

TÍTULO: “ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO. INTERFASES ENTRE SALUD, JUSTICIA Y SEGURIDAD”
Fernández, Ana M.; Tajer, Débora; Barraza, Silvia; Cabrera, Candela; Chiodi, Agustina F.; Fernández Ciatti, Natalia; Rognoni, Daniela; Barrera, María I.
Equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes instituciones conformado para esta investigación Domicilio: Quintino Bocayuva 792 5 A, CABA (1216) TE de contacto (011) 1561589383 Mail de contacto dani.rognoni@gmail.com
Tipo de trabajo (enfoque): Trabajo de Investigación Cualitativo
Categoría temática: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado
Este estudio indaga los abordajes de las violencias de género (VG) en el campo de la salud. Territorialmente, focaliza en las intervenciones de las instituciones públicas de salud y su relación con justicia y seguridad, enfatizando en las acciones intersectoriales e interseccionales entre ambos sistemas de efectores. Toma los caminos espontáneos de las mujeres víctimas de VG que consultan en efectores de salud, justicia y/o seguridad. Indaga las respuestas de los servicios de salud y las interfases con los procedimientos de la justicia y/o los organismos de seguridad en un municipio del Conurbano Bonaerense. Al considerar la VG como problema de salud complejo que requiere respuestas intersectoriales, jerarquiza la Atención Primaria de la Salud como estrategia privilegiada de atención integral de las mujeres víctimas. Es un estudio exploratorio-descriptivo de corte cualitativo, con utilización de fuentes primarias y secundarias. Trabaja desde la Metodología de Problematización Recursiva, toma herramientas del enfoque de la territorialidad. Su propósito fue identificar los obstáculos y facilitadores en un territorio de la atención en VG del primer nivel de atención, en sus articulaciones con justicia y seguridad y las estrategias desplegadas por las mujeres víctimas o “caminos espontáneos” para resolver su problemática. Como conclusión se resalta la importancia de la valoración de la VG como determinante social de la salud integral de las mujeres, a ser sospechada, diagnosticada y abordada por los equipos de salud. Así como también la intervención especializada e intersectorial en todos los casos y el fortalecimiento de los dispositivos post denuncia.
Palabras claves Violencia contra la mujer, Género y salud, Atención primaria de la salud, Territorialidad.
Soporte técnico: Cañón multimedia. PC. Modalidad de presentación: Prezi - Power Point

XXXI CONGRESO NACIONAL de MEDICINA GENERAL Y EL EQUIPO DE SALUD
Ciudad de Bariloche, Río Negro 2, 3, 4 y 5 de noviembre de 2016

ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO: INTERFASES ENTRE SALUD Y JUSTICIA

Autoras:

- Ana María Fernández. Dra. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
Profesora Consulta- Facultad de Psicología-UBA. Coordinadora.
- Débora Tajer. Dra. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Profesora Adjunta Regular- Facultad de Psicología- UBA. Co-coordinadora.
- Silvia Barraza, Licenciada en Trabajo Social (UBA).
- Candela Cabrera, Licenciada en Psicóloga (UBA), Magister en Psicología Social Comunitaria (UBA).
- Agostina Florencia Chiodi, Licenciada en Ciencia Política (UBA).
- Natalia Fernández Ciatti, Médica (UBA) Especialista en Medicina General Familiar.
- Daniela Rognoni, Médica (UBA) Especialista en Medicina General Familiar.
- María Isabel Barrera, Licenciada en Psicología (UBA), Investigadora en Género y Salud.

Tipo de trabajo Científico: Trabajo de Investigación

Categoría temática: Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado

Enfoque: Cualitativo

Fuente de financiamiento: apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría: Estudio Multicéntrico otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación-Comisión Nacional Salud Investiga.

Introducción- Identificación, delimitación y justificación del problema

Las Violencias de Género (VG) son producto de las relaciones inequitativas de poder entre los géneros, abarcan un amplio espectro de impacto en salud siendo el femicidio su cara más atroz. Frente al altísimo número de casos en que no se consulta y/o denuncia es preciso interrogar: ¿Cuáles son los motivos por los cuales pocas mujeres denuncian la violencia ejercida sobre ellas? ¿Acaso consultan y denuncian sin que haya registro institucional, o hay subregistro? Las instituciones encargadas de otorgar asistencia y protección ¿Desmotivan a las mujeres en el proceso de atención y denuncia de la VG?

En este sentido, una investigación anterior de este equipo sobre femicidios evidenció serias fallas en los registros de VG en el sistema de salud¹. Estos datos ponen de manifiesto estrategias de invisibilización de las VG que alertan sobre la importancia de trabajar sobre los subregistros de esta problemática.

La Ley Nacional N° 26.485² establece que la atención de VG debe incluir la Atención Primaria de la Salud (APS), emergencias, clínica médica, traumatología, pediatría y Salud Mental (SM). Este estudio indaga los abordajes territoriales de las VG con foco en las instituciones públicas de salud y su interrelación con las de justicia y/o seguridad. Enfatizando en acciones intersectoriales entre ambos sistemas.

En los últimos años los avances en la temática han sido considerables: visibilidad pública, política, académica e implementación de programas de políticas públicas³ y actualización legal. Las VG son un determinante social de la salud (DSS) de las mujeres (Sen, Östlin y Cols. 2009), implican una carga sustancial para los sistemas de salud, son un predictor relevante de consultas médicas y elevan la carga de enfermedad y discapacidad. Sin embargo esta problemática no ha sido dimensionada en su justa magnitud en nuestro país. En una investigación anterior se relevó que existen dificultades en incorporar como práctica habitual el uso de los protocolos de: detección precoz, riesgo y tamizaje en la atención general de la salud de las mujeres (Tajer, Gaba y Reid, 2011).

¹ "Análisis de la mortalidad por causas externas y su relación con la violencia contra las mujeres." (Fernández, Tajer y Cols., 2008).

² Ley Nacional N° 26.485 de "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales"

³ Guías "Violencia sobre las Mujeres" (Ministerio de Salud de la Nación), Oficina de Violencia Doméstica (OVD) y la Oficina de la Mujer (Corte Suprema de Justicia de la Nación). "Proyecto Piloto de Patrocinio Gratuito a Víctimas de Violencia de Género" (Ministerio Público de Defensa), líneas telefónicas, Comisarías de la Mujer, etc.

Las prácticas en el abordaje de VG requieren la articulación con procedimientos legales y regulatorios. Implican necesariamente interfases entre los sistemas de salud, justicia y seguridad. Se puede destacar que las mujeres víctimas de VG, consultan espontáneamente al sistema de salud y a los organismos de justicia y de seguridad. Los identifican como puertas de entrada en la búsqueda de amparo y protección por parte del Estado. Esta investigación considera la atención de VG como parte del campo de los derechos humanos (DDHH) y la condición de ciudadanía. Se hace necesario complejizar su abordaje en el campo de la salud desde paradigmas necesariamente intersectoriales (Caravantes, 2000) que incluyan condiciones de vida y DSS (Marmot y Wilkinson, 1999; Sen y Östlin, 2009; Tajer, Gaba y Reid, 2011).

Por lo expuesto esta investigación ha indagado los circuitos de intervención en los servicios de salud de un territorio determinado y el interjuego de ellos con las instituciones de justicia y/o seguridad en respuesta a las consultas y/o denuncias efectuadas por las víctimas. Intenta situar los logros y los obstáculos para abordajes integrales e intersectoriales de las VG. Se trata de relevar datos para proponer la implementación de acciones que optimicen las prácticas de salud y la articulación de los diversos estamentos institucionales involucrados.

Formulación de la pregunta de investigación

¿Qué procedimientos facilitan y cuáles obstaculizan abordajes integrales de la VG desde los efectores públicos de salud del primer nivel de atención (PNA) e intersectoriales con justicia y/o seguridad en un espacio territorial? ¿Cuáles son las articulaciones entre la magnitud del problema y los mecanismos de respuesta de las instituciones de salud, justicia y/o seguridad? ¿En qué áreas y etapas de la atención de las mujeres víctimas de VG obtienen respuestas y en cuáles no?

Objetivo general.

Identificar interfases entre las prácticas de los sistemas de salud, justicia y seguridad y sus dificultades y aciertos para dar respuestas eficaces a las VG.

Objetivos específicos.

1. Evidenciar el modo en el cual los efectores de APS indagan la existencia de VG en las mujeres que consultan en el PNA.
2. Identificar el modelo de abordaje de la atención de las mujeres víctimas de VG en el PNA.
3. Evidenciar el modo en el cual los efectores de APS identifican y eventualmente accionan sobre los aspectos legales de la VG de las mujeres consultantes.
4. Releva la existencia, obstáculos y/o ausencias de acciones intersectoriales.
5. Indagar los imaginarios sociales respecto de las VG en efectores de salud.
6. Identificar si la territorialidad pudiera resultar una estrategia de intervención para la resolución eficaz de las demandas de las VG.

