar nada”. Los momentos después de la exclusión del hogar o del límite de proximidad, suelen ser instancias en los que muchas veces las mujeres tienen la sensación de que nada ha cambiado. Continúan recibiendo amenazas (muchas veces incluso a través de los familiares del agresor) y suceden encuentros fortuitos en los que son interceptadas en la vía pública o el agresor irrumpe en sus viviendas. Cuando llega la policía el agresor ya no está y se recae en la lógica: si no hay marcas, no hay pruebas; si no hay pruebas o evidencia, hay que esperar entonces a que “algo” más grave ocurra y no se toman medidas; y, en muchos casos, lo que termina ocurriendo es la muerte. Incluso, aunque sepamos que las cárceles no funcionen como lugares de rehabilitación, tal vez sea necesario ampliar



transitoriamente las instancias de reclusión, por lo menos hasta que se pueda asegurar la seguridad de las víctimas.

Otra arista de trabajo necesaria es la de garantizar la contención y las necesidades económicas en “el después” del proceso legal o de la externación desde los efectores de salud. Tanto de las mujeres como de sus familias.

Asimismo, una línea de trabajo no muy explorada (aunque en Rosario hay noticias de que en breve comenzarán a funcionar espacios) es accionar sobre el grupo de agresores. Se nos presenta la tarea de no considerarlos a todos dentro de un mismo patrón y asumirlos como “enfermos”. Esta estrategia de abordaje muchas veces funciona como un modo de disculpa (“no saben lo que hacen”) o se los intenta patologizar para entonces buscar una cura mágica: ¿existen posibilidades de “curación” para un varón violento? Otra postura es asumirlos solamente como criminales y, aunque lo sean al infringir la ley, parecería que no hay nada más hacer que aislarlos de la sociedad, sin tener en cuenta que, en algún momento, van a reincorporarse a la vida social. Por eso, si queremos evitar que vuelva a suceder lo mismo, algún tipo de proceso o abordaje tenemos que realizar durante el proceso de reclusión. Durante mucho tiempo pensaba que si todavía no podemos brindar respuestas para todas las mujeres y de una forma integral, cómo vamos a delimitar recursos para quienes las agreden. Pero con el tiempo y la breve experiencia considero que es una línea necesaria, por las mujeres mismas. En más de un caso que me ha tocado atender, las pacientes referían que se encontraron posteriormente con ex parejas del agresor que les comentaron sobre el historial de violencia. Con esto no quiero decir que la conducta violenta de los agresores indefectiblemente se arrastrará durante toda la vida, pero sí que existen altas chances de que vuelvan a iniciar relaciones y éstas vuelvan a estar basadas en el ejercicio de violencia. Y por esas futuras mujeres me parece que debemos empezar a pensar en estas estrategias.

Un paréntesis para poder pensar una futura transición de la violencia de género a las violencias del género

Dentro de las diferentes perspectivas que abordan la noción de género históricamente, se ha trabajado hasta aquí con el concepto más “clásico” por dos



razones estratégicas: una se debe a que el trabajo realizado por el Comité se materializa sobre ese enfoque (retomando la sugerencia de algunxs autorxs que, al entender el género en su entramado social, hablan de “violencia masculina hacia las mujeres”), y la otra razón se vincula con la necesidad de reponerlo para poder señalar su devenir teórico. En este sentido, es interesante tener en cuenta cómo el término inicia un fuerte camino dentro de la medicina (por caso, lo que Money y Stoller asumían como patologías), y luego es redefinido políticamente por el feminismo hasta llegar al redimensionamiento efectuado por los estudios queers.

Por lo expuesto, ha sido y continúa siendo muy importante la instancia en la que la categoría *género* comenzó a ser utilizada como la construcción social de los varones y las mujeres y las desigualdades de poder que surgen de su relación. Pero nuestro análisis no debería terminar simplemente allí:

Considerar el género como construcción social significa, de hecho, reconocer que los roles o papeles de género naturalizados son en realidad aprendidos y varían en cada sociedad, comunidad o grupo social. (...) Considerar como “naturales” estos roles y las capacidades a ellos asociadas significa creer que son inmutables. En cambio desnaturalizar la percepción que se tiene del ser varón o mujer permite pensar de otro modo los lugares que ambos pueden ocupar. Con este discurso, sin embargo, el feminismo asumía la existencia de una base biológica a la que se superponen diferentes mecanismos culturales. Como parte de esto, la distinción entre sexo y género mantiene la lógica binaria que ha marcado la generación de ideas y categorías en el pensamiento de la modernidad. De este modo, la inclusión del término *género* para referirse a la diferencia sexual, si bien en un primer momento fue útil para enfatizar el carácter social de la desigualdad entre hombres y mujeres, no logra romper con la forma de pensamiento que sostiene dichas diferencias. Cuando se define el género en función de los aspectos socioculturales asignados, restringiendo el sexo a las características anatómo-fisiológicas que distinguen hombre y mujer, se sigue manteniendo la dicotomía naturaleza/cultura. (Biglia, Bárbara y Lloret, Imma: “Generando géneros y patologizando sujetos”, en Missé y Coll-Planas 2010: 216)

Es preciso llegar a otros puertos, para desatar un nudo más profundo y lograr escapar de los determinismos biológicos. Para poder pensar al género con otra complejidad se nos presenta la oportunidad de otro abordaje desde los estudios queers:

Lo queer surgió como una teoría postmoderna en Estados Unidos. Sus máximos exponentes son las escritoras Judith Butler, Eve Kosofsky Sedgwick,



Donna Haraway y Teresa de Lauretis quienes tomaron los conceptos de sexo, sexualidad y género de las teorías feministas, del movimiento de liberación gay y, principalmente, de Monique Wittig y Michel Foucault para practicar una des-ontologización de las políticas y de las identidades y discutir las operaciones discursivas que construyen la normalidad sexual observables en el funcionamiento de la cultura disciplinadora, en la medida en que se obliga a los cuerpos a llegar a ser inteligibles tan solo dentro del esquema estrecho y coercitivo que postula la realidad natural únicamente de dos sexos, cuyas diferencias resultarían inconmensurables entre sí. (...) La primera noticia que se tiene de las teorías queer la proporciona un artículo de Teresa de Lauretis publicado en la revista *Differences* en 1991 en el que aparecen, por primera vez, los términos *queer theory* de forma explícita. Pero se considera la obra inaugural de ésta el libro *Gender Trouble* de Judith Butler, que es publicado apenas un año antes que el artículo de Teresa de Lauretis. (...) La influencia más notoria sobre las teorías queer viene posiblemente de la perspectiva postestructuralista (...) Dentro de los principios de la perspectiva postestructuralista podemos encontrar el libro *Historia de la Sexualidad*, donde Michael Foucault considera a ésta como a una experiencia histórica que se constituye por tres ejes: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad. Foucault señala en su libro *Los Anormales* el paso de las sociedades soberanas a las sociedades disciplinarias en torno al siglo XVIII, como un desplazamiento de un tipo de poder que decide y ritualiza la muerte, a un poder que calcula y organiza la vida de las poblaciones. Son en definitiva dos modelos de gestión del cuerpo social. Y, al último modelo, Foucault denomina *biopolítica*, que sería el conjunto de prácticas gubernamentales dirigidas a racionalizar la vida de la especie: prácticas de salud, de higiene, de natalidad, de clasificación y depuración racial. (...) La teoría queer cuestiona la existencia de categorías tales como las de hombre, mujer, heterosexual, homosexual, bisexual, y lesbiana, entre otras, cuestionando ese concepto prescriptivo de "naturaleza". Según este enfoque, *todas ellas son construcciones sociales* y su imposición, bajo la responsabilidad de la naturaleza, encubre una ética disciplinadora. (Sierra González 2009)³³

Resulta indispensable para pensar la categoría de género centrarnos en *El género en disputa* de Judith Butler, en el cual

Butler se proponía desestabilizar <<el orden obligatorio de sexo/género/deseo>>, es decir la pretendida naturalidad del vínculo causal o expresivo entre tales términos. Un régimen de regularidad semejante, lejos de estar inscripto en la naturaleza humana, es para Butler el producto contingente de lo que denominaba *matriz heterosexual*, esto es, <<la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos>>. (...) Tal matriz de inteligibilidad funciona como un marco u

³³ Resulta de interés, de modo introductorio a estas conceptualizaciones, el desarrollo del término "queer" que realiza esta autora en el trabajo citado, así como también *Teoría queer y psicoanálisis* de Javier Sáez (2004) ya que ambos trabajos sirven para tomar contacto con autorxs y críticxs que fueron complejizando y ampliando esos estudios.



horizonte en el que los cuerpos son leídos y significados, y a partir del cual se regulan los modos disponibles y viables de vivir y actuar <<como mujeres>> o <<como varones>>. De tal modo, aquellos cuerpos, géneros o deseos que transgredan de alguna forma los modelos regulativos que tal matriz impone, están expuestos a las más diversas formas de sanción social –burlas, persecuciones, descrédito moral, falta de reconocimiento jurídico, social o cultural, e incluso, la muerte-. Habida cuenta de tales propósitos, el aspecto más interesante de su propuesta es la redescritión que ofrece de la noción feminista de género, es decir, su *concepción performativa del género*. Contra la presuposición de sentido común que concibe cualquier actuación de género como expresión de una determinada identidad de género mayormente estable –i.e., actuamos como mujeres porque tenemos una identidad femenina-, Butler toma en cuenta la sugerencia nietzscheana de que <<no hay ningún “ser” detrás del hacer>>. Para esta autora, entonces, el género no es un atributo sustantivo que precede a nuestras actuaciones –performances-masculinas o femeninas (...) En revisiones posteriores a su teoría Butler subraya el abordaje discursivo que implica su propuesta: <<la performatividad>>, aclara, <<debe entenderse, no como un “acto” singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra>>. Es decir, desde que venimos al mundo somos colocados en un horizonte discursivo heterocentrado en el que somos reconocidos o como varones o como mujeres. Piénsese, por ejemplo, lo que desencadena la afirmación de un ecógrafo o una obstetra cuando anuncia: <<¡Es una nena!>>. Según Butler, la emisión de dicho enunciado no supone el reconocimiento de una identidad preestablecida, sino que produce performativamente la identidad que nombra, en tanto que coloca a esa porción de carne humana bajo regulaciones sociales que las categorías de género presuponen. (Mattio, Eduardo: “¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual”, en Morán Faúndes, Sgró Ruata y Vaggione 2012)

Desde los estudios queer, por lo tanto, se puede pensar el género de manera que dilate la mirada, y así poder considerar la violencia que emerge desde la normalización de sus concepciones, lo cual podría englobar otras circunstancias.³⁴

Si habláramos de violencias en plural, podríamos pensar que existen distintos niveles de complejidad del término. Se pensaría no sólo la violencia que surge de la relación entre los géneros sino la implícita en la construcción de la norma de género. La norma se construye (y sostiene su puesta en escena) sobre la pauta de que sólo existen, o deberían existir, varones masculinos y mujeres femeninas como identidades rígidas, delimitadas en un fuerte estereotipo de formas de expresarse y relacionarse y unidos por una única forma legítima de

³⁴ Para un recorrido más extenso sobre estas cuestiones, *cfr.* Arisó Sinués y Mérida Jiménez (2010).



sexualidad que sería la heterosexualidad, sostenida por una única forma de relación que debe ser afectiva y monogámica y con un fin último que sería el reproductivo. Podemos vislumbrar que las violencias que emanan de la normalización del género son múltiples y diversas, y no recaen solamente sobre los cuerpos de las mujeres. Existe una presión general por insertarse en el arquetipo, y tienen lugar diferentes opresiones y violencias en respuesta a la transgresión (con sus distintas formas de percepción social) de uno o más aspectos (con diversos entrecruzamientos) de la norma.