Marco teórico

Desde el criterio específico de APS de Atención Centrada en la Comunidad (ACC), las intervenciones en el proceso salud-enfermedad-cuidado cuando se atiende VG, requieren la articulación de distintas competencias al interior del sector salud y entre éste y los sectores justicia y seguridad. Esta intersectorialidad resulta fundamental al pensar un territorio dado y sus características. La territorialidad ofrece maneras específicas y concretas en que cada comunidad se organiza para dar respuesta a sus problemas de salud⁴.

Por su enfoque interdisciplinario y su presencia territorial, la APS es un área privilegiada de acceso a un abordaje integral de las mujeres víctimas. Tanto una investigación anterior de parte de este equipo (Fernández, Tajer y Cols., 2008), como algunos organismos internacionales de salud proponen privilegiar la capacitación de los efectores de APS para detectar y operar sobre el impacto de las VG en la salud.

La Ley Nacional N° 26.485⁵ mandata la incorporación de la problemática de la VG a los programas de salud integral, promoviendo el diseño de protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo de violencia. En relación a la justicia, reconoce el derecho de las mujeres al más amplio acceso en casos de VG y a contar con patrocinio jurídico gratuito y

⁴ El análisis institucional (Lourau, 1991) y comunitario (Fernández y Cols., 1999; Fernández y Cols., 2007) del territorio permite el registro y lectura de las multiplicidades que provocan efectos a optimizar o corregir en una comunidad.

⁵ Ley de "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales", sancionada en nuestro país en el 2009.

especializado. Esta Ley como la Ley Nacional de SM N° 26.657 instruyen sobre la necesidad de coordinación interinstitucional, la conformación de equipos multidisciplinarios, etc.

Pese a estos avances, se registra un aumento de los casos, mayor ferocidad de los mismos y la aceleración e intensificación del ciclo de violencia (Fernández, 2012). En particular, el análisis de algunos casos paradigmáticos evidencia la falta de interrelación entre las distintas instituciones del Estado (ELA, 2012). Podría pensarse que persisten déficits de acceso y calidad de servicios de salud de asistencia a la víctima. Lo que impacta en la vulneración de derechos y costos específicos de muerte, enfermedad, discapacidad, revictimización e iatrogenia.

La investigación “Impacto de la Violencia de Género en la Salud de las Mujeres”⁶ ha registrado que los pedidos de ayuda de mujeres víctimas al sistema de salud fracasaron por: 1) dificultad de explicitar el pedido por parte de la víctima, 2) complicidad del entorno por negación o naturalización de la violencia y 3) falta de implementación de protocolos de tamizaje desde los sistemas de atención que posibilitarían detectar casos de VG.

Materiales y Métodos

Descripción del ámbito de estudio.

Se realizó el trabajo de campo en una unidad territorial constituida por el Partido de Moreno, en la Provincia de Buenos Aires (PBA). Se exploró formas de abordaje y registro de VG en los efectores de salud de APS del territorio. Se indagaron acciones en: Programas, Unidades Sanitarias (US) y Centros de Integración Comunitarios (CIC). Se mapearon las interrelaciones de salud, justicia y/o seguridad.

Desde el enfoque de la territorialidad se identificaron: las Rutas Críticas (Caravantes y Guido, 2000) en salud en su articulación con justicia y/o seguridad. Los Caminos Espontáneos (Tajer y Col., 2010) de las mujeres para resolver su problemática. Se identificaron además, efectores públicos y privados de bien público que articulan en el territorio. Se cartografiaron los modos de consulta y respuesta de las distintas instituciones y organizaciones a la problemática de las mujeres víctimas de VG, en ese territorio.

⁶ Estudio encargado por el Consejo Nacional de las Mujeres con apoyo del PNUD 09/016 para la implementación de los componentes de salud de la Ley 26.485. Coordinado por la Dra. Débora Tajer junto a Mag. Mariana Gaba y Lic. Graciela Reid.

Tipo de estudio y diseño.

Estudio exploratorio-descriptivo, metodología cualitativa para recolección y análisis de información. Desde el enfoque de territorialidad⁷ (Ocampo Marín, 2005) incluye reformulaciones metodológicas de acuerdo a fuentes significativas operando en el territorio. Se identificaron dispositivos grupales de ayuda mutua (GAM) para mujeres víctimas de VG y/u organizaciones sociales que trabajan la problemática en territorio.

Se indagó bajo la modalidad específica de *Metodología de Problematización Recursiva* (MPR) (Fernández, 2007) que al trabajar problemas, se diferencia de la aplicación de marcos conceptuales previos. Esto permite la construcción de conceptos y la delimitación de nuevas problemáticas a medida que la indagación en terreno lo requiere, respetando su heterogeneidad. Exige la conformación de equipos transdisciplinarios para inteligir las singularidades del campo de problemas que se indaga. Como recaudo de método, se incluyeron espacios grupales específicos para la *indagación de la implicación* del propio equipo de investigadoras.

Población

Criterios de inclusión: Mujeres consultantes en el sistema de salud y también en Comisaría de la Mujer (CM) o Juzgado o que sufrieron VG. Efectores del sistema de salud, efectores de justicia y/o seguridad, con experiencia en la atención de de VG. Todas/os las/os anteriores que aceptaron participar.

Criterios de exclusión: Mujeres víctimas de VG menores de 18 años y mayores de 70. Efectores del sistema de salud, justicia y/o/ seguridad sin experiencia en la atención de VG.

Instrumentos: Entrevistas semiestructuradas a mujeres víctimas de VG, efectores de los sistemas de salud y justicia/seguridad. Observaciones no participantes. Análisis de documentos (informes sociales). Entrevistas a informantes clave.

Tamaño de la muestra: 16 mujeres que consultaron sólo en APS. 16 mujeres que consultaron en salud y en justicia y/o seguridad. 16 profesionales efectores de APS. 5 profesionales efectores de justicia y 5 de seguridad. 8 informantes claves.

⁷ Se trata de una metodología específica que incluye reformulaciones de acuerdo a fuentes significativas que aparecen en el territorio.

Resultados

Salud: Se realizaron 16 entrevistas a profesionales de APS: psicólogas, psicopedagoga, psicóloga social, ginecóloga, trabajadoras sociales, médicos/as generalistas y médico clínico, obstétricas y enfermera pertenecientes a US, CIC y al Programa específico para la temática.

De las entrevistas surge que las mujeres no siempre consultan directamente por VG, a veces consultan por otros motivos y luego aparece que padecen VG. Los motivos de consulta que según ellos/as levantan sospecha son: depresión, insomnio, ansiedad, alteración del estado de ánimo, crisis de angustia, ataques de pánico, tristeza, enfermedad crónica, cefalea tensional, lumbalgia, taquicardia, malestares inespecíficos, infecciones de transmisión sexual, golpes y traumatismos. En los aspectos conductuales: baja atención a su salud, cambios de peso bruscos, actitud corporal defensiva, los gestos, miradas y tono de voz cuando se abordan temas cotidianos vulnerados por la VG. Refieren que cuando consultan por otros temas *“a medida que avanza la atención, llega un momento en que la mujer se quiebra y aparece la cuestión de la VG”*. Puede aparecer como relato de un excesivo control del marido que puede incluir dominio económico y social. Las consejerías en métodos anticonceptivos (MAC), consultas en salud sexual integral, consejería pre y post aborto, consulta en guardia por aborto, control de salud de sus hijos/as y controles prenatales son puertas de entrada privilegiadas para que se despliegue y evidencie la situación de VG.

La mayoría considera que la VG es un DSS integral de las mujeres y una vulneración de derechos que tiene impacto en su salud. Muchos/as profesionales coincidieron en que las afecta en su SM, *“Las consume psíquicamente...están agotadas. Con algo atragantado...”* y que impacta en el acceso a la salud. Perciben que estas mujeres no pueden decidir sobre su cuerpo, ni cuándo tener hijos/as, ni cuándo solicitar atención médica. Sus parejas les prohíben utilizar MAC, o las obligan a embarazarse. Observan que la VG incide en lo socioeconómico: les resulta más difícil acceder a un trabajo, suele ser más precario, y eso afecta las condiciones de vida de la mujer. Es de fuerte insistencia que la VG impacta en la salud de los/as niños/as. Refieren atender niños/as que se quedan huérfanos/as, pues han matado a la madre por VG. Apareció como un relato común de las entrevistas que la violencia hacia los niños/as marca un límite para las mujeres.

Refieren encontrar dificultades para el abordaje de la atención integral de VG basadas en la insuficiente capacitación y las limitaciones de la formación disciplinar. La mayoría se percibe trabajando interdisciplinariamente y desde una perspectiva de derechos.

Los/as que están capacitados/as en VG refieren haberlo hecho fuera de su formación de grado universitario: *“en Medicina ubican a la violencia en el marco de la medicina legal, consideran que sólo pasa por lo físico”*. Tampoco reciben capacitación en VG las disciplinas que provienen de facultades humanísticas y sociales. Se destacó la importancia de la formación y de compartir un encuadre común. Se encontró la persistencia de una mirada paternalista en el abordaje.

Surge de las entrevistas la existencia de trabas en la articulación entre salud, justicia y seguridad, y al mismo tiempo una conciencia de la necesidad de articular. Se manifiesta cierto reclamo al accionar de otros sectores: *“Uno a veces se siente muy frustrado porque labura demasiado para contenerlas y después la medida del juzgado termina siendo contraproducente”*. Muchas veces las dificultades no parecen estar en el contacto en primera instancia entre los distintos sectores estudiados, sino en los segundos o terceros pasos de articulación y seguimiento. *“A veces la ley no responde con premura. Una chica estaba sufriendo VG extrema, el hombre la perseguía, la amenazaba a pesar de la restricción, pero no lo metían preso”*. Se hizo referencia a las estructuras rígidas que aún persisten en justicia y seguridad *“Siguen victimizando a la persona”, “en las comisarías hay dificultades para que tomen las denuncias”*. Plantean carencias de recursos económicos, institucionales y humanos (RRHH) capacitados para el abordaje de la VG. Mencionan que son pocos/as profesionales para toda el área de influencia, con cada vez más demanda: *“del (tel.) 144 nos vienen un montón, después de la marcha (Ni una menos) mucho más. No tenemos RRHH (para responder)” “si hubiera más RRHH, se podría hacer la búsqueda ‘extramuros’ de las pacientes que se pierden”*.

Se presenta también la dificultad de continuidad del tratamiento. Se hizo referencia a la falta de infraestructura para consultorios y espacios adecuados para atender VG, a la necesidad de que haya patrulleros disponibles y a la falta de capacitación en las Comisarías Comunes (CC).

Los/as profesionales manifestaron dificultades en cómo posicionarse frente a las mujeres, sus procesos de toma de decisión y sus vacilaciones. Manifestaron el impacto emocional del/la profesional al detectar VG y la energía y el agotamiento que provoca abordar el tema por su alta complejidad. Como ejemplos: *“Es cuestión de preguntar o no preguntar” “te quema la cabeza a lo largo de los años. La bronca que genera, puede ser un motor o un obstáculo”*, en ese sentido se señaló la importancia de tener espacios de reflexión con sus colegas.

El hecho de que las mujeres que consultan suelen volver con sus parejas golpeadoras representa algo difícil de asimilar para el equipo de salud. Otra dificultad es la naturalización con la que refieren que las mujeres llegan a la consulta: *“Lo primero es que la paciente visualice la situación. Cuando pasa el momento agudo de la violencia las pacientes lo ‘suavizan’ y continúan con su vida.”*

Una entrevistada refirió los avances en estos años en la sensibilización de todo el equipo de salud y de otros sectores involucrados con respecto a la VG. *“Antes en la comisaría no te tomaban la denuncia, te tomaban la exposición civil. Hoy la mujer sabe que puede y debe solicitar que le tomen la denuncia y que sea penal, sabe lo del perímetro, están las CM,...hay publicidad.”*

Al indagar acerca de los facilitadores de la tarea, coinciden en la existencia de diversos programas municipales, provinciales y nacionales. Además cuentan con supervisiones y capacitaciones ofrecidas por distintas instancias del Estado. También las instituciones de la comunidad del Municipio, así como las Residencias de Medicina General y de Trabajo Social, Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) y la Mesa Distrital de la No Violencia (MDNV). Como facilitadores de menor impacto surgieron las líneas telefónicas (144, 137), las redes informales, los GAM y la sanción de la nueva ley. La gran mayoría de los/as entrevistados/as valora que el mayor daño en la salud de las mujeres por causa de VG es el psicológico, por encima del daño físico, del que consideran *“se puede recuperar”*. Consideran la desvalorización como condición de otras formas de VG. *“Están fragmentadas en su psiquis. No tienen herramientas para poder defenderse. Están devastadas, desvalorizadas, vulneradas”*.

En relación a sus percepciones sobre la articulación intersectorial de salud con justicia y seguridad para este tema en el territorio, algunos/as aclaran que el vínculo que tienen con justicia es sólo después de una situación de violencia que involucre niños/as, porque vienen derivados/as. La mayoría de quienes sí realizaron articulaciones con seguridad y/o justicia, evaluaron la misma como “buena”. Si bien reconocen ciertos avances, consideran que aún faltaría agilizar los tiempos de la justicia. Se destacó la buena articulación con la CM y la dificultad de articulación con las CC.

Sus sugerencias para mejorar esta articulación fueron: *“un ENTE que centralice la información, regule y sea nexo y mediador de las 3 partes”, “Tener más criterios comunes para poder dar una respuesta mucho más eficaz”*. Refieren que habría que *“capacitar y sensibilizar sobre todo a los hombres del personal de seguridad...”*

De las entrevistas del personal de salud se infiere que en general se desconoce el Marco Legal vigente para VG, así como los protocolos de Tamizaje y de Riesgo. Muy pocos/as profesionales los conocían y utilizaban, evaluando riesgo en base a criterios propios. La mayoría expresa que registran tanto en la Historia Clínica (HC) como en las Estadísticas de atención en salud, pero no siempre mencionan VG, sino “maltrato”, o se limitan a registrar lo que refiere la paciente, o lo que se ve, por ejemplo (por ej:) “hematomas”. Algunos/as profesionales registran en la HC, pero no lo hacen en las estadísticas. La mayor parte de los/as entrevistados/as refirieron conocer la obligación de denunciar las situaciones de VG, aunque se presentaron ciertas diferencias como *“sólo cuando está en riesgo la vida de la mujer”* o *“si es visible y si hay chicos involucrados”*. Algunos no tenían claro conocimiento de la obligación de la denuncia, incluso hubo quien creía que la denuncia sólo la puede hacer la mujer. También surgieron vacilaciones en este punto, priorizando respetar la autonomía de la mujer. Consideran también la posibilidad de que no puedan sostener la denuncia y queden expuestas ante el agresor. La dimensión de pérdida recaería sobre las víctimas: *“si denuncian pierden los vínculos, los juguetes, la ropa... el lugar conocido, todo”*. La Asignación Universal por Hijo (AUH) contribuye a barrer obstáculos económicos; favoreciendo en ellas cierto grado de autonomía, cuando son las titulares del subsidio.

Los/as profesionales consideran la denuncia como una herramienta pero se evalúa en qué condiciones puede proteger a las víctimas: *“No buscamos prioritariamente denunciar;*

sabemos que es una herramienta para proteger a la mujer y a los niños. Otras veces no... Algunas mujeres te dicen: está bien yo lo dejo, ¿pero a dónde me voy? Otras están completamente solas, no tienen red social..."

Justicia: Se realizaron 5 entrevistas, a abogadas/os y psicóloga comunitaria de uno de los dos Juzgados de Familia que existen en el municipio; todos/as capacitados en VG. Allí se reciben 500 denuncias por mes, de las cuales el 80% son directamente por VG o ésta aparece indirectamente en causas de tenencia, alimentos, régimen de visita de niños/as, etc. Es importante destacar que VG se engloba en los expedientes con la carátula de Violencia Familiar (VF).

Refieren que existe un desbalance entre los RRHH disponibles y la cantidad de casos que recibe diariamente el juzgado, expresan estar “desbordados” frente a la demanda. La valoración de la “denuncia” se presenta de modo ambiguo: como instancia que facilita un cambio en la situación y a veces como instancia que puede aumentar el riesgo si el agresor se entera.

Dijeron no contar con datos registrados de femicidios en su juzgado, ya que es resorte del fuero penal del Poder Judicial. Para evaluar el riesgo en el juzgado realizaron un trabajo conjunto y se capacitaron con la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Utilizan un protocolo interno.

La mayoría consideró que se trata de una cuestión cultural, enmarcada en una forma de relacionarse con el otro, donde se naturalizaría el maltrato y la violencia. Esto se vincularía al lugar que la sociedad otorga a las mujeres, como más vulnerables.

Con respecto al paradigma de abordaje con que se realiza el trabajo diario, los/as entrevistados/as mencionaron como prioritarios: interés superior del niño/a, la perspectiva de derechos y DDHH. Resaltaron mayoritariamente el abordaje interdisciplinario.

Sobre los procedimientos con menores, señalaron que la mediación no está permitida por la ley en los casos de VG. En caso de haber niños/as involucrados contactan con el servicio local, encargado de la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Se realiza una reunión con los diferentes actores intervinientes (juzgado, secretaría de niñez provincial, servicios locales y zonales) para determinar políticas conjuntas.

Al ser consultados/as sobre los aspectos legales involucrados, aunque no fue sencillo jerarquizarlos, identifican el derecho a la vida como el principal y más importante, la pérdida de la libertad; y luego en segundo plano, otras pérdidas: equilibrio emocional, integridad y estabilidad laboral.