De inicio podríamos detectar un nivel de opresión amplio que impactaría sobre todos los cuerpos y comportamientos, por encajar durante la socialización, en esos dos únicos polos estrictos, varón/mujer y su forma legítima de expresión, como masculinos y femeninos. Esta presión por ajustarse a esos patrones de distintas formas nos atraviesa a todxs, incluso a quienes se identifican como varones y mujeres.

Luego estaría también presente el desbalance de poder sobre la que se construyen y relacionan esos dos únicos sexos y géneros reconocidos, y ahí tendríamos la noción más “clásica” que incluye la violencia masculina hacia las mujeres. En este sentido, además podríamos pensar la violencia que reciben también otras identidades no normativas, asumidas socialmente como femeninas, como la identidad marica o la identidad trans femenina.

Además tendríamos las violencias que reciben todos aquellos cuerpos que no se inscriben dentro de la lógica binaria de sexo, por ejemplo, los cuerpos intersexuales o trans. También aquellas violencias que reciben otras expresiones de género que no responden al estereotipo de género como, por ejemplo, varones afeminados, mujeres consideradas masculinas o identidades andróginas.

Otras violencias surgen sobre aquellas sexualidades disidentes del deseo normativo heterosexual, como por ejemplo el lesbianismo, la bisexualidad, la homosexualidad, etc.

Asimismo, existe una violencia sobre aquellas personas que no asumen expresiones de género, identidades de género o identidades sexuales de una forma estática o rígida, en la medida en que las mutaciones o devenires suelen recibir severas impugnaciones.



Surge además una gran presión sobre quienes se identifican como asexuales (con todas las gamas de posibilidades). Existe una gran patologización de estas identidades debido a que dentro de la norma está implícito que todos los cuerpos deben ser “activamente” sexuales junto a otros cuerpos para mantener una vida afectiva y sexual “sana”.

De la misma forma, existen “sanciones morales” sobre aquellas personas que han liberado su sexualidad de la procreación o que deslindan lo sexual de lo afectivo, como por ejemplo las personas en situación de trabajo sexual o prostitución, o a quienes se rotulan como “promiscuos” y se les estigmatiza, desde el área de salud, como grupos de riesgo, porque se asume que la posibilidad de contagio de enfermedades de contacto genital está en la cantidad de parejas sexuales y no en las precauciones de cuidado. También, desde las corrientes psicológicas se continúa patologizándolos como conductas autodestructivas o inmaduras, a lo cual se suma además la complejidad de que en la sexualidad de los varones existen mayores “licencias” que en el caso de las mujeres.

También existen parejas que se vinculan afectivamente en relaciones que no son monogámicas, como pueden ser las llamadas parejas abiertas, los vínculos poliamorosos o aquellxs que disfrutan de una anarquía relacional. Estos grupos reciben fuertes críticas y presiones por transgredir la norma de la pareja con un contrato y código afectivo y sexual cerrado como único modelo de felicidad. Algo que resulta –podría decirse– hipócrita, ya que todxs conocemos que existen muchas veces experiencias sexuales o afectivas fuera de las parejas, asumidas como infidelidades, y dentro de los vínculos heterosexuales parecería que implícitamente están más permitidas (sobre todo en los varones) y lo único que parece importar es la garantía de confidencialidad (es decir, “que nadie se entere”). En gran medida la monogamia se sustenta bajo un régimen de ocultamiento implícito o una contención compulsiva del deseo.

Y así la lista podría seguir...

Dada la evidente multiplicidad de identidades, muchas veces se escuchan cuestionamientos tanto dentro como fuera del activismo de la disidencia sexual sobre las abreviaturas del movimiento LGBT: lesbianas, gays, bisexuales y trans. La “T” por ejemplo comprende travestis, transexuales y transgéneros, algo muy



debatido porque cada grupo identitario criticaba justamente la necesidad de su espacio propio y el no aglomeramiento; la sigla podría quedar entonces LGBTTT. Otras identidades reclaman estar en la abreviatura del movimiento: faltan por ejemplo la “I” de intersexuales (LGBTTTI), la “Q” de aquellxs que se identifican como identidades queers (LGBTTTIQ), la “A” de asexuales (LGBTTTIQA), la “P” de quienes se asumen pansexuales (LGBTTTIQAP) y nuevamente la lista podría seguir. Es decir, otros grupos buscan su espacio, exigiéndole a las otras identidades que ya han obtenido mayor consenso (dentro del juego de la normalidad), su lugar. El proceso de continuar ampliando las siglas, muchas veces cuestionado, tiene la potencia, por un lado, de poner en evidencia la magnitud del amplio y diverso abanico de identidades (posiblemente infinitas), y por otro lado, a medida que se va haciendo más extensa la sigla, tiene el efecto de generar el desgaste necesario para que la misma necesidad imperiosa de categorización caiga en desuso por su propia extensión (y peso). Por esto actualmente se propone hablar de sexualidades disidentes.³⁵

Como vimos, hay distintos niveles de análisis, que demandarían un desarrollo específico, pero que aquí se intenta por lo menos esbozar. Se asume que en una primera instancia puede resultar excesivamente abarcativo o responde a una mezcla innecesaria de factores en la que se pierde rigor, pero la intención del presente desarrollo es poder vislumbrar entrecruzamientos. Aunque exista el riesgo de banalización, es una instancia necesaria para llegar a transitar, sobre todo desde el activismo, otras estrategias posibles.

De este modo, no ha sido el objetivo de esta exposición sostener categorías y encasillamientos, ni forzar las distintas líneas de pensamiento y los diferentes niveles de análisis para rendir cuentas de todo, sino poder observar que existen formas complejas de pensar las violencias que emergen del género, poder conectar situaciones que parecen o no se interpretan como cercanas (aún

³⁵ Se utiliza la noción de “sexualidades disidentes” y no la de “diversidad sexual” porque esta última, que ha sido mayormente aceptada en el imaginario social, plantea de un modo homogéneo a todas las identidades sexuales, asumiéndose incluso dentro de esa “diversidad” a la heterosexualidad hegemónica, y en realidad ésta forma parte de la norma socialmente impuesta. Por eso lo que se intenta exponer son todas aquellas sexualidades disidentes respecto de esa norma, recorriendo los procesos históricos y culturales y denunciando las violencias que estos colectivos han tenido que atravesar por disentir con la normalidad heterosexual.



asumiendo el riesgo de que a simple vista se vea como un simple aglutinamiento) y que de alguna forma se sostienen en una misma matriz, la cual nos afecta en distintos niveles a todxs. Así, la relación que se establece dentro de la norma es opresora y violenta, y todo aquello que no responda a la misma y que tenga su lugar asignado en el supuesto “afuera”, será oprimido y violentado también al ser catalogado de anormal, enfermo, amoral, monstruoso, criminal o inhumano.

Sin embargo, podríamos no culminar allí y, tomando como guía el concepto de “matriz de inteligibilidad” de Butler, podríamos pensar una matriz de “normalidad” de la que devienen otras estructuras, tal vez no relacionadas directamente con la noción de género, pero desde la que emergen otras violencias. Como vimos, el ejemplo de la ecografía y la sentencia (“es una nena, es un varón”) sirve para evidenciar cómo la emisión de un enunciado puede producir performativamente la identidad que nombra en lo referido al proceso de regulación social del género. Me gustaría comentar una situación anecdótica que permite evidenciar cómo pueden regularse de este mismo modo otros factores, como es el de la estratificación social de clase: un obstetra se encuentra atendiendo un parto de una mujer en un efector público de salud, cuando el parto finaliza toma los dedos del recién nacido y dice “pensar que con estos deditos el día de mañana me vas a robar el estéreo”. Ese médico, a partir de las características sociales de la madre (que él mismo interpretó prejuiciosamente mediante la asignación de múltiples significados), enunció en ese recién nacido la estigmatización social de clase.

Como la matriz de inteligibilidad, se podrían pensar otros moldes de los que se desprenden otras pautas de “normalidad” que estipulan parámetros para lo que se asume como seres humanos sanxs, psíquica y físicamente, con ciertas pautas de adaptación al medio social y a los procesos “normales” de la vida, con cuerpos estándar delimitados por las ciencias y un rígido arquetipo estético de la belleza, y podremos analizar que se desprenden allí numerosas formas de violencia hacia los cuerpos y las mentes que se asumen como diferentes: lxs “discapacitadx”, lxs “gordxs”, lxs “fexs”, lxs “locxs”, etc. Los sujetos de esa matriz, además, son “blancxs”, y devienen entonces violencias sobre el colectivo de los pueblos originarios y sobre los sujetos asumidos o identificados peyorativamente, en



términos históricos y culturales, como “negros”. Quienes reproducen y actualizan la norma, además, son mayoritariamente exitosos desde el punto de vista económico, con lo cual se produce la estigmatización de clase: el “pobre” como amenaza. Esto nos llevaría, entonces, a entender el capitalismo como una matriz de altísima responsabilidad en la producción de violencias.

El desafío recae en empezar a poder pensar estrategias que apunten desde las distintas categorías y colectivos para desanudar esa matriz de normalidad que, aunque no deja de ser una sola, presenta distintas aristas.

En los procesos de lucha, para resistir esas violencias, los sujetos suelen agruparse debajo de sus categorías. Esta es una instancia que emerge habitualmente frente a la violencia y la discriminación y es importantísima para denunciar los problemas específicos que afectan a cada grupo, para encontrar protección con los pares y poder luchar por reconocimientos y derechos. Pero sería importante también encontrar otro sitio de articulación, en el que desde los distintos espacios tengamos en claro, en principio, que podemos corroer en dirección a la parte de la norma que nos afecta, pero podemos también apoyarnos en un planteo más amplio, ya que en cualquier caso lo que se intenta deconstruir forma parte de una misma matriz de normalidad.

Por supuesto, cada colectivo tiene sus propias agendas políticas, sus reclamos específicos y las marcas concretas de una violencia particular. Pero además de buscar equidades y derechos y denunciar opresiones, aunque suene utópico, sería interesante poder encontrar espacios de trabajo conjunto en un gran colectivo de todos esos colectivos, para desarticular ese lugar común que impacta sobre todxs, para que más que intentar ser integrados e ingresar dentro de la normalidad, logremos destruir la categoría misma de “normalidad”. Y tal vez esa estrategia no deba estar cargada de la postura integracionista (que en una instancia contigua pueda ser válida para responder a los efectos inmediatos de la matriz) sino en un discurso más corrosivo, un punto de conexión desde el cual todxs juntxs confrontemos en compañía esa matriz.



Otro desafío para los equipos de salud: aborto

Todas las personas que atraviesan un proceso de gestación³⁶ y desean interrumpirlo; que deben enfrentarse inicialmente a la norma cultural de la maternidad obligatoria programada en las subjetividades; que sufren una enorme presión y estigmatización por parte de la sociedad, que es el seno de reproducción de las normas hegemónicas; que no pueden acceder a una educación sexual integral que, entre otras cuestiones, les permita elegir anticonceptivos que eviten la instancia de aborto; que tampoco pueden acceder a un aborto gratuito, legal y seguro si lo requieren³⁷ y por lo tanto se ven expuestas a distintas violencias institucionales, sufren daños en su salud integral, o encuentran la muerte por prácticas inseguras: todas estas personas son víctimas de violencia de género. Porque esas personas no pueden ejercer la autonomía sobre sus propios cuerpos y el resultado es, lamentablemente, experiencias traumáticas, secuelas en su salud o tal vez la muerte: un femicidio evitable, por un derecho que continúa siendo negado. Y existe ahí otro espacio que reclama un trabajo por parte de lxs profesionales de la salud.

En principio es importante reconocer la diferencia entre gestación y embarazo, ya que esta última palabra continúa funcionando dentro del imaginario social como un destino: se presume que toda mujer que tiene una gesta está embarazada y es madre. O que todas las mujeres deben tener un instinto materno, y aquellas que no lo “sienten” tienen un problema (que se debe resolver intentando que el instinto se despierte) o pueden incluso ser consideradas “menos

³⁶ Habitualmente visualizamos como personas con capacidad gestante a mujeres. Asimismo, también pueden visualizarse dentro de estas personas a lesbianas (que pueden o no identificarse como mujeres) y a varones trans. Sería interesante además dejar abierto un “etc.” en el sentido de que tal vez existan otras identidades que no estemos pudiendo visualizar en este momento.

³⁷ La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto que funciona desde el año 2005 lleva el lema “*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir*”. La Campaña es una amplia y diversa alianza federal que articula y recupera parte de las luchas desarrolladas en el país en pos de este derecho, y tiene sus cimientos en el Encuentro Nacional de Mujeres. Es impulsada desde los grupos feministas y el movimiento de mujeres y cuenta además con múltiples y variadas adhesiones. Sostiene un amplio espacio de participación en debates y audiencias públicas, crea insumos teóricos, difunde información en los medios, recolecta firmas, activa desde las calles, impulsa proyectos legales, etc. Para mayor información se puede visitar su página web: <http://www.abortolegal.com.ar/>.



mujer”. Es tan fuerte la insistencia que parecería que no hubiera forma de ser socializada como mujer sin llevar a cuestas el cochecito del instinto materno.

El estado de embarazo tiene que ver con un deseo, de buscar o transitar y completar una gestación, pudiendo asumir o no al final de la misma un rol de cuidado. Por lo tanto, no toda mujer que obtiene un resultado positivo en un test está embarazada, sino que se encuentra en un proceso de gestación que puede o no devenir en embarazo. No se intenta negar la existencia del término embarazo o de la figura de madre, sino destacar que no necesariamente deben ser lugares obligatorios. Son experiencias posibles, siempre y cuando formen parte del deseo personal de asumir dichas categorías.

Frente al término técnico de “aborto no punible” que establece la ley o “interrupción voluntaria del embarazo” que se propone en los espacios de salud, prefiero, aunque eventualmente utilice dichos términos, seguir hablando de aborto: esa palabra asumida históricamente dentro de la cultura como negativa, tabú y muerte. Aun cuando de inicio sepamos la resistencia subjetiva que genera hablar de aborto, me parece necesario no utilizar otras palabras que parezcan más “livianas” o mencionarla junto a otras que obligatoriamente orienten un sentido. Porque es imperativo redefinir el sentido con que hemos cargado a esta palabra³⁸; sólo así ayudaremos a que las personas que abortan pierdan los efectos de esa carga, no evadiendo el uso del término en sí mismo. Sin por esto negar que en la actualidad esos prejuicios siguen vigentes y se materializan en violencias que reproducen e intentan sostener el mismo escenario infortunado, sino para poner en evidencia que también existen otros modos de experiencia posibles y esas experiencias deben comenzarse a escuchar.³⁹

En lo referente al ámbito de la salud, desde la formación se continúa desplegando el marco fisiológico sobre esta problemática y de forma reducida. En enfermería, por ejemplo, tal vez se desarrolle brevemente en alguna cátedra de deontología como un “problema ético” reafirmando siempre la polarización de

³⁸ Desde los grupos de acompañamientos de aborto medicamentoso, por ejemplo, se asume la reivindicación del término “abortera” así como dentro de los colectivos de disidencia sexual se reivindica, por ejemplo, el término “puto” o “tortillera” como apuesta política que neutraliza el insulto o la carga peyorativa al apropiarse de dichos términos como identidades llenas de orgullo, carentes de miedo y vergüenza.

³⁹ Véase el libro de Dahiana Belfiori: *Código Rosa: relatos sobre abortos* (2015).



“aborto sí – aborto no”, a través de un abordaje proyectado desde la moral. Se centra en lo que lxs profesionales sienten o piensan desde sus saberes y prejuicios personales, como si las personas esperaran fuera de las aulas el fin de esos debates, para comenzar a abortar. No se brindan en la formación los materiales existentes en salud para las prácticas de aborto seguro⁴⁰, ni el marco legal vigente, ni la realidad histórica y política del aborto, sobre la cual los saberes feministas han producido una importante bibliografía crítica.

Como ya se mencionó, las pautas y normas sociales dentro de la cultura patriarcal decretan que el deseo y fin último de las mujeres sea la procreación, concibiendo toda potencial gestación como un deber a cumplir, sin posibilidades de interrupción. Esta ideología se sustenta a través de fuertes estereotipos que transcriben románticamente la figura de “madre” como sentencia, como único lugar posible de existencia. Se despliegan allí todos los juegos de niñxs y adultxs que en distintos niveles programan los deseos y estigmatizan el aborto como un acto en contra de “la naturaleza” y las “buenas costumbres”, siempre evitable, oscuro y peligroso. En pocas palabras, se lo proyecta como un crimen al determinar que todo producto de una gestación es una persona, y por lo tanto, no importaría lo que la persona que transita la gestación desee y determine, haciendo uso de la autonomía sobre su propio cuerpo. Así, la maternidad se propone e impone como único lugar natural y moral viable. En palabras de Martha Rosenberg,

(...) la vida que está en juego, la que se apuesta, no es la del embrión, que todavía no es sujeto de su vida biológica ni de los vínculos en los que se desarrollará, sino de la mujer: sujeto ya pensante y actuante, encarnado e histórico, con vínculos socio-sexuales y emocionales establecidos actuales, funciones sociales, familiares, proyectos y pasado propio, que decide que no promoverá a sujeto humano al embrión que porta. Privilegio de la vida de la mujer, valor acumulado en su biografía, no potencial, sino históricamente realizado. Poder actualizado en el acto de interrumpir la fantaseada fluencia “natural” de una vitalidad material abstracta. No se constituye humanidad sin esta mediación decisiva por el deseo de la madre, operador irremplazable de la humanización del embrión, vida orgánica que puede transformarse en un individuo humano si es alojado simbólicamente en el proyecto de maternidad de una mujer (...) Paradójicamente, interrumpir un embarazo, impedir un

⁴⁰ Cfr. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, cuya segunda edición fue publicada en 2012 y se encuentra disponible en la página web de la OMS: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/



nacimiento, proyecta un futuro para alguien. A partir de esta decisión –siempre performativa- ella tiene la esperanza de inventar una nueva forma de habitar su cuerpo y su genealogía. Se des-sujeta de las convicciones del ideal materno patriarcal, queda disponible para crear otra significación para su vida. (Rosenberg, Martha: “¿Quiénes son esas mujeres II?”, en Zurbriggen y Anzorena 2013)

Por esto esta autora menciona la necesidad de poder pensar que si la maternidad es realmente una elección, debe existir otra opción posible: “el derecho al aborto es la contraparte lógica de una maternidad elegida y responsable”.

En este punto, nuevamente las leyes y el ámbito de salud no están exentos de la ideología patriarcal sino que son quienes reproducen de múltiples formas los discursos hegemónicos respecto a la maternidad obligatoria.

Existen grupos que se denominan a sí mismos “pro vida” que alegan proteger la vida desde la concepción e intentan proyectar y volver obligatorias las concepciones morales que emanan de sus creencias, sobre la vida de todxs los ciudadanxs. En nuestro país, son en su mayoría grupos religiosos (mayoritariamente católicos pero los hay también evangélicos) que intentan impedir no sólo los avances legales en torno a la despenalización sino también el acceso a las interrupciones voluntarias que se prevén dentro del marco de la Ley. Estos grupos accionan exponiendo la privacidad de las mujeres, intimidándolas, violentándolas públicamente y burocratizando los procesos de atención, ya sea mediante consultas innecesarias a Comités de Bioética (que terminan siendo utilizados como una estrategia dilatoria y sostén de su moral religiosa), presionando a lxs profesionales de salud o judicializando los casos. Podríamos preguntarnos: ¿a favor de qué vida están?

Además de estos grupos que se posicionan ideológicamente de forma tan extrema en torno al aborto, y cuyos miembros forman parte de los equipos de salud, existen otros miembros del personal sanitario quienes exhiben un gran desconocimiento del marco legal y de salud, más allá del posicionamiento personal frente a la problemática. Y es por esto que me gustaría realizar un breve desarrollo, para que este trabajo también pueda ser un espacio de contacto con esa información.



En nuestro país actualmente el aborto se encuentra reglamentado en el Artículo 86 del Código Penal, que estipula las situaciones en las cuales el aborto es legal: cuando se practica el aborto con el fin de evitar un peligro para la vida y la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y en aquellos casos en que la gestación sea producto de una violación.

En lo referente a lo que el Código Penal estipula en casos de violación, existía una lectura que se utilizaba para obstaculizar y restringir el acceso a la práctica de aborto, mediante la admisión de la judicialización de los casos y la delimitación de que sólo era legal cuando lo solicitaban mujeres “idiotas o dementes” (de acuerdo a los términos que la misma ley continúa utilizando).

En un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2012 (“F.A.L. s/medida autosatisfactiva”)⁴¹ dicha Corte se expidió detallando que *toda* mujer víctima de una violación puede acceder a una interrupción legal y que no deben judicializarse los casos. No debe ser requerida una denuncia policial por parte de la víctima, sólo se requiere la firma de un formulario de declaración jurada y del consentimiento informado, los cuales deben quedar dentro de la historia clínica. La denuncia es un derecho, no una obligación, y de ninguna manera la denuncia forma parte de un requerimiento necesario para la atención en salud.