Todos/as los/as entrevistados/as coinciden en la afectación de la seguridad e integridad física, psíquica, económica, la forma de vincularse y la salud de la mujer que sufre VG. Así como también la salud física y psíquica de sus hijos/as. En relación a la seguridad económica, se refiere que las mujeres víctimas de VG muchas veces dejan de trabajar y están al cuidado de sus hijos/as, lo que dificultaría tener una salida laboral o capacitarse. Todos/as los/as entrevistados/as refieren conocer la normativa legal vigente. Mencionan las leyes de VF y de VG. Respecto a esta última, refieren que colabora en los casos donde el agresor no es familiar y que amplía los derechos.

Las dificultades que encuentran en sus tareas son:

Vinculadas a las mujeres: complejas situaciones socioeconómicas, laborales y habitacionales. Los/as efectores/as identificaron factores que podrían favorecer la tolerancia hacia la violencia (no tener a quién recurrir, o a dónde irse, falta de red social y familiar).

Observaron imposibilidades y dificultades que tienen muchas veces las mujeres a la hora de sostener una medida judicial. No les resultaba tan evidente cómo las fuerzas de seguridad colaboran en estas dificultades.

Vinculadas con el Estado: Consideraron que la falta de RRHH interfiere con la eficiencia de su accionar, no pudiendo realizar el abordaje y seguimiento de los casos como deberían. Destacaron la falta de capacitación y la poca experiencia de equipos interdisciplinarios para abordar esta temática, la falta de articulación intra e intersectorial. En relación a recursos: escasos refugios, limitada ayuda a las mujeres para tener salida laboral, fallas en la respuesta del sector salud, etc. Los/as profesionales entrevistados/as valoraron muy positivamente el desempeño de la CM, y manifestaron la insuficiencia de una sola CM para todo el municipio. Al describir los facilitadores de su tarea, destacaron el trabajo en equipo, la creación del Fuero de Familia, de los equipos técnicos (ET) y la CM. Los/as profesionales del ET, que provienen de SM, también incluyeron como facilitadores la supervisión de casos. Se destacó

el conocimiento por parte de los/as profesionales de los actores y el territorio, así como las capacitaciones en la temática que han recibido.

En algunas entrevistas surgen como facilitadores la disponibilidad y eficacia de las líneas telefónicas. Pero mencionan que han llamado al 911 y no hubo respuesta (por ej: ante incumplimiento de medida). Otro facilitador de la tarea se ubica en el vínculo entre profesionales del Juzgado y la Escuela de la Policía Municipal, en la cual dan capacitaciones. Ubican como factor primordial las redes de apoyo propias e institucionales de las organizaciones, que dan apoyo, contención y suelen proveer orientación a las mujeres con respecto a sus derechos. Resaltaron la importancia de la interacción entre las instituciones y las organizaciones barriales.

Las articulaciones que manifiestan tener con “salud” son la derivación de casos que requieren valoración psiquiátrica a los hospitales generales de la zona y las han evaluado como “dificultosas” o “malas”. Refieren tener una articulación más fluida con el PNA y suelen solicitar interconsultas cuando hay niños/as involucrados, a través de los Servicios Locales. Al indagar acerca de la derivación de casos de violencia desde el PNA, se aclara que sólo una “autoridad o referente en SM” puede acercar el caso al juzgado.

La “ruta”: Las mujeres llegan al juzgado a hacer la denuncia luego de realizar la denuncia en la Comisaría (es un requerimiento). El expediente pasa a la Receptoría General, en la cual se realiza un sorteo para determinar qué Juzgado de Familia tomará el caso. Las mujeres deben presentarse al juzgado correspondiente para ser evaluadas por el ET que evaluará el riesgo en cada caso y las medidas a tomar. El juzgado, a través del ET realiza el seguimiento del cumplimiento de las medidas e intervenciones en cada situación. En caso de incumplimiento, se comunica a los/as abogados/as y a la fiscalía. El seguimiento puede ser personal o telefónico. Las medidas judiciales y las restricciones perimetrales tienen una duración de 30 o 60 días. Se determinan de acuerdo al caso incluyendo valoración del riesgo. Si valoran que hay riesgo, se otorga en el momento. En caso contrario, se cita otra vez a la mujer para continuar la evaluación por parte del ET. Luego de la aplicación de la medida suele suceder que disminuye la violencia por unos meses, pero retorna más adelante. En caso de que la mujer no renueve la medida, la que obligatoriamente se hace bajo patrocinio jurídico; ante

una nueva denuncia vuelve a repetirse el camino. En algunos casos las mujeres llegan al juzgado acompañadas por integrantes de Organizaciones Sociales que las apoyan y asesoran. Se encontró en este juzgado un alto grado de conocimiento e implicación favorable en el trabajo con VG. Se han identificado dos tipos de implicación entre los/as efectores: una “burocratizada”, que considera que cumplir sus funciones ya es una tarea suficiente. Aun cuando son conscientes de la lentitud de las medidas judiciales y sus serias consecuencias no consideran que sean ellos/as los/as que tengan que sumar más acciones para la correcta atención de cada caso. Otros/as mostraron una alta implicación personal, con respuestas personales, incluso extra laborales, frente al conocimiento de un caso de alto riesgo.

Seguridad: Se realizaron 5 entrevistas en la CM del Municipio a efectivos de la CM y también a una abogada perteneciente a la Dirección de Género de la provincia. Coinciden en afirmar que la mayoría de las consultas son directamente por VG, acercándose las propias mujeres o familiares y/o amigos/as a solicitar asesoramiento. Afirman no utilizar el protocolo de la PBA que tiene como uno de sus destinatarios el personal de las CM.

Los/as entrevistados/as han señalado que la conducción de esta CM se ha capacitado en VG por motivación propia, participa de la MDNV e insiste en la necesidad de formación especializada de quienes trabajan allí. En este sentido, los modos de atención y seguimiento de esta CM, dependen particularmente del criterio de la conducción y no de un lineamiento institucional de toda la fuerza. Señalan que las CM suelen ser marginadas, con respecto a CC, no se les otorga comparativamente los mismos recursos económicos ni de personal. Entre los imaginarios acerca de las mujeres víctimas de VG que consultan, les impacta *“el trabajo que los victimarios realizan en las psiquis de las mujeres”* y el grado de afectación emocional con que llegan. Registran mayormente *“pánico”*. Sin embargo, algunos/as señalan que lo que motivaría la denuncia es el *“despecho”*: *“Las mujeres creen que no pueden vivir sin él. Y lo vuelven a aceptar porque creen que eso es amor”*. Constatan con asombro los largos períodos en que algunas mujeres conviven con la VG. Observan que los principales argumentos para explicar la demora en las denuncias son económicos y por sus hijos/as. Consideran que la VG *“está en todos lados”*, aún en los equipos que trabajan en su atención. Que requiere de compromiso y de saber distinguirla en todas las clases sociales. Uno de los oficiales varones, destacó la importancia de una perspectiva de Género para evitar *“ser*

cómplice de la versión masculina" cuando en la comisaría debe atender hombres agresores que insisten en volver a la casa.

Encuentran desconfianza por parte de las mujeres hacia sus acciones como agentes de seguridad que dudan de la eficiencia de la respuesta. Consideran que es muy importante brindar a las mujeres un marco de contención, quitan el valor central de la denuncia y la colocan como estrategia de contacto que contribuyen a levantar la autoestima de las mujeres que denuncian.

Observan que los DDHH y civiles que quedan afectados en las mujeres que sufren VG son: los económicos: *"Los 'planes' los cobran los varones. Las mujeres no trabajan, cuando deciden irse no saben para dónde arrancar, las familias tampoco tienen recursos."* Lo relacionan directamente a la vivienda *"Los hogares de tránsito acá son una cárcel, no son un paraíso, entonces vuelven con el tipo porque no tienen recursos económicos para ir a otro lado"*. También la integridad de sus hijos/as *"llevan al extremo el rol de género, de cuidadoras. No se miran, ponen a sus hijos por delante"*⁸. Destacan la pérdida de libertad y la parálisis y la pérdida del equilibrio emocional que se expresa en pánico, intimidación, terror, desconfianza, desesperanza con que concurren.

Coinciden en que la articulación con justicia es "regular" y presenta grandes dificultades. Consideran que la articulación es "mucho mejor" con el sistema de salud público, especialmente con la Secretaría de niñez⁹. Ubican las mayores dificultades respecto de justicia en los tiempos, específicamente en el otorgamiento de las medidas: *"en el Juzgado se evalúa la urgencia del caso, pero la cantidad de denuncias hace que evalúen por arriba y no de forma particular y profunda. Sólo eligen lo urgente para darle curso: dos casos por día"*.

Consideran que parte de la dificultad en la articulación entre justicia y/o seguridad reside en los tiempos de la justicia, que impide dar perimetrales en el momento. Señalan que cuando las mujeres hacen la denuncia, por una disposición del Juzgado deben esperar muchas veces 24 horas. Consideran que sería deseable que *"estuviera en nuestras manos darles las*

⁸ También se podría interpretar que en realidad saben que los/as hijos/as sólo cuentan con ellas. En otra investigación (Tajer y Col.2014) - se nominaba a esta situación como mujeres "escudo afectivo y efectivo" de los/as niños/as.