Algo que también logra aclararse en dicho fallo respecto de quienes intentan asumir la defensa legal del *nasciturus*, mediante el alegato de “la protección de la vida desde la concepción” que el Estado debe proveer, sostenido por la constitución y los tratados internacionales, es que dicho enunciado intenta promover acciones positivas mediante políticas públicas respecto a la protección de la madre durante el embarazo y la lactancia, para lograr un marco normativo de seguridad social, y no uno punitivo. Ni fue creado para definir la cuestión relativa al aborto, ni para restringir el alcance del Código Penal. Esa interpretación se interpone además a la manifestación del Comité de Derechos Humanos de

⁴¹ Este caso sucede en Chubut y se inicia en el año 2009 cuando una mujer denuncia que su hija de 15 años ha sido víctima de violación perpetrada por su esposo. En el año 2010 la madre solicita la interrupción legal del embarazo producto de la violación con el consentimiento de la menor que expresa el daño psicológico que dicha gestación le produce, la cual implica un riesgo para la salud y para su vida. La joven tuvo que sortear innumerables e innecesarios obstáculos legales y dentro del área de salud, para poder acceder a su derecho de interrupción legal. Disponible en: <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>



Naciones Unidas a favor de la interrupción de embarazos productos de una violación, que ha expresado su preocupación por la interpretación restrictiva en nuestro país del artículo 86 del Código Penal.

Vale además recordar que el Estado Argentino ya ha sido sancionado en el caso LMR, en un pedido de acceso a una interrupción legal del embarazo por la madre de una joven bonaerense con capacidades mentales distintas, víctima de agresión sexual ejercida por su tío. En este caso, luego de un largo derrotero de obstáculos burocráticos en el marco legal, la joven no pudo acceder a la interrupción dentro del ámbito de la salud pública, por no encontrar un efector que garantizara la prestación, y debió recurrir entonces a una práctica fuera de los canales formales de salud. Su caso fue denunciado a la corte de Derechos Humanos de la ONU en 2007, por “Católicas por el Derecho a Decidir” de Córdoba, el “Instituto de Género y Desarrollo” de Rosario y el “Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujer” que en su fallo en el año 2011 condenó al Estado Argentino.⁴²

Además, al hablar de un peligro para la salud debemos recordar que la salud, según lo establecido por la OMS, no es sólo física, también tiene una dimensión mental-emocional y social. Y el peligro no necesariamente exige la configuración de un daño sino de un riesgo. Por lo tanto, toda mujer que solicite interrumpir un proceso de gestación porque no esté dentro de sus deseos y por ende le genere angustia, tristeza o frustración o porque continuar con la misma generaría un riesgo para su salud mental o social, debe poder acceder a la interrupción legal y para esto sólo se requiere la firma del consentimiento informado.

Otra información que me parece relevante señalar es la referida a la objeción de conciencia, herramienta que es utilizada mayoritariamente (como obstáculo) por los grupos “pro vida” anti-derechos, y que genera grandes dificultades de acceso a la salud.

⁴² Para mayor información, se sugiere leer *LMR contra el Estado Argentino. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal* (Díaz *et. al.* 2011). Esta publicación fue realizada con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el contenido fue organizado por Católicas por el Derecho a Decidir, CLADEM e INSGENAR (12/2009 a 12/2011).



Quien objeta muchas veces no lo hace luego de un recorrido de capacitación y reflexión para pensar la problemática del aborto desde otros ejes que no sean los impuestos por la concepción de la maternidad compulsiva y obligatoria, sino que objeta reproduciendo los discursos de “lo natural” en el que se sustentan la mayoría de los prejuicios de los que emergen las violencias que se desarrollaron a lo largo de este trabajo; por lo tanto, al justificar y permitir a través de la ley dicha objeción, se está legitimando el discurso hegemónico. Cabe preguntarnos si en un Estado democrático debería existir la posibilidad de objetar y negar derechos.

La objeción de conciencia se encuentra presente en el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable” (Ley N°25.673 del año 2003, que se replica luego de diversas formas en las leyes provinciales) y está amparada en el derecho de toda ciudadanx a no ser obligadx a realizar acciones que contrarían las convicciones éticas o religiosas, previsto en la Constitución Nacional para garantizar la libertad de culto y conciencia⁴³.

La objeción debe llevarse a cabo firmando un formulario que es un documento legal y debe presentarse a las autoridades de la institución en la que se participe, y sólo a partir de allí es vigente. Debe ser individual (pero existen casos en los que jefes de servicios o directivos han querido declarar como objetor a todo un equipo o institución) y, de este modo, en cada efector si bien puede haber objetores, deben existir personas no objetoras que garanticen estos derechos. Por esto el Estado debe llevar un registro nacional que permita diseñar el mapa de accesibilidad así como organizar los servicios de salud con antelación (lo cual en la realidad no sucede).

La objeción se refiere a una “práctica” (que cabe aclarar no está permitida dentro de las urgencias médicas) que, en este caso, sería la realización del aborto no punible. Sin embargo, esto no habilita a que quien objeta pueda intentar convencer a la/el paciente según sus convicciones personales, pues la decisión de la persona que solicita el aborto no debe ser cuestionada. El profesional objetor debe realizar la derivación para garantizar la práctica. El nuevo *Protocolo para la*

⁴³ Cfr. Marcelo Alegre (2009).



*Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*⁴⁴ de abril de 2015, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación que actualiza la guía publicada en 2010, toma como principios rectores para la práctica de interrupción voluntaria: el principio de autonomía (brindar la información veraz adecuada y completa para que la mujer pueda tomar la mejor decisión posible); accesibilidad (no deben imponerse creencias o generar obstáculos burocráticos); no judicialización; confidencialidad (la divulgación de información configura una violación a la intimidad y el secreto profesional); privacidad, celeridad y rapidez, y transparencia activa (esto es la obligación de suministrar toda la información de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, con información actualizada, completa y con lenguaje accesible). En esta dirección, recuerda el fallo antes mencionado de la Corte Suprema de Justicia de la Nación:

las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una interrupción legal del embarazo, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto.

Se entiende entonces que tanto lxs objetorxs de hecho, que son quienes generan impedimentos e inaccesibilidad pero que no aparecen en los registros, como lxs objetorxs de derecho, que son quienes aparecen en los registros de objeción, pueden ser sancionadxs si no cumplen con lo estipulado por el fallo.

Personalmente, considero que la objeción es un instrumento discriminatorio ya que, en el ámbito de salud, sólo existe mayoritariamente (con la salvedad de la vasectomía) en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva de las mujeres (anticoncepción hormonal, anticoncepción de emergencia, ligadura tubaria, dispositivos intrauterinos, aborto no punible, etc.). Es lamentablemente el permiso legal para un acto de discriminación y abandono. Por esto debería cuestionarse el ingreso a la salud pública de aquellxs trabajadorxs que son objetorxs, ya que

⁴⁴ Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>.



indefectiblemente su presencia dentro del sistema público de salud genera un daño a la salud de terceros al producir un escenario de discriminación y al no garantizar los programas de salud que el mismo Estado dice querer garantizar.

En nuestro país se intentan garantizar abortos seguros a través de muchas líneas de trabajo artesanales sostenidas por los movimientos de mujeres y grupos feministas. Me gustaría destacar, en este sentido, la difusión de información sobre aborto medicamentoso y el enorme trabajo de las Socorristas. Las Socorristas son activistas feministas que operan a lo largo de todo el país y ofrecen, a través de un contacto telefónico, espacios de cuidado, consejerías y acompañamiento en experiencias de aborto con misoprostol, y se encuentran nucleadas dentro de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.⁴⁵ También existe el grupo de Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto⁴⁶, quienes brindan y sostienen la línea telefónica de “Mas información, menos riesgos”.

El 28 de marzo de 2015, se lanzó oficialmente en nuestro país la “Red de Profesionales por el Derecho a Decidir” que también se desprende de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, un espacio abierto a todxs lxs profesionales de la salud que deseen acercarse buscando información o tejiendo redes para garantizar el acceso en el ámbito de salud. El grupo declara en un documento:

Somos profesionales de la salud de varias generaciones que hacemos actividad asistencial en cada territorio de nuestro país. Somos el eslabón más concreto de la política pública, porque estamos allí dónde las leyes y programas de salud se convierten en derechos para las personas, o por el contrario, se vulneran. Nuestra posición es siempre la misma: respetamos la decisión de cada mujer promoviendo el cuidado de su salud en cada momento de su vida. Queremos democratizar nuestros saberes y garantizar las interrupciones voluntarias del embarazo que nos permite el marco legal vigente, realizando la práctica de forma segura y gratuita para las mujeres, sorteando innumerables obstáculos y barreras. Lo hacemos basando nuestras prácticas en la evidencia científica y tratando de ofrecer los mejores estándares de calidad disponibles. Estamos a favor de la legalización del aborto, del derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, sobre sus vidas. Estamos a favor de la vida: de la vida de las mujeres, de una vida

⁴⁵ Su sitio es: <http://socorristasenred.blogspot.com.ar/p/contacto.html>

⁴⁶ Su sitio es: <http://www.abortoconpastillas.info/inicio.html>



digna, sin miedos ni sufrimiento a causa del ejercicio del derecho a decidir cuántos hijos tener, cuándo tenerlos, o si tenerlos o no.⁴⁷

Otra cuestión necesaria de analizar es la del uso de los términos clandestinidad, legalidad/ilegalidad y seguridad/inseguridad en materia de aborto. Para poder transitar estos términos se hace ineludible respondernos las siguientes preguntas: ¿A qué prácticas de aborto logran acceder las personas? ¿Qué factores median esas prácticas?

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se emiten cifras estimativas sobre las “muertes maternas por aborto”. Sin embargo, los modos en que se codifica y desglosa esa información y el hecho de que, por el proceso histórico y el marco actual, el aborto continúa siendo una práctica que mayoritariamente se realiza fuera del marco formal del sistema de salud, solamente existen aproximaciones, que no dejan de ser valiosas, pero que dificultan la posibilidad de análisis⁴⁸.

Por esto, se intentará realizar un recorrido a través de situaciones generales en torno a la cuestión⁴⁹, con la intención de vislumbrar algunos cruces, que por supuesto no serán todos (y no se pretende que lo sean), porque el objetivo es poder evidenciar a través de esas situaciones un entramado complejo y dinámico (que cambia mientras se escriben estas palabras), y no reafirmar lo que se enumera, como los únicos lugares posibles.

⁴⁷ Para quienes tengan interés en conocer más sobre la Red pueden leer completa la “Carta Pública” de “Profesionales por el Derecho a Decidir” publicada el 28 de mayo de 2015 en la página del Colectivo Feminista “La revuelta”: <http://larevuella.com.ar/2015/05/28/carta-publica-de-la-red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-de-argentina/>. Y para tomar contacto el correo es el siguiente: profesionalesxderechoadecidir@gmail.com.

⁴⁸ Sin embargo, existe en los últimos años la Red de Acceso al Aborto Seguro Argentina (REDAAS), que es una red de profesionales de la salud y el derecho sin fines de lucro, los cuales se encuentran vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. La Red cuenta con una plataforma virtual para el volcado de datos sobre los abortos legales efectuados en el país. A medida que los profesionales se registren en la misma y vayan compartiendo la información correspondiente a sus respectivos efectores de salud, van a poder realizarse análisis epidemiológicos que permitan evidenciar una situación más específica del aborto legal dentro del sistema de salud.

⁴⁹ De todas maneras, aunque esas situaciones puedan reproducirse en todo el país, responden mayoritariamente a la realidad en torno a la problemática en la ciudad de Rosario, en un momento dado. La situación en cada provincia e incluso en cada ciudad (en lo relacionado a la información, el acceso al misoprostol, la objeción de conciencia, la implementación de las guías del Ministerio de Salud de la Nación, etc.) tiene rasgos particulares y se modifica continuamente.



Por un lado, recordemos, tenemos las recomendaciones de los organismos internacionales en salud, que llevadas a cabo permiten que la experiencia de aborto sea segura. Pueden ser procedimientos ambulatorios o que requieran internación, dependiendo del estado de salud previo y actual de la persona y del tiempo gestacional. Las posibilidades son: el aborto medicamentoso (con misoprostol o combinado con mifepristona); la evacuación instrumental, a través de aspiración al vacío (efectuado manualmente utilizando una cánula plástica); o el legrado uterino, que es una práctica de mayor complejidad por los riesgos y complicaciones. La OMS define como aborto inseguro “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”. En el país, contamos con un protocolo para los equipos de salud que ha sido actualizado y que aúna las consideraciones de los organismos internacionales y el marco legal vigente. Pero su elaboración y publicación han tenido que sortear duros obstáculos y polémicas. Y su difusión e implementación no se encuentra totalmente garantizada, ni de la misma forma en todas las provincias.

Por otro lado, tenemos un marco legal dentro del derecho penal que es restrictivo, puesto que se organiza por causales, como ya vimos: causal salud y causal violación. La ley esgrime además que quien puede realizar el aborto es sólo un “medico diplomado” (y la ley lo expresa así en masculino, pensando tal vez sólo en varones o haciendo uso de esa economía del lenguaje sobre la que se construye desigualmente la humanidad, en masculino). Pero debemos recordar que hablamos de un marco legal que data de la década de 1920, es decir, un momento cuando la práctica era solamente quirúrgica y no existía el aborto medicamentoso. Es importante además ponerlo en contexto, porque habla sólo de mujeres y no de personas con capacidad de gestación que incluiría también a lesbianas y varones trans.

Entonces, ¿qué información circula sobre el aborto? ¿Cuáles son las formas de acceso a esa información?

Recordemos que la accesibilidad a la educación y a la información está atravesada por los recursos económicos con que se cuenta. Además, el fuerte



estigma social sobre el aborto impide que este tema circule libremente, por lo tanto, es un tema del que “mejor no se habla” y posiblemente quien decida abortar no comparta su decisión con sus allegadxs por temor a ser juzgadx, lo que en algún grado puede limitar la transmisión o el acceso a información. Parecería que nadie aborta, y entonces no es un tema del que se pueda hablar, porque si nadie lo hizo sencillamente no existe.

La información que emana de las religiones, fuertemente arraigadas en nuestra cultura, forman parte del sostén de la jerarquía sexo-genérica y de “lo natural” reproduciendo la norma de la maternidad obligatoria e intentando fusionar sus leyes (que deberían sólo regir para quienes escogen participar de ese sistema de creencias) con las del Estado, sentenciando la práctica de aborto como una gran falta, un pecado.

Desde el sistema educativo, también las reticencias se hallan presentes y entonces, sobre el aborto: silencio. Salvadas las diferencias entre el sector público y privado, se hace muy difícil la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral (mayoritariamente por la presión de sectores religiosos) y, además, ofrecer una educación que, entre otras cosas, permita el desarrollo de contenidos que planteen una mayor simetría dentro de las prácticas sexuales heterosexuales e incluso de la elección de anticoncepción que siempre recae casi exclusivamente sobre las mujeres.

Dentro de las posibilidades que ofrece el sistema de salud existen, por un lado, lxs profesionales no organizados y también lxs Profesionales por el Derecho a Decidir, que respetan la decisión de la persona y brindan la información y el asesoramiento dentro del marco legal y de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud. Y, por otro lado, se encuentran otrxs profesionales que por temores deciden abstenerse de involucrarse, o que no tienen información, o que ideológicamente se oponen a la misma y a su difusión. Incluso, en algunos casos socializan información que no es veraz o intentan proteger su ideología bajo la patologización, como puede verse al difundir el “síndrome post aborto” que sería un estado traumático con secuelas psicológicas, posterior a la práctica. Pero en realidad, si existe algún tipo de malestar en la salud psíquica, es por el estigma social y no por la práctica en sí misma.



Sin embargo, como el aborto existe y se practica, circula en el boca a boca (en voz baja)⁵⁰ y en ese proceso puede transmitirse información para una práctica segura o insegura. Respecto de la información referida al marco legal (y puede comprobarse al preguntar a cualquier persona que no esté involucrada en la temática) en el imaginario social “el aborto es ilegal”, por lo tanto nadie podría solicitarlo en efectores de salud, y este dato en algunos casos se completa con “sólo se permite si hay violación o si la mujer tiene una enfermedad grave”.

Es escasa la información que se transmite a través de los medios de comunicación, que generalmente se reduce a las “muertes por aborto clandestino”, reafirmando la cadena aborto-ilegal-muerte. Se mencionan, sino, burocracias judiciales. O muy de vez en cuando aparece un debate maniqueo en el cual se enfrenta a personas a favor de la despenalización (que suelen tener que sortear varios ataques y no poder desplegar la complejidad del tema) contra representantes anti-derechos (sacerdotes, médicos o abogados). Es decir, es un debate no equitativo en relación al poder, ya que por más que cada parte tenga el mismo tiempo para desarrollar, la voz de los grupos anti-derechos forma parte del discurso hegemónico dominante, dentro de la cultura patriarcal.

En Internet, existe información sobre remedios caseros, inseguros y riesgosos para la salud (como el uso de perejil o agujas de tejer). Pero también existe información sobre el aborto medicamentoso y sobre grupos de acompañamiento que siguen la información de las guías internacionales de salud para aborto seguro.

Y entonces... ¿Con qué experiencia de aborto puede encontrarse una persona? Si lo practica en su casa, puede ser que intente abortar con remedios o procedimientos caseros inseguros exponiendo su salud, o puede intentar un aborto medicamentoso con o sin acompañamiento. Cabe aclarar que la accesibilidad a dichas drogas es fluctuante pero mayoritariamente dificultosa (en algunos lugares, prácticamente nula) y está atravesada por los recursos económicos con que se cuenta. De todas maneras, vale destacar que en muchos

⁵⁰ En este sentido, suelen escucharse por lo bajo frases como: “dicen que haciendo esto...”, “una amiga fue a...”, “en tal lugar...”, “en tal página...”.



casos existe un contacto con el sistema de salud en la instancia previa o posterior de la práctica (por ejemplo, la realización de ecografías).

Si concurre a un lugar externo, posiblemente acuda a los llamados “centros clandestinos” en un domicilio particular o en un centro privado de salud, en donde se ofrecen mayoritariamente abortos instrumentales, y en donde puede o no encontrarse con personas capacitadas y/o que cuenten con el material preciso y las condiciones sanitarias necesarias para hacerlo de forma segura. Aunque puedan existir excepciones, en gran medida estos dos lugares forman parte del negocio que genera el estigma social, la falta de información, la falta de acceso y respuesta en el sistema de salud y el marco legal restrictivo, y entonces ofrecen abortos instrumentales, cuando tal vez se pueda requerir un aborto medicamentoso; se trata, así, del ofrecimiento de una única posibilidad de mayor complejidad que se pueda cobrar. En ambos casos no existe muchas veces un acompañamiento que permita que la experiencia de aborto no sea traumática, y entonces en muchos relatos se puede escuchar: “ni me preguntaron mi nombre”, “no me explicó lo que hacía”, “me pidieron que no le diga a nadie”. Esto muestra que la ideología detrás de la práctica es obtener un beneficio económico y no garantizar un derecho que tenga en cuenta la salud integral de las personas. En el sistema privado existen más posibilidades de tener menos riesgos físicos, ya que se cuenta en general con quirófanos, con atención especializada y las prácticas se esconden bajo otros nombres, alterando los motivos de ingreso. Pero, por supuesto, todo esto tiene otro precio que no todos pueden pagar.

Si la persona intenta acceder al sistema de salud puede que se encuentre, por ejemplo, con los grupos de profesionales antes mencionados: lxs que deciden no intervenir por temores o desinformación, o bien con profesionales no organizados o los miembros de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir que intentan, a pesar de los obstáculos y dificultades, hacer un abordaje integral, brindando información y garantizando la práctica dentro del marco legal y de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud. Esto se realiza a través de redes artesanales elaboradas por lxs mismxs profesionales frente a las resistencias de los grupos anti-derechos y la falta de políticas públicas.



Pero en gran medida la persona va a encontrarse con profesionales que no tengan conocimientos y que la inviten a retirarse, con objetorxs de conciencia que se negarán a brindarle atención y que pueden o no ser además miembros de grupos anti-derechos que van a accionar activamente para exponerla y burocratizar su pedido.

En fin. Como podemos ver hay abortos, muchos, de diversos tipos y formas, dependiendo del cruce de múltiples factores. También, como pudimos observar en el acceso a la información y las prácticas, son las personas de menores recursos económicos las que se exponen a un mayor riesgo en salud.

El marco legal, al ser restrictivo por causales, continúa reglamentando la decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo, delimita cuáles pueden y cuáles no pueden hacerlo, y qué deben demostrar para poder hacerlo. Es necesario recordar también que el saber médico ha funcionado históricamente como un controlador de los cuerpos, por lo tanto, si bien se busca que el sistema de salud responda ante la demanda, no deberíamos reafirmar que quien únicamente puede brindar información de aborto debe ser el “médico diplomado”, dado que estaríamos dejando a las personas a la merced del poder/saber médico, obligándoles a pasar por su control. No necesariamente las mujeres, lesbianas o varones trans que desean abortar requieren o desean transitar esa instancia de aborto médico, sobre todo teniendo en cuenta el escenario actual y las posibilidades de aborto medicamentoso que no requieren de una “práctica” y, además, las recomendaciones de la OMS que, aunque hablan de personas capacitadas para realizar la práctica y óptimas condiciones sanitarias, no especifican que la información o la experiencia (en los casos ambulatorios) deba ser necesariamente dentro del ámbito de salud. Debería existir, entonces, una oferta accesible desde el sector de salud, pero de ningún modo convertirse en una coacción.

Las personas abortan y el Estado, en lugar de brindarles los medios para que puedan hacerlo de forma segura, las coloca en gran medida fuera de la ley o en el múltiple abanico de la “clandestinidad”.

Si entendemos por clandestinidad todos aquellos actos que se realizan de forma oculta o fuera de los canales “formales” de la ley o del sistema de salud,



podría pensarse tal vez que la mayoría de las prácticas de aborto son clandestinas. Pero si esas prácticas son clandestinas es porque el marco legal actual propicia que todas las personas que desean abortar sean expulsadas a esos espacios. No se está pudiendo garantizar que sucedan dentro del ámbito del sistema de salud, e incluso, cuando la interrupción se lleva a cabo, es atravesando un largo camino de violencia institucional que convierten al aborto en una experiencia altamente traumática. Para dar un ejemplo concreto, en agosto de 2015 el grupo de Socorristas en Red de Rosario inició una denuncia contra un efector público de salud para acompañar a una mujer que solicitó una interrupción legal y que se vio expuesta a dilaciones, a un interrogatorio en el que debió escuchar cuestionamientos y prejuicios. Se le prescribió una droga, que no es la requerida para la práctica de aborto y que le provocó tener que sentir intensos e innecesarios dolores. Además, previo a la internación, se le había indicado misoprostol de forma ambulatoria pero en una dosis que no es la requerida y recomendada.⁵¹

Y entonces fuera del sistema de salud comienzan a elaborarse estrategias para que los abortos sean seguros. Y podemos ver que no todo lo que sucede en lo que se asume como “la clandestinidad” es necesariamente peligroso (sinónimo de muerte), y no todo lo que se intenta dentro del marco legal y del sistema de salud (actual) público o privado, es precisamente seguro. Lo que existe, en realidad, son abortos seguros e inseguros.