⁹ El procedimiento desde esta Secretaría frente a una situación de VG es acompañar a la mujer a efectuar la denuncia a la comisaría. En general son casos que están relacionados con abuso. Se comunican con PREVI para saber si es necesario que se acerquen y para informarse acerca de cómo va el proceso.

limitaciones perimetrales". Desde su experiencia registran que muchas mujeres vuelven a sufrir violencia en esos lapsos y las vuelven a recibir para tomarles una segunda denuncia, dejando constancia de la denuncia previa. Como facilitadores nombran la línea telefónica nacional 144, considerando que brinda un muy buen servicio de asesoramiento y que esto da más "seguridad y claridad" a las mujeres.

Al interrogar sobre desde qué paradigma de seguridad abordan la VG, indican que desde una perspectiva de Género en Seguridad que incluye perspectiva y marco de DDHH.

En lo que respecta a la evaluación del riesgo y las acciones a tomar al respecto, refieren que tratan de lograr que la mujer haga la denuncia. Observan que muchas veces el primer contacto lo establece algún familiar de la mujer. Reciben entre 400 y 500 denuncias por mes, más las que recibe el gabinete de profesionales que trabaja en el mismo edificio y llevan sus propias estadísticas que entregan a la Dirección de Género. Refieren que no han registrado femicidios de mujeres que hicieron la denuncia y luego fueron asesinadas. Observan que por lo general muchas mujeres vuelven a renovar los perímetros.

Mujeres: Se entrevistaron en total 16 mujeres consultantes en el Programa específico y en una de las ONG que atiende VG en el Municipio. Las diferencias más significativas entre las entrevistas radican en que en las efectuadas en el Programa específico la mayoría de las mujeres denunció, pero encontró mayores dificultades en la ruta que siguieron. Las realizadas en la ONG en cuestión, atravesaron rutas algo menos accidentadas, por el acompañamiento de las operadoras y sus compañeras.

Las entrevistadas del Programa consultaron en salud, seguridad y justicia, con diferentes respuestas. Las de la ONG, consultaron en seguridad y justicia. Una sola había consultado por otros temas en salud, no estando conforme con la atención recibida. Todas las entrevistadas destacaron la buena atención y el buen acompañamiento recibido tanto en el Programa como en la ONG.

Todas refirieron haber sufrido violencia física, reconociendo al menos un episodio extremo. También violencia psicológica, que incluía maltrato verbal, gritos, amenazas e insultos. Dos agregaron violencia sexual. Todas las entrevistadas fueron mujeres entre 30 y 45 años, en

edad fértil, y con hijos/as. 12 están separadas y 4 continúan el vínculo con el agresor. En todos los casos, el varón agresor era/es la pareja de la mujer.

Respecto de las redes de apoyo, se encuentran diferencias entre ambas instituciones: 2 de las entrevistadas del Programa destacaron haber empezado a estudiar y/o capacitarse como un aspecto importante para fortalecerse y denunciar. También refirieron que en esos lugares de capacitación recibieron material sobre VG y eso contribuyó a que pudieran denunciar. Se sumó el apoyo de compañeras de estudios y/o de trabajo. Varias de las entrevistadas refirieron que el apoyo de sus familias fue variable: algunas pudieron tener un apoyo parcial de hermanas y/o cuñados/as para la etapa posterior a los primeros tiempos de la denuncia y poder proseguir las "rutas". La mayoría caracterizó a sus familias de origen como "conservadoras", en especial a la figura de la madre. Es importante destacar que en su mayoría, las entrevistadas identificaron a sus hijos/as como uno de los factores de apoyo. En algunos casos, los/as hijos/as operaron como "motores" para estar bien o que al excluir al agresor, privilegiaron el bienestar de los/as hijos/as. En otras situaciones, pudieron identificar en primer término que alguno/a de sus hijos/as era víctima de violencia por parte del agresor y eso las impulsó a consultar y/o hacer la denuncia.

La mayoría de las entrevistadas conocía en la vivencia el "ciclo de la violencia", aunque no con el nombre técnico. Es de destacar que casi todas, aunque han iniciado y sostenido su tratamiento, expresaron: *"Es muy difícil que el agresor cambie"*. También refirieron que *"Mientras estaba adentro de la relación me costaba darme cuenta"*. Las mujeres coinciden en las afectaciones registradas en todas las áreas indagadas. Muy frecuentemente hicieron comentarios tales como *"me afectó en todo"*, *"no podía salir, vivía en aislamiento"*, *"Me agotó en todos los sentidos que se puede agotar a alguien"*. Varias refirieron que tuvieron embarazos no deseados, porque los varones no les permitían usar MAC. 2 refirieron síntomas físicos a partir de haber sufrido VG, fundamentalmente hipertensión arterial y dolores corporales. Todas destacaron el impacto de la violencia sobre su autoestima con síntomas tales como inseguridad, miedo y angustia. La mayoría realizó la denuncia frente a hechos extremos de violencia física y/o económica.

Respecto de las respuestas y la atención recibida en justicia y/o seguridad, las que hicieron la denuncia para obtener la restricción perimetral, consideraron que tuvieron que sortear

“mucha burocracia” y “que la medida es poco eficaz”. En muchos casos, el recorrido fue complejo. O tuvieron que denunciar 2 veces o se demoró la respuesta. En otros, recurrieron a una instancia de seguridad primero y luego a otra. Se destaca que 2 mujeres obtuvieron una buena y pronta respuesta llamando al 911. Aún con estas demoras y dificultades, reconocieron que la atención en Justicia “fue buena”. Sin embargo, respecto de los/as efectores de seguridad, presentaron insistencias en que varias de ellas tuvieron que concurrir dos veces al lugar (fuera CM o CC). Particularmente, las entrevistadas de la ONG, refirieron que a ellas se les dificulta aún más, puesto que en las CC no siempre toman las denuncias de VG, argumentando que no les corresponde. La extensión del territorio indagado dificulta el fácil acceso de las mujeres a una única CM.

Respecto de la prevención de esta problemática, las mujeres de la ONG hicieron hincapié en la crianza de los/as hijos/as, para que no se repita el maltrato; generar más GAM para salir del aislamiento; generar caminos más accesibles en salud, seguridad y justicia; generar formas de empleo para mujeres, así como abrir en los barrios lugares de trabajo informal (por ej: talleres de costura) donde sea fácil llegar y llevar a sus hijos/as con ellas, reclamar guarderías para los cuidados de los/as hijos/as. Expresaron la importancia de generar condiciones de equidad en el reparto de las tareas de la crianza. Algunas de las especificidades planteadas en este efector fueron tener acompañamiento especializado para realizar la denuncia y las acciones posteriores.

En las respuestas de las mujeres entrevistadas en el Programa, fue frecuente que expresaran la importancia de “no callarse”, destacando la denuncia como una medida preventiva eficaz.

Entrevistas a informantes claves:

Se entrevistaron 8 informantes clave: destacados/as profesionales en salud, justicia y/o seguridad, agentes efectores de salud y justicia, agentes comunitarios y líderes de movimientos sociales relacionados con la problemática de la VG escogidos/as intencionalmente con el criterio de que fueran referentes en los ejes clave que indagaba esta investigación, sea por su ámbito de especialidad, de acción o de responsabilidad.

Observaciones no participantes

Para el análisis de las observaciones no participantes se han utilizado técnicas de relevamiento de insistencias de significaciones imaginarias sociales (Fernández, 1999; 2007).

Mesa Distrital de la No Violencia. Se asistió como observadoras no participantes al dispositivo de la MDNV. Esto nos permitió observar que existe una gran participación de ONG, organizaciones barriales y movimientos sociales en distintas modalidades organizativas, que despliegan actividades en el área de los derechos de las mujeres y la VG. En esta riqueza y complejidad de entramados sociales e institucionales, las interrelaciones entre la comunidad y los/as representantes del Gobierno se muestran en este dispositivo. Se crea la posibilidad de un diálogo entre instancias con posibilidad de plantear los conflictos y dificultades, establecer proyectos y planes de trabajo y posibles resoluciones de acuerdo.

Las organizaciones comunitarias plantearon y destacaron la necesidad de fortalecer las acciones estatales en vistas a una mayor redistribución de los recursos en los diferentes barrios del territorio, municipio marcado por una gran heterogeneidad e inequidad entre sectores socio económicos.

Hacen referencia al *“desborde de la demanda”*, y al *“desbordamiento de los/as efectores frente a la tarea”* tanto de RRHH, económicos y/o edilicios para abordar de mejor manera la temática. Se sumaron expresiones referentes a falta de capacitación continua en VG.

En la MDNV es de destacar que la mayoría de las participantes son mujeres, encontrando presencia masculina en muy contados espacios.

Grupos ayuda mutua. De acuerdo a los objetivos específicos, se indagó en el territorio sobre la existencia de GAM, para esta temática. Se encontraron varios en funcionamiento, dentro de las organizaciones comunitarias, no así en las instancias estatales. Se ha relevado que cumplen una importante función en la recuperación de las mujeres en situación de VG.