Así, el Estado propicia el ocultamiento al sostener las pautas culturales que no permiten realizar la transición del ocultamiento a la privacidad. Por esto se hace necesario poder enunciar que los riesgos en salud y los femicidios se producen no necesariamente por “la clandestinidad” sino por la ausencia del Estado que, en lugar de garantizar un derecho, lo restringe, y de diversas formas propicia la inaccesibilidad.

No debería ser necesario que el derecho regule la práctica de aborto, pero dadas las condiciones actuales y los procesos históricos sobre los que se fueron desarrollando, tal vez podamos estratégicamente intentar despenalizarlo (sólo

⁵¹ Para mayor información, puede leerse la nota periodística publicada por Sonia Tessa (2015).



debería ser penado cuando la práctica se efectúe sin el consentimiento de la persona gestante). Y se hace urgente una ley de interrupción voluntaria de la gestación que sea accesible para todas las personas, que esté delimitada por los tiempos gestacionales y se materialice en una oferta real en los efectores de salud. El eje central de nuestras estrategias debe estar siempre orientado a respetar la autonomía.

El aborto mayoritariamente es practicado por mujeres y por esto ocupa en nuestra sociedad patriarcal el lugar que ésta limita para las mujeres y lo femenino. Los avances que se han ido logrando en materia de aborto han sido posibles por el incansable trabajo de los movimientos de mujeres. Y aunque siempre ha existido el apoyo de otros organismos sería importante entender que la lucha por la autonomía sobre los cuerpos es una lucha de todxs, porque al tensionar la norma de maternidad obligatoria, al reclamar la autonomía de las decisiones sobre los propios cuerpos y al desnaturalizar “la naturaleza”, estamos intentando quebrar el discurso hegemónico que atraviesa las formas de pensar los cuerpos, las identidades y las prácticas sexuales, que nos oprimen a todxs.

Me gustaría terminar con un planteo que he escuchado intensamente dentro de los espacios feministas: más allá de cualquier debate que podamos sostener, no debemos olvidarnos que, mientras hablamos, las mujeres abortan, no están esperando (ni deben esperar) nuestro permiso. El verdadero foco del debate debería ser: ¿cómo podemos garantizar que existan los medios para que puedan hacerlo de forma segura?

¿Enfermedades de transmisión sexual?

Considero oportuno el análisis de las llamadas “enfermedades de transmisión sexual” porque existe allí otro espacio para desarticular algunos prejuicios y estereotipos que emanan de la normalización del género y que pueden presentarse como problemática de injerencia del ámbito de salud.

Resulta pertinente considerar el ensayo “El sida como enfermedad social” del médico argentino Paco Maglio, en el cual expone una carta (escrita con su particular estilo), enviada en 1997 y publicada finalmente en la revista



Actualizaciones en sida. En la misma expresa la necesidad de llegar a otro término, ya que, al reexaminar el pasado de las enfermedades de transmisión sexual, antes llamadas “enfermedades venéreas”, él ironiza (acompañando los reclamos feministas) con que podrían haberse llamado “enfermedades apolíneas”. Y destaca cómo las enfermedades de transmisión sexual en realidad son constituidas como enfermedades de transmisión moral:

Al referirnos a enfermedades que se transmiten por vía cutánea decimos “de contacto”, no decimos “por piel” (con todo el significado que tiene el término “piel”). En cambio, a aquellas que se transmiten por contacto genital las categorizamos como “de transmisión sexual”, reduciendo de esta forma la sexualidad a los contactos, descontextualizándola del deseo, del placer, de lo social (...) Por otra parte, si nos atenemos a la realidad científica, la verdadera vía de transmisión son los “contactos genitales no protegidos adecuadamente” y no “la sexualidad”. Invocar la sexualidad como transmisión es tan descabellado como llamar “enfermedades transmitidas por la palabra” a las enfermedades que se transmiten por vía aérea. (Maglio 2008)

En lo referente a estas enfermedades existe otra necesidad de abordaje y trabajo para los equipos de salud, ya sea estudiando los procesos históricos y culturales en que emergieron y se fueron desarrollando, despojando los saberes de los prejuicios morales, trabajando sobre los escenarios de discriminación, evaluando qué información se transmite y de qué forma se lo hace, y cuál es el acceso a los materiales de cuidado.

Como disparador se ha decidido comentar una experiencia de debate sobre la elaboración de una campaña informativa sobre VIH-Sida. En 2014 participé de una de las reuniones en la que estuvieron presentes organizaciones gubernamentales y ONGs. Me gustaría señalar el enorme compromiso y labor de todas estas organizaciones que, con distintas dificultades, intentan generar y sostener diversos espacios de trabajo. El objetivo era poder elaborar campañas de información, ya que desde el Estado no se estaban (están) promoviendo, y las que existen son en su mayoría confeccionadas y difundidas desde/por el esfuerzo y el trabajo de las ONGs. El motivo de la convocatoria había sido expuesto además desde los medios de comunicación local como “La salud gay en crisis”, que



mencionaba un incremento en las estadísticas de serologías positivas en jóvenes gays.⁵²

No se pretende hacer una crítica exhaustiva de ese espacio de trabajo (que fue muy enriquecedor), ni mucho menos de las organizaciones que participaron, sino realizar un recorte sobre algunos planteos (que también son escuchados en otros ámbitos), interpelándolos para generar un espacio de reflexión.

En dicha reunión, algunxs participantes insistían sobre la necesidad de hacer una campaña exclusivamente destinada para “homosexuales” y sobre sexo anal (por asumir esta práctica como la más difundida dentro del colectivo). Asimismo, algunxs profesionales sostenían en sus discursos la impronta (aún presente) en el ámbito de la salud de “Lucha contra el Sida”.

En las campañas siempre ha existido, de forma explícita o implícita, la acción de culpabilizar a quienes son portadores (“porque algo hicieron mal”), a sus familias (“por no haberlxs protegido”), convirtiéndolos en un grupo riesgoso para la sociedad. En la “Lucha contra el Sida” de las campañas de salud (con una fuerte impronta militarista), contra quien realmente se está luchando es contra “los enfermos” y es por esto que se ha aconsejado la transición de la “lucha contra” a la “concientización sobre”. Y no debe olvidarse que los estudios epidemiológicos muchas veces son realizados e interpretan (o se utilizan para interpretar) una realidad desde una mirada que no está exenta de prejuicios.

Está impreso en la historia de esta enfermedad aquel momento en que se la denominó “peste rosa”, con el objetivo de estigmatizar a la comunidad homosexual y de culparla por esta enfermedad que era asumida por muchxs como un castigo divino por faltar a la norma heterosexual. Y si bien han ocurrido muchas transformaciones, varios preconceptos y prejuicios siguen vigentes, cuando se asume, por ejemplo, que el sexo anal es patrimonio exclusivo homosexual y se propone una campaña en la que la sociedad vuelva a ver afiches, panfletos o comerciales que hablen y conecten “Homosexualidad-VIH” y se reafirme además el preconcepto de “Homosexualidad-Sexo anal”.

⁵² Puede verse la nota completa “La salud gay en crisis: mañana habrá un encuentro de ONGs y especialistas en el Cemar”, publicada el 22 Octubre de 2014 en el Suplemento Salud del diario *La Capital*: <http://www.lacapital.com.ar/salud/La-salud-gay-en-crisis-maana-habra-un-encuentro-de-ONGs-y-especialistas-en-el-Cemar-20141022-0002.html>



Dentro del colectivo homosexual esta práctica no es necesariamente la más difundida (existen la masturbación mutua y el sexo oral, por dar algunos ejemplos) y dentro de las prácticas heterosexuales no existe solamente el coito (el acto moralmente aprobado y sostenido como normal), pues existe (entre muchas otras prácticas) el sexo anal. Cuando se intenta pensar una campaña de información desde/para cada “categoría” sexual, no se está pensando o no se está pudiendo ver la enorme gama de identidades posibles, que no sólo incluyen a la heterosexualidad y la homosexualidad. De esta manera, se estereotipa dichas identidades y se preconiben las prácticas de cada colectivo, lo cual las delimita y distancia, como si los homosexuales sólo tendrían sexo entre sí y los heterosexuales sólo con heterosexuales, es decir, no aceptando los cruces y las relaciones posibles que son en realidad múltiples. Por lo tanto, lo que en realidad debería interesarnos son las precauciones necesarias para evitar un riesgo posible de transmisión en cada práctica sexual.

No se intenta negar que pueda o no existir un incremento (que fue lo que se planteó en la reunión) de test positivos en la población gay de la ciudad, sino destacar que las estrategias que se piensen deben tener siempre en cuenta el fino límite entre la focalización y la estigmatización. Sobre todo teniendo en cuenta la situación de la que se parte: existen pocas campañas y las primeras que comiencen a aparecer seguramente tendrán un fuerte impacto. No se intenta tampoco negar a las identidades sexuales, pues los colectivos disidentes respecto de la heteronormatividad deben ser escuchados, pero no para ser expuestos a través de prejuicios o estereotipos, sino para poder brindar respuestas a los factores socioeconómicos y a las dificultades que encuentran dentro de los espacios de salud (un factor que sigue sin ser fuertemente expuesto y trabajado dentro de ese ámbito)⁵³. Por ejemplo, en lo relativo a las “enfermedades de transmisión sexual”, las lesbianas reclaman la invisibilidad, la falta de información y de recursos materiales para el cuidado, como los campos de látex y el

⁵³ Para quienes tengan un mayor interés, puede verse el cortometraje *¿Cuál es la diferencia?*, que pertenece al colectivo “Ovejas Negras” de Uruguay, en el que se evidencia cómo al asumir, tomar contacto y orientar a todxs lxs pacientes como heterosexuales, se generan importantes daños en la salud de aquellas personas disidentes de la heterosexualidad normativa. Su link es: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpXQY>



preservativo femenino, que no se consiguen en nuestra ciudad. Existe un fuerte preconcepción de asociar al sexo con penetración y tal vez de allí vengan las actividades de repartición compulsiva de preservativos (masculinos), que no deja de ser una actividad necesaria pero no debería ser exclusiva.