Discusión

Existen falencias en el registro por parte de los/as efectores de salud. Los/as profesionales de la salud en general utilizan la HC como único registro y rara vez consignan expresamente VG, esos datos en su mayoría no llegan a nivel central y no quedan representados en las

estadísticas. Como posibles causas de esta situación encontramos que los/as profesionales perciben que las instituciones no los/as respaldan a la hora de abordar integralmente este tipo de casos o se sienten desprotegidos/as legalmente a la hora de hacerse responsables de los mismos. Otro motivo podría ser la tensión entre el cumplimiento del secreto profesional y la necesidad de registro de la problemática en el Sistema Público. Específicamente en el área de SM, se registra aún menos que en el resto. Esto podría deberse a criterios de atención que replican en lo público modalidades de la consulta privada. Así se perderían herramientas objetivas de gestión y la optimización de políticas públicas específicas.

Los Juzgados sí realizan registros de los casos judicializados diferenciándose del sector salud. Sin embargo, al caratular las causas como VF, en vez de VG, se invisibiliza –aunque de otro modo- la magnitud de esta problemática y constituye una dificultad a la hora de abordar los casos de VG perpetrados fuera del ámbito familiar. Como ejemplo se señala que esta investigación no ha podido relevar el número de femicidios del último año en el municipio, ya que la información no estaba disponible en ninguno de los efectores relevados (salud-justicia- seguridad).

-Tensiones entre el modelo de “la víctima ideal”, y las nuevas estrategias de las mujeres frente a las fallas del Estado. Importancia de los dispositivos grupales.

En general, las mujeres entrevistadas refieren haber recorrido más de una institución en una trayectoria fragmentada en el tiempo. Se han registrado de este modo “rutas críticas” en la búsqueda de atención oportuna. Se destacaron dificultades en los procesos judiciales, especialmente en su continuidad. Una de ellas: la falta histórica de patrocinio gratuito (disponible mediante Ley a partir del año 2015). Otra: el “exceso y/o tipo de pruebas” que pide la justicia para iniciar causas (por ej.: gravedad de lesiones físicas), fallas en las medidas de protección e incumplimiento de medidas cautelares por parte de los agresores. Esto dejaría a las mujeres en mayor riesgo que si no hubieran denunciado. Por ejemplo, en el cuerpo médico forense se insiste en que muestren una y otra vez las marcas en sus cuerpos, revictimizándolas. Habría una coincidencia entre los/as efectores de salud y justicia en “exigir las pruebas”: *“Tengo que venir con el ojo morado para que me tomen la denuncia”*.

En salud, no se tomaría en cuenta la violencia psicológica, al no rastrearse la cronicidad de ciertos síntomas en mujeres (angustia, ansiedad, otros psicósomáticos). Se les pide a las

mujeres que “*traduzcan*” sus vivencias al lenguaje de la ciencia y si no tuvieran un relato coherente, se desconfiará de ellas. Se espera que presenten un relato en el idioma de una mujer sufriente “*víctima ideal*”. La misma sería aquella que presente un discurso coherente sobre lo que está sufriendo, más las marcas físicas graves que den cuenta de la problemática y que no dude en hacer la denuncia. Aquellas mujeres que no se presentaran dentro de este modelo serían visibilizadas con dificultades en su SM y no como el curso esperable en personas devastadas por la VG.

Sería muy importante que los/as efectores de todas las áreas de la atención de VG, tuvieran esto en cuenta para diferenciar en cada caso si se trata de una mujer que no denuncia porque está desarrollando una estrategia que le dé seguridad frente a las fallas que conoce del Estado o por el contrario si se trata de mujeres que no se han empoderado aún lo suficiente para hacerlo.

Según se ha observado, algunas mujeres tienen claridad sobre cuáles serían las fallas de las medidas de protección, saben por experiencia que no se concretan. Esto estaría dando una nueva forma en que las mujeres presentarían las denuncias como parte de los “*caminos espontáneos*” que van implementando.

Los/as efectores pretenden que las mujeres realicen la denuncia en el tiempo más pronto posible, pero las mujeres elegirían cuándo realizar la denuncia. Esto las desmarca del lugar de “*víctima ideal*”, en la cual se las suele ubicar. Actualmente, informadas de las “*rutas críticas*”, varias refirieron que han elegido la construcción de un recorrido usando diferentes herramientas provistas por el Estado y por organizaciones comunitarias, pero en sus propios tiempos. Así, realizarían la denuncia cuando ellas ya han logrado alguna aspecto de ese “*plan*” (por ej: asegurar una residencia diferente para ellas y sus hijos/as o adquirir cierta autonomía económica). Esto resulta un hallazgo de esta investigación.

Este equipo destaca la importancia de los abordajes grupales como diseños eficaces para esta problemática, ya que potencian el empoderamiento, la pertenencia y las posibilidades de cambio. *Los vínculos que se establecen en el-entre-otras les proveen confianza, ideas, contactos para imaginar y accionar el trazado de las estrategias más adecuadas en su propio camino de salida de la VG.*

-La falta de recursos y su impacto negativo en la atención de VG.

Se encontró una fuerte recurrencia en la insuficiencia alarmante de RRHH y materiales disponibles respecto de la magnitud del problema. Esta constatación ha atravesado todas las áreas de indagación de esta investigación. Se refiere permanentemente *“desborde de la demanda y de los/as efectores frente a la tarea”*. Han referido falta y/o inequidad en la distribución de recursos económicos y/o edilicios para el abordaje adecuado.

Las condiciones edilicias no son adecuadas, suelen ser pequeñas construcciones, poco confortables, con deficiencias en las instalaciones de los servicios para tareas específicas. Esto impacta negativamente en el accionar de profesionales, en el personal administrativo y en las actividades con y de las usuarias. Debería tenerse en cuenta este aspecto en relación a la creación y sustentación de hogares para las mujeres en situación de VG. Hay consenso entre efectores y ONGs en que éstos son deficientes en cantidad, capacidad y adecuación respecto de la población que deben alojar: mujeres y sus hijos/as ya que estaría gravemente contraindicado separarlos.

Las carencias de RRHH y materiales básicos generan impactos negativos en todo el circuito de atención a la VG. Puede señalarse que:

- Las dilaciones y demoras en las respuestas de los/as diferentes efectores por la insuficiencia de personal pone en riesgo las vidas de las mujeres que sufren VG. En justicia y seguridad, las demoras en las evaluaciones que se realizan para decidir cuáles casos son prioritarios para dar las medidas cautelares, exponen a las mujeres que han denunciado a mayores riesgos (nuevas agresiones o femicidios).
- Es necesario revisar el criterio de tomar sólo aquellos casos más graves. Todas necesitan amparo estatal. El personal debe establecer criterios de riesgo entre casos graves y gravísimos logrando medidas cautelares, restricción perimetral en el día, priorizando muchas veces solo estos últimos casos.
- Existen dificultades en lograr la privacidad necesaria para las mujeres al presentar sus relatos en el Programa específico del municipio, dadas las incomodidades de los espacios donde se las recibe.

Consideramos que atender casi exclusivamente los casos gravísimos crea un circuito reverberante en los/as profesionales por el cual, además del desgaste emocional de dejar a

los graves de lado, al abordar solo casos límites de extrema devastación psíquica y material abona en los imaginarios profesionales la idea de que poco puede hacerse por estas mujeres.

-“Hasta que no estén los dispositivos posdenuncia”.

Unos de los hallazgos de esta investigación es la falta de institucionalidad posdenuncia. Las denuncias y restricciones perimetrales terminan muchas veces siendo sólo de eficacia simbólica, con el agravante de estar dirigidas a sujetos -victimarios- que en la mayoría de los casos no acatan normas simbólicas.

Si bien en los casos más leves la denuncia en sí misma puede operar como freno de la justicia a la violencia, en los casos más graves al no haber monitoreo de denuncias y de restricción perimetral, por el contrario acelera y agrava la violencia. En estas condiciones los 180 días posteriores a la denuncia pueden considerarse un período de “alerta roja” prefemicida.

- Compromiso, creatividad y estrategias superadoras vs. burocratización, rigidez y desidia.

Se encontraron instituciones rígidas en sus desempeños diarios que no pueden correrse del circuito formal, cristalizado y más transitado. Conviven con otras instituciones, con profesionales con criterios más flexibles y permeables que utilizan la creatividad para dar respuestas más dinámicas, efectivas y adecuadas a cada situación. Ejemplo de estas acciones “espontáneas” que denominamos “**conciencia en acción**”: se generó un espacio de juegos en la CM para que las mujeres puedan dejar allí a sus hijos/as mientras realizan la denuncia. Se les advierte a los varones agresores con restricción perimetral, sobre la posibilidad de que no se les renovarían el carnet de conducir si reinciden.

Otras estrategias creativas las vimos en salud. Ante la sospecha de que una mujer está atravesando una situación de VG, la re-citan con la excusa de control o estudio médico. Así avanzan en la construcción de la relación médico-paciente y posibilitan la confianza necesaria para que la paciente tenga el espacio para expresar lo que está viviendo.