Se interpreta a veces este incremento de transmisión en la población gay desde el argumento de que como hoy en día los tratamientos permiten una mejor calidad de vida “los jóvenes no han tenido que ver las muertes y por eso no se cuidan”, o “piensan que es una enfermedad que ya pasó”. Aquí nos encontramos frente a otro fino límite: pensar que a través del temor podría lograrse una mayor “concientización”, cuando lo que tal vez esto está demandando es, por un lado, la escasez de campañas, que invisibiliza la problemática, y por otro lado, campañas siempre pensadas desde/para el aquí y ahora, sin un desarrollo sobre el contexto histórico y cultural. Las campañas no deberían pensarse nunca desde el miedo sino desde la posibilidad de compartir información y recursos, porque lo que los jóvenes necesitan es poder vivir y disfrutar su sexualidad libremente, con el conocimiento de las precauciones para no exponerse a riesgos en su salud. Debemos garantizar la información y los métodos de cuidado, pero no debemos olvidar que quienes deben (poder) decidir son ellos.

La sexualidad, particularmente las prácticas sexuales, funcionan dentro del ámbito de salud como un tabú, por lo tanto, como un lugar de silencio, un “mejor no hables y yo no pregunto”, ya que operan dentro de este ámbito la vergüenza y el “pudor”, tal como el que opera dentro del imaginario social. Pero en realidad ese silencio no es tal, ya que el saber médico habla y regula constantemente a la sexualidad, desde generalidades supuestamente “neutrales”, posicionándose en las normalidades hegemónicas y sus respectivos estereotipos. La salud prefiere no hablar de prácticas sexuales (aunque centre su atención en el coito) pero sí ha hablado a lo largo de la historia sobre las identidades sexuales disidentes, patologizándolas. Este silencio o dificultad para hablar de sexualidad se disculpa muchas veces con la excusa de que la sexualidad formaría parte del ámbito privado, y esto impide asumir la dimensión política de la misma. Deberíamos poder examinar las formas en que el saber médico intenta empujar a la sexualidad



dentro del espacio privado, ejerciendo desde su saber/poder un entramado complejo de regulaciones.

Volviendo a las campañas, no existe gran difusión en las mismas sobre otras enfermedades como sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano, hepatitis, etc. Continúa existiendo (incluso en de algunxs profesionales de la salud) la idea de que VIH y Sida son sinónimos, sin advertir que por un lado está el Virus de inmunodeficiencia humana que compromete el sistema inmunológico, y por otro lado está el Sida, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que es el estadio o etapa de la infección por el VIH en que existe una inmunodepresión progresivamente grave que ocasiona infecciones oportunistas, neoplasias malignas y alteraciones neurológicas.

Otra cuestión es la relacionada con la cantidad de parejas sexuales, ya que aquí recaen los prejuicios sobre la monogamia y la promiscuidad. Se piensa que si alguien está dentro de una pareja monogámica tiene menor riesgo de contagio, cuando sabemos que la norma de exclusividad muchas veces es transgredida. Se estigmatizan las relaciones sexuales con más de una persona, porque faltan a la norma de la monogamia como único lugar legítimo de felicidad y salud, asumiéndolo como un lugar de compulsividad por carencia de afecto y no como un lugar de autonomía y libertad sobre el deseo sexual. De esta manera, se pierde el eje de que lo que en realidad debería importarnos no es la cantidad de parejas y encuentros sexuales, sino el uso o no de métodos de protección durante las mismas.

Es importante que en la información a compartir exista un apartado sobre la discriminación y las formas en las que opera, puesto que genera importantes daños en la salud integral de las personas que viven con VIH-Sida. Se deben garantizar los espacios de detección y la privacidad, y la existencia y accesibilidad a los métodos de protección y cuidado.

Por último, lo que debería ser inicial: si pensamos una campaña de información debemos tomar contacto con las personas, para romper nuestro rol paternalista (que intenta continuamente decirle a las personas qué es lo que deben hacer) y poder preguntarles qué es lo que en realidad necesitan o desean saber, en cuanto a la información y en el acceso a los materiales necesarios para



el cuidado. Debemos tener en cuenta la voz de las personas que viven con VIH-Sida para poder evidenciar los modos en que pueden generarse o sostenerse estereotipos o una estigmatización.

Es importante entonces reclamar que existan más campañas, y mientras tanto, lograr que las que se generen puedan superar los planteos de las que le precedieron, y eviten la reproducción de los “viejos” prejuicios y estereotipos.

Para ir finalizando

La profesión de enfermería continúa mutando y es nuestro desafío orientar esa dirección hacia el cuidado (la problematización histórica y política del mismo), hacia la forma en que decidimos ver a nuestro sujeto de cuidado -los seres humanos (es decir, nuestra capacidad de verlos en la mayor complejidad posible)-, y las necesidades que los colectivos requieren de nosotrxs. Es preciso asumir nuestro lugar de poder y lo que decidimos hacer con éste y, además, cuestionar en nuestros saberes los discursos hegemónicos que se reproducen en nuestras prácticas.

Un largo camino nos queda recorrer en relación a la violencia. El ámbito de salud debe aceptar que esta problemática ya no responde a un ámbito doméstico y privado, y por lo tanto deberá articular sus recursos para ofrecer estrategias de atención. El sistema judicial asimismo tendrá que evaluar y ajustar las medidas actuales y realizar las modificaciones necesarias que aseguren la seguridad de lxs personas en situaciones de violencia. Al sistema educativo le incumbe que se amplíe el alcance de la educación sexual integral y que ingrese dentro de las distintas currículas la perspectiva de género. El Estado deberá actuar implementando los recursos pertinentes sobre los ámbitos antes mencionados, ya sea instrumentando nuevas leyes o materializando los presupuestos de las ya presentes. Los medios de comunicación tienen asimismo un rol fundamental como expositores y reproductores de una determinada realidad: existen guías de medios sobre perspectiva de género, así que sería interesante que pudieran ponerlas en práctica, porque si no, reproducen la voz de los discursos hegemónicos, y mientras tanto, aunque continuamente proclamen su supuesta neutralidad e



independencia, lo único que hacen es reproducir como dummies la voz del patriarcado.

En un plano personal-colectivo debemos analizar los modos en que ejercemos la violencia como una forma habitual de comunicarnos, de resolver los problemas; debemos también considerar el emergente de conflictos aún no visibilizados de nuestra forma de relacionarnos e interactuar sobre nuestros intereses y posicionamientos.

Más particularmente, al hablar de la violencia que surge de la jerarquización sexo-genérica, se encuentra allí otro desafío: el de comenzar a problematizar las categorías, las identidades y el poder que le hemos otorgado desde la cultura a lo biológico, histórica y políticamente. Es un camino arduo que será altamente movilizador, porque precisa desatar aquellos nudos en nuestras subjetividades en donde se hallan depositados todos los aprendizajes naturalizados, que se nos ofrecen como únicas realidades posibles. No hay otra forma de empezar que no sea dudando.

Sobran las herramientas. Los Feminismos y los Estudios Queers han desarrollado amplios discursos para activar esas preguntas, sólo hay que empezar a perderles el miedo. Es necesario que nos sensibilicemos con los efectos de la violencia: tal vez ese sea el motor inicial para en lo inmediato reclamar por los recursos, ampliar las estrategias y las respuestas de atención, como la punta del iceberg que emerge. Pero si nos quedamos estancados en dichos efectos de la violencia y en quienes la reciben, correremos el peligro de no poder vislumbrar las profundidades, los lugares ocultos desde donde emergen, mediante ideologías que sostenemos, reproducimos y que nos oprimen de diversas formas a todxs. Es decir, si sólo nos quedamos allí, seguiremos horrorizándonos por las víctimas de un sistema que nosotrxs mismxs nutrimos.

Ya se mencionó al inicio de este texto la necesidad de exponer las redes que hicieron posible este trabajo, y me gustaría agradecer ahora a Luciana Caudana y Clara Sartori, quienes generosamente leyeron uno de los apartados y realizaron importantes críticas constructivas, así como a María Eugenia Martí por la valentía y paciencia para leer el trabajo, efectuar valiosas sugerencias y ayudarme con mi adicción a los gerundios. Y a Javier Gasparri, quien me



acompaña y contiene afectuosamente durante los procesos de atención, y quien revisó varias veces estas páginas y me ayudó con materiales de lectura y aportes muy valiosos.

Cuando inicié mi trabajo leyendo bibliografía para presentar el primer proyecto en el Hospital, mi intención era sólo poder instaurar un debate. Al escribir este trabajo me sorprende gratamente vislumbrar que afortunadamente no me encuentro allí donde empecé, gracias a lo compartido en las charlas con lxs compañerxs, lxs activistas o militantes, por los diálogos con los textos y las conversaciones con lxs pacientes, es decir por las transformaciones que sólo son posibles cuando se comparte junto a otrxs.

Tal vez pueda sonar conformista pero en vez de ambicionar grandes logros para “cambiar el mundo” y revoluciones para dejar grandes huellas que se sostengan en el tiempo, creo que se hace necesario crear y mantener pequeñas tensiones, sin importar el alcance o las resonancias de su eco, sino concentrarse en tensionar el aquí y ahora, mediante un accionar micropolítico. Me arriesgaría a decir además que no existe otra forma de cambiar el entorno, si no aceptamos el desafío de cambiarnos a nosotrxs mismxs.

Como puede verse en este trabajo, la labor de deconstrucción es una labor cotidiana; puede incluso leerse, en algunos párrafos, sugerencias que tal vez no se sigan en otros, y esa contradicción surge porque, incluso tomando contacto con otras formas de pensamiento, los discursos hegemónicos siguen tensionando las ideas y materializándose en acciones. Podemos abrumarnos frente a esto y paralizarnos, o podemos reconocer que no existe ese lugar idealizado en el que nos habremos despojado completamente de las normas hegemónicas o de la ideología machista, y asumir el desafío de intentar cotidianamente deconstruir nuestros pensamientos hasta donde nuestros propios límites nos lo permitan.

Poder modificar un trozo de realidad, aunque parezca diminuto, y por un lapso de tiempo que parezca segundos, tal vez eso resulte de una potencia incalculable.

Tenemos un poder inconmensurable para cambiar aquello que se nos obliga a aceptar como destino y no quedarnos en la comodidad de las críticas estériles. Al observar lo trabajado me resulta sorprendente ver todas estas redes



solidarias que se han ido tejiendo y quiero agradecerles a todxs sus aportes⁵⁴, en especial a cada unx de mis compañerxs que participan en el Comité, con lxs cuales hemos trabajado arduamente y hemos crecido colectivamente (sobre todo a Zulema Sales por el trabajo cotidiano sostenido conjuntamente y por su afecto y contención). Aunque sea difícil, aunque cueste porque en la sociedad actual prima el éxito personal y pareciera que no hay tiempo para los procesos grupales, no existe otra forma de buscar y acercarnos a ese mejor lugar que anhelamos que no sea desde lo colectivo, y donde se hallen presentes la mayor cantidad de voces participando.

Me gustaría que este trabajo sirva como una posibilidad de contacto para tejer redes con aquellxs lectorxs interesadxs en compartir materiales de lectura, experiencias de trabajo o para pensar conjuntamente y materializar nuevos espacios.