Un obstáculo desde el sector justicia, es que para que se las reciba en el juzgado deben hacer previamente la denuncia en la comisaría. Ponerles este requisito previo sin facilitarlos de otro modo puede constituir una vulneración de derechos a la accesibilidad oportuna. Asimismo en el sector salud, insiste un criterio implícito de que todo caso de VG hay que a

derivarlo a SM. Cuando esto es un mero procedimiento burocrático no sólo puede perder eficacia, sino que haría correr el riesgo de psicopatologizar toda situación de VG.

-Modelos de atención a VG en Salud y en Salud Mental. Facilitadores y obstáculos.

Sólo se registró un efector del PNA que no deriva automáticamente todo caso de VG a SM “la especialidad” dentro del mismo CIC. Este CIC presenta un criterio de SM con abordaje comunitario, acorde a la nueva ley de SM. Posee una Residencia PRIM¹⁰, con abordaje desde la Salud Colectiva y evidencia una mayor sensibilidad y compromiso. Allí funciona también un espacio para Consejerías pre y post aborto y abordaje de Interrupción Legal del Embarazo. Además, al momento de las entrevistas, se encontraba en construcción un dispositivo específico para el abordaje interdisciplinario de VG.

En los otros centros relevados, los/as profesionales no suelen trabajar en interdisciplina sino con lógica multidisciplinar. No están sensibilizados o formados en VG y suelen experimentar desprotección por parte de las autoridades ante los casos más complejos con el consiguiente subregistro de VG.

Este municipio cuenta con un Programa específico para la atención de VG, enmarcado dentro del área de SM. Con más de veinte años de trayectoria, está formado por un equipo de profesionales considerados especializados/as en esta área. Si bien está integrado por trabajadoras sociales, psicólogos/as, psicopedagogas y psicólogas sociales, predominan abordajes psicoterapéuticos individuales. La presencia del Programa distingue a este municipio en su intento de dar una mejor y más adecuada respuesta a la problemática.

El criterio del Programa es que las usuarias lleguen por derivación y no por consulta espontánea. Sin embargo, pocos/as efectores de salud refirieron en primera instancia conocerlo. Tanto efectores de SM del PNA como del Programa, operan desde una orientación psicológica similar que si bien reconoce a la VG como un problema de vulneración de derechos, en sus intervenciones evidencian deslizamientos psicopatologizantes que diluyen la situación de las mujeres como víctimas de dominación masculina y los efectos materiales y subjetivos que esto genera en ellas.

¹⁰ Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias conformada por profesionales residentes de trabajo social, medicina general, enfermería, odontología, psicología, quienes realizan entre otras muchas tareas, el abordaje de VG.

Las usuarias caracterizaron positivamente la atención recibida en el Programa, particularmente en una adecuada orientación en asesoramientos/tratamientos para sus hijos/as. Si bien es muy importante que los servicios de salud cuenten con dispositivos en salud mental que pongan en un lugar central el abordaje de las subjetividades, es necesario subrayar a modo de recaudo que en los primeros pasos en que la mujer intenta salir de la captura de la VG, la experiencia internacional muestra que resultan mucho más efectivos e imprescindibles, en esta primera instancia, abordajes en GAM: Creando condiciones de posibilidad de una mejor y más rápida recomposición de lo devastado, favoreciendo los procesos de re-dignificación y empoderamiento de las mujeres. Sin duda, los abordajes psicoterapéuticos individuales serán importantes para revisar la repetición de vínculos caracterizados por VG. Sin embargo, un abordaje “caso por caso” en el inicio puede obturar las complejidades que se dan en estas situaciones, generando en los/as profesionales el riesgo de interpretar a las usuarias sólo desde sus historias personales, invisibilizando la dificultad para desprenderse de posicionamientos subjetivos de subordinación y construir potencias subjetivas y autonomía.

Dentro de los objetivos de los GAM se destaca la formación de vínculos no violentos como forma de recuperación y el cuestionamiento de los estereotipos de género a partir de los intercambios grupales. El compartir su situación en *el-entre-otras* recompone lazos, brinda contactos, el escuchar otras experiencias les proporciona mejores ideas para implementar, empodera, etc. Los/as profesionales intervienen facilitando el intercambio, la contención y la coordinación, interviniendo con el recaudo metodológico frente a deslizamientos psicopatologizantes. Es de suma importancia que incluyan en una co-coordinación a mujeres sobrevivientes de VG.

Los déficits de registro, en los/as diversos/as efectores de salud respecto de la dimensión subjetiva, generaría respuestas inadecuadas que podrían contribuir a que las mujeres realicen rutas críticas más largas, fragmentaciones y/o abandonos de las mismas. Sumado a la carencia de valoración de la VG como DSS señalada, producen “oportunidades perdidas” para las mujeres víctimas que consultan en salud. Cuestión muy preocupante dado los riesgos que siempre implica toda situación de V.G

- Entre la interdisciplina y el azar: garantes de la ciudadanía.

En el área justicia, el Juzgado relevado se caracteriza por una atención pertinente para el tema. La Jueza a su cargo jerarquiza especialmente esa área proponiendo el trabajo interdisciplinario y el intercambio con equipos de Programas Municipales y ONGs que intervienen con las familias. Por el contrario, no se obtuvieron respuestas en este sentido en el otro Juzgado de Familia de la zona. En Seguridad sucede algo similar; existe una sola CM con personal capacitado en el tema. Las mujeres que contactaron con CC encontraron diferencias sustanciales en cuanto a la atención.

Como se desprende de lo anterior, la atención de mujeres víctimas de VG encuentra grandes diferencias dentro de un mismo territorio. Pareciera que los “caminos positivos” posibles dependen del azar, según la mujer tenga su domicilio dentro de un área programática con los recursos adecuados. Del mismo modo, en Justicia, depende de que su expediente salga sorteado para el juzgado cuya Jueza tiene especial predisposición hacia la temática.

Esta situación no es destino si se la toma como punto de partida para unificar la atención de las mujeres, generando políticas públicas orientadas a la protocolización de la atención, fomentando la capacitación en equipos interdisciplinarios e intentando homogeneizar y potenciar los recursos públicos en todo el territorio en pos de la mejora de la calidad de atención. Parte de esto comenzó a realizarse vía la MDNV, que se constituye en un verdadero espacio de encuentro intersectorial, incluye a toda la comunidad y tiene como eje central a la VG.

-¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Tensiones intersectoriales. Atención en la urgencia y en el largo plazo.

Al investigar cómo los sistemas de Salud, Justicia y Seguridad abordan VG en un territorio hemos observado la importancia de identificar las características del problema a atender. Es un problema determinado casi en su totalidad por los lazos sociales que reproducen desigualaciones de poder, anclados en las conductas de los/as actores involucrados/as que causan impacto en la salud física, mental y social de las afectadas. En sus casos más feroces, incluye mortalidad por esta causa y se inscribe, en términos legales y de seguridad, en el campo de la vulneración de derechos: a la libertad y a la vida, entre otros. Se identificaron como necesarias acciones en el campo de la emergencia, la urgencia, las consultas “con

tiempo” y el sostenimiento a largo plazo de los tratamientos y abordajes. Esto último, teniendo en cuenta que se identifica la resolución de la problemática en salud ligada a la VG como posible de ser efectuada sólo mediante tratamientos integrales, intersectoriales y de largo plazo.

En cuanto a heterogeneidad en los recursos, hemos identificado que en el territorio estudiado hay acciones de Salud, Justicia y Seguridad con desigual desarrollo en lo que refiere a las necesidades de urgencia y atención a largo plazo. Los efectores de Salud y Seguridad, que poseen en el territorio dispositivos de atención de urgencia, critican a Justicia su “lentitud”. Esa percepción de “lentitud” pareciera deberse más que a un déficit en la ejecución, a la ausencia de un dispositivo específico que resuelva problemas de urgencia en el campo de la Justicia en lo relativo a VG.¹¹ Esto no invalida el buen funcionamiento del Juzgado de Familia relevado, cuyas acciones son eficaces.

Se evidencia la necesidad de crear dispositivos de atención de urgencia y de especificidad en el tema (Oficinas Judiciales específicas de VG) en el ámbito de la PBA. En este sentido, el cambio de paradigma legal aún no se traduce en la creación e implementación de diseños innovadores institucionales que puedan hacer efectivas, en términos de atención, las aplicaciones de la Ley.

-Uso de protocolos.

La atención en VG es una de las más complejas en lo que hace a la implicación subjetiva y responsabilidad legal de los/as profesionales involucrados/as. La utilización de protocolos de riesgo y de tamizaje es un factor de suma relevancia para los efectores de Salud, Justicia y Seguridad. Sin embargo, este estudio relevó que en general los protocolos raramente se utilizan. Algunas instituciones refirieron contar con protocolos propios diseñados por sus equipos.