Ahora sí, para “finalizar la finalización”, quiero compartir unos pensamientos del médico brasileño Emerson Merhy, especialista en salud colectiva, ya que considero que en estas palabras se encuentra gran parte de la fuerza ideológica y la motivación que personalmente me moviliza a repensarme como agente de cambio que puede realizar micro-acciones (de hormiga) en pos de lograr modificaciones o sostener resistencias (en el sentido menos solemne de la palabra):

(...) somos sujetos de saberes y acciones que nos permiten obrar, protagonizando nuevos procesos como fuerza de mudanza. Aunque al mismo tiempo bajo otros recortes y sentidos, somos reproductores de las situaciones ya dadas (...) Somos dados y dandos. Somos definidos. Ya existía algo cuando llegamos allí. Y no por eso somos víctimas de las situaciones. Nos constituimos en ellas y por ellas. Con nuestras acciones, constituimos las situaciones en sí y relacionadas. Las fabricamos. Como sujetos de la acción vivimos constantemente esta tensión. Cartografiamos ese proceso en el vivir, generando infinidad de mapas territoriales de identificación. De manera

⁵⁴ Quisiera mencionar por su colaboración, entre otrxs compañerxs, a Osvaldo Dalmasso, Paola Farías, Carina Mercalli, Vanina Leonardi, Marina Faggiani, Natalia Rodríguez, Natalia Frenchi, Griselda Wertz, Melisa Tisera, Cecilia Bosch, Judith Matzner, Alfredo Dománico, Edith Bergelin, Mariana Gonzalez, Edith Trasante, Jorge Migliorati, Jorge Bitar, Marina Andreadis, Mariela Mozzi, Cielo Gómez, Juana Baez, Sandra Funes, Laura Orsaria, Romina Romero, Natalia Pestrin, Florencia Martinelli, Luz María Brito, Gisela Cariello, Marta Rodríguez, Irene De Franchesco, Alejandro López, Gonzalo del Grecco, Fernanda Giménez, Carina Ocampo, Norma Yahn, Jessica Saldaña, Víctor Martínez, Esmeralda Soberón, Carmelina Cantizano, Vanina Vazquez, Analía Linares, Silvia Luciani, Cristina Rodríguez, Olga Sanabria, Naida Porreca, María Victoria Bitz.



intencional, en ciertas circunstancias podemos ambicionar ser más sujetadores que sujetos, explotando nuestra capacidad de actuar, nuestra capacidad de interpretar el lugar del territorio donde nos ubicamos, buscando interferir en sus reglas, abriendo líneas de fugas. (Merhy 2006)

Te invito también a empezar a explorar y descubrir nuevos puntos de fuga; si se me permite una irónica metáfora biologicista, te invito a comenzar a transitarlos como si fueran diminutos capilares, que se irán entrelazando hasta formar las redes de grandes vasos sanguíneos que consigan nutrir esas otras realidades posibles.

Referencias Bibliográficas

Anzorena, Claudia y Zurbriggen, Ruth (Comp.) (2013). *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires: Ediciones Herramienta – Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito.

Arisó Sinués, Olga y Mérida Jiménez, Rafael M. (2010). *Los géneros de la Violencia. Una reflexión queer sobre la “violencia de género”*. Barcelona: Egales.

Belfiori, Dahiana (2015). *Código Rosa: relatos sobre abortos*. Buenos Aires: Ediciones La Parte Maldita.

Blair Trujillo, Elsa (2009). “Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición”, en *Política y Cultura*, Núm. 32: 9 – 33. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26711870002>

Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Carabí, Ángels y Armengol, Joseph M. (Eds.) (2008). *La masculinidad a debate*. Barcelona: Icaria.

Cháneton, July (2009). *Enciclopedia Semiológica: Género, poder y discursos sociales*. Buenos Aires: Eudeba.

Diccionario de Medicina Océano Mosby (2005). Barcelona: Océano.

Dorlin, Elsa (2009). *Sexo, género y sexualidades*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, Michel (2011). *Historia de la Sexualidad 1: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Gamba, Susana Beatriz (Coord.) (2009). *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires: Biblos.

Gargallo, Francesca (2013). *Feminismos desde Abya Yala*. Buenos Aires: América libre.



Gastaldo, Denise (2003). "Relaciones de Poder en Enfermería y Salud Mental: Críticas y Retos para el Futuro". *XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental*. Toronto.

Giberti, Eva (2008). "Género y Violencia", en *Página/12*. Buenos Aires: Jueves 6 de noviembre de 2008.

Gimeno, Beatriz (2008). *La construcción de la lesbiana perversa*. Barcelona: Gedisa.

Guattari, Félix y Rolnik, Suely (2013). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Heitkemper- Dirksen, Lewis (2004). *Enfermería medicoquirúrgica*. Madrid: Elsevier-Mosby.

Lamas, Marta (2000). "Diferencias de sexo, género y diferencia sexual", en *Cuicuilco*, Vol 7, N° 18. México DF: enero-abril.

Maglio, Paco (2008). *La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires: Libros del zorzal.

Medina Moya, José Luis y Sandín Esteban, María Paz (2006). "La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad", en *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (2): 312-319. Florianópolis. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200016

Merhy, Emerson (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) (2010). *El Género Desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona-Madrid: Egales.

Morán Faúndes, José Manuel; Sgró Ruata, María Candelaria; Vaggione, Juan Marco (Eds.) (2012). *Sexualidades, desigualdades y derechos: Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial - UNC. Disponible *on line*: <https://programadssr.files.wordpress.com/2013/05/sexualidades-desigualdades-y-derechos.pdf>

Morrone, Beatriz (2012). *Soltando Amarras: Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Osborne, Raquel (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Bellaterra.

Paredes, Julieta (2008) *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. La Paz. Disponible en: <http://mujeresdelmundobabel.org/files/2013/11/Julieta-Paredes-Hilando-Fino-desde-el-Fem-Comunitario.pdf>

Repetto, Roberto (s/f). "Refundar la Enfermería. Por una Enfermería en Salud Colectiva: Un viejo desafío en nuevos escenarios", en *Salud y Sociedad*. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.sociedadysalud.com.ar/texto4.html>

Sáez, Javier (2004). *Teoría queer y psicoanálisis*. Madrid: Síntesis.

Sierra González, Ángela (2009). "Una aproximación a la Teoría Queer: el debate sobre la libertad y la ciudadanía", en *Cuadernos del Ateneo*, N° 26: 29 - 42.



Velázquez, Susana (2003). *Violencias cotidianas, violencia de Género*. Buenos Aires: Paidós.

Velázquez, Susana (2012). *Violencias y familias*. Buenos Aires: Paidós.

Vilchez Barboza, Vivian y Sanhueza Alvarado, Olivia (2011). "Enfermería: una disciplina social", en *Enfermería en Costa Rica*, 32 (2): 81 - 88. Disponible en: <http://revista.enfermeria.cr/sites/default/files/Enfermer%C3%ADa-%20una%20disciplina%20social.pdf>

Wittig, Monique (2010). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

Fuentes y Documentos

Alegre, Marcelo (2009). *Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva*. Disponible en: http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/10_Alegre.pdf

Asamblea General de Naciones Unidas (1993). *Resolución*. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm

Bott, Sarah; Guedes, Alessandra; Goodwin, Mary; Adams Mendoza, Jennifer (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175%3A2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&catid=1505%3Aabout-us&lang=en

Carbajal, Mariana (2011). "Un asesinato anunciado por un fallo judicial", en *Página 12*. Buenos Aires: 11 de diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-183121-2011-12-11.html>

"Caso Wanda Taddei: Casación condenó a prisión perpetua a Eduardo Vazquez", en *Centro de Información Judicial*: 18 septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.cij.gov.ar/nota-12189-Caso-Wanda-Taddei--Casaci-n-conden--a-prisi-n-perpetua-a-Eduardo-V-squez.html>

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. "Convención de Belém do Pará" (1994). Documento recuperado en: <http://www.cnm.gov.ar/LegInternacional/LegislacionInternacional.html>

Corte Suprema de Justicia (2012). *F., A.L. s/medida autosatisfactiva*. Documento recuperado en: <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>

Díaz, Estela; Zurutuza, Cristina, Chiarotti, Susana; Juliá, Silvia y Alanís, Marta (2011). *LMR contra el Estado Argentino. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Contenido organizado por Católicas por el Derecho a Decidir, CLADEM e INSGENAR. Disponible en: http://www.catolicas.com.ar/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=393%3AImr-contra-estado-argentino&catid=25&Itemid=155&lang=es

Indeso Mujer (2004). *Violencia contra la mujer en el ámbito doméstico*. Rosario: Indeso-mujer, Instituto de estudios jurídico sociales de la mujer.

"La salud gay en crisis: mañana habrá un encuentro de ONGs y especialistas en el Cemar", en Suplemento Salud. *La Capital*. Rosario: 22 de Octubre de 2014. Disponible en:



<http://www.lacapital.com.ar/salud/La-salud-gay-en-crisis-maana-habra-un-encuentro-de-ONGs-y-especialistas-en-el-Cemar-20141022-0002.html>

Lag, Nahuel (2010). "El final para una tragedia", en *Página 12*. Buenos Aires: 22 febrero de 2010. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-140770-2010-02-22.html>

Lesbianas y Feministas por la descriminalización del aborto. Página web disponible en: <http://www.abortoonpastillas.info/inicio.html>

Ley de Protección Integral a las Mujeres, N° 26485. Publicada en el *Boletín Oficial* del 14 de abril de 2009. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley N° 26791. Modificaciones. Publicada en el *Boletín Oficial* del 14 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/206018/norma.htm>

Ministerio de Salud de Colombia (2013). *Guía de atención de la mujer maltratada*. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/34-salud-mental/575-ministerio-de-salud-y-proteccion-social-guia-de-atencion-de-la-mujer-maltratada>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2015a). *Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-Protocolo%20VVS%20Web.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2015b). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina (2014). *Indicadores más relevantes de la inserción de mujeres y los varones en el mercado de trabajo*. Disponible en: http://www.trabajo.gov.ar/downloads/cegiot/140703_brochure.pdf

Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun_violenciagenero.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la OMS: principios*. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/es/>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/



Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Peker, Luciana (2012): “Violencia emotiva”, en *Página 12*. Buenos Aires: 22 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-7326-2012-06-22.html>

Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir (2015): “Carta Pública”. 28 de mayo de 2015. Disponible en: <http://larevuelta.com.ar/2015/05/28/carta-publica-de-la-red-de-profesionales-de-la-salud-por-el-derecho-a-decidir-de-argentina/>

Rodríguez, Marcela y Chejter, Silvia (1999). *Ley 25087: Reforma del Código Penal en lo relativo a los hoy llamados “Delitos contra la integridad sexual de las personas”*. Buenos Aires: Centro de Encuentros Cultura y Mujer.

Santoro, Sonia (2014). “La Real Academia aceptó ponerle nombre”, en *Página 12*. Buenos Aires: 7 abril de 2014. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-243559-2014-04-07.html>

“Se mató tras dispararle un tiro a su pareja en medio de una pelea en Pichincha”, en Sección Policiales. *La Capital*. Rosario: 22 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.lacapital.com.ar/policiales/Se-mato-tras-dispararle-un-tiro-a-su-pareja-en-medio-de-una-pelea-en-Pichincha-20150322-0043.html>

Socorristas en red. Blog disponible en: <http://socorristasenred.blogspot.com.ar/p/contacto.html>

Tessa, Sonia (2015). “Carrera de obstáculos hacia sus derechos”, en *Página 12*. Buenos Aires: 16 agosto 2015. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/9-50630-2015-08-16.html>