Más allá del desconocimiento de la existencia de los mismos y/o la falta de capacitación específica en los efectores, en algunos/as profesionales la resistencia al uso de protocolos pareciera provenir de la vulnerabilidad institucional que, según expresan, les produce dejar consignada y firmada la presencia de una situación de VG. No hay que olvidar que una vez

¹¹ En la actualidad, el único dispositivo de urgencia en el campo de la VG en Justicia es el correspondiente a la OVD de la Corte Suprema de Justicia, con domicilio en la CABA, de difícil acceso para un Municipio del segundo cordón del conurbano bonaerense.

consignada la misma entra en un circuito legal frente al que sienten desprotección como agentes del Estado. Otros/as profesionales, en especial los que realizan abordajes psicoterapéuticos, descreen de la uniformidad de un protocolo y confían más en que su “escucha” en las entrevistas les permitiría detectar el riesgo y/o tamizar VG aunque no sea motivo de la consulta. Curiosamente, en ninguno de los/as profesionales entrevistados/as aparecían los protocolos como resguardo profesional en tanto estos fueran un modo de dejar consignadas sus buenas prácticas. La no utilización de protocolos es otra modalidad de subregistro de la VG en distintos estamentos del Estado cuando no de su invisibilización.

-Importancia de la capacitación / Resistencias para la atención de VG.

Se observan insistencias en las argumentaciones de los/as profesionales entrevistados/as de todas las disciplinas sobre la falta de capacitación en los niveles de grado y posgrado en la temática de VG, incluso en facultades con currícula innovada. Sin embargo, no todos los/as profesionales manifiestan la necesidad de una formación específica en VG. Entre aquellos/as que sí la consideran, un subgrupo hace responsable de esta falta a las instituciones de pertenencia y/o al Estado. Esto es una reivindicación válida pero los/as pone en una sola posición posible a la espera de “que el Estado brinde”. Otro subgrupo, ante la no respuesta del Estado, han buscado por sus propios medios la capacitación necesaria. Los/as motiva la creciente demanda y la necesidad de dar respuesta a este emergente en las consultas, considerándolo como parte de su responsabilidad profesional. Por otro lado, encontramos profesionales de la Salud que aun cuando reciben mujeres víctimas de VG pues trabajan en el PNA, no lo consideran de su incumbencia y derivan a SM. Consideran la VG como una “especialidad”. Desconocen así, que la VG es un DSS integral de las mujeres y que todo/a profesional de APS debe tener eficaces herramientas para abordarla en el nivel de complejidad de su efector. Llama la atención que profesionales convencidos/as del valor de la actualización permanente en otros problemas de salud, no incluyan la misma apreciación hacia la VG. Hay dificultad por apropiarse de la VG como un objeto de intervención propio del campo de la salud. El aún vigente modelo médico hegemónico con su mirada androcéntrica se vuelve un verdadero obstáculo para el entendimiento y tratamiento de VG. Falta una verdadera mirada intersectorial.

Si bien la falta de capacitación es un problema innegable, muchos/as profesionales lo utilizan como justificativo para no intervenir. Constituye todo un aspecto relevante de las resistencias para la atención de VG. A su vez, es uno de los facilitadores de la construcción de obstáculos propios de las “rutas críticas” de VG. Otra resistencia para el abordaje de la VG, podría estar relacionada con que indagar y tomar conocimiento de situaciones de este tipo implica luego una responsabilidad y un seguimiento de, muchas veces, un largo y complejo proceso. Los/las profesionales suelen argumentar que no disponen de tiempo para estos casos y/o que carecen del acompañamiento institucional para sostenerlos adecuadamente.

Es importante volver a enfatizar que el Estado debe garantizar la capacitación de sus efectores y al mismo tiempo observar, garantizar y regular la calidad y pertinencia de la atención. De lo contrario, se está en riesgo de depender de las voluntades individuales para el abordaje efectivo de las situaciones de VG. Esto constituye una de las formas de vulneración del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, fomentando la inequidad en la calidad de la atención.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud, Salud Colectiva y Salud Pública:

La VG constituye un DSS integral de las mujeres, es primordial su detección temprana, consulta oportuna y prevención mediante la deconstrucción de inequidades de género y acceso a la atención de la salud. Impacta en la Salud Pública aumentando la comorbilidad por casi todas las causas; así resulta imprescindible el rol del Estado como impulsor de su abordaje debido a las implicancias y consecuencias que tiene para la comunidad. Se considera que es una vulneración de derechos de las mujeres, que afecta a sus hijos/as (por el rol de la mujer como su cuidadora primaria) con alto impacto en la salud de esta población.

Los Equipos de Salud de APS, desde una perspectiva de ACC con intervención interdisciplinar e intersectorial, son el principal actor del sector salud en esta problemática (Ministerio de Salud, 2012). El abordaje territorial de la VG, debe ser orientado no sólo a la atención específica e interdisciplinaria que requiere la problemática, sino también a generar

condiciones de promoción y prevención de la misma en la comunidad. El desafío desde el PNA es avanzar en comprometer en acciones y prácticas a los siguientes niveles de complejidad del sistema de Salud desde una perspectiva de género. Focalizar el abordaje de la VG en la estrategia de APS implica que las políticas públicas en salud no se desarrollen de manera aislada sino que se promuevan y gestionen en el marco de acciones intersectoriales particularmente con justicia y seguridad. Este enfoque requiere criterios interseccionales (Symington, 2004) que permiten ampliar los márgenes de análisis e intervención al subrayar la simultaneidad de violencias y desigualdades sociales en la configuración de la VG.

Recomendaciones

- Diseñar y ejecutar políticas públicas en salud que avancen en la valoración de la VG como DSS integral de las mujeres y se considere una problemática a ser sospechada, diagnosticada y abordada en las consultas por los equipos de salud de todos los niveles y subsectores.
- Generar herramientas y recursos que permitan intervenciones especializadas en todos los casos de VG detectados y no sólo en aquellos graves o gravísimos.
- Implementar y ponderar la toma de registro en las estadísticas de salud con el objetivo de mejorar los datos y análisis cualitativos en pos de colaborar con la gestión de políticas públicas en VG, tal como se ha señalado en una investigación anterior (Fernández, Tajer y col, 2010).
- Promover y garantizar la capacitación continua de equipos de salud en la atención del problema y en la prevención/promoción desde lógicas de abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- Asegurar el acompañamiento institucional e instancias de reflexión sobre las prácticas y metodologías de abordajes para los/as profesionales de la salud que trabajan en VG.
- Realizar acciones tendientes a homogeneizar/estandarizar el abordaje de los equipos de salud ante casos de VG para garantizar estándares de calidad de atención en todo el territorio.
- Socializar, fomentar y sistematizar el uso de los protocolos de detección, riesgo y tamizaje.

- Valorar e implementar como una modalidad de abordaje eficaz los Dispositivos Grupales de Ayuda Mutua. Avanzar en la capacitación profesional específica que requiere esta metodología. Asignar RRHH capacitados e idóneos en todas las áreas/sectores acorde a la magnitud del problema.
- Impulsar la construcción y adecuación de hogares/refugios (en cantidad y calidad), desde un criterio que no vulnere ni revictimice aislando a las mujeres de sus lugares y grupos de pertenencia y que incluya lugar adecuado para los/as niños/as.
- Fomentar las redes entre los/as profesionales y la comunidad mediante conocimiento de los recursos con los que cuenta el territorio para lograr un abordaje integral de los casos.
- Adecuar los recursos a las nuevas legislaciones (Leyes de SM y VG) y en consonancia aumentar, redistribuir equitativamente, los recursos humanos, económicos y materiales.
- Promover la inclusión de la perspectiva de género y la problemática de la VG en las currículas de pregrado-grado-posgrado de las diferentes disciplinas involucradas.
- Promover instancias de capacitación y sensibilización de las fuerzas de seguridad y del sector justicia en conjunto con equipos de salud territoriales tendientes a establecer articulaciones.
- Trabajar conjuntamente entre salud y justicia en la implementación de dispositivos de atención en la urgencia que repliquen el modelo interdisciplinario promovido por la OVD en todo el territorio nacional.
- Avanzar en estrategias intersectoriales que diseñen e implementen lo que denominamos *Dispositivos Post denuncia* para el seguimiento y acompañamiento longitudinal de las mujeres víctimas de VG.

Bibliografía:

- Alemán, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., RossiSammartino, B., Marconi, A., Pannia, K., Antman, J. (2010) “Detección de Violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en Ciudad de Buenos Aires” Revista Argentina Salud Pública. Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- Caravantes, L., Guido, L. (2000) “La violencia intrafamiliar en la reforma del sector salud”. En Costa, A.M., Tajer, D., Hamman, E., “Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas”, Edit Univ. de Brasilia, ALAMES/ABRASCO.
- ELA – Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2012) *Más allá de la denuncia: los desafíos del acceso a la justicia. Investigaciones sobre violencia contra las mujeres*. Buenos Aires.
- Fernández, A.M., Tajer, D., Galimberti, D., Ferrarotti, A., Chiodi, A. (2010) “Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género”. Revista Argentina Salud Pública, Vol. 1 - Nº 3, Junio 2010.
- Fernández A.M, Bercovich C, Borakievich S, Lo Russo A, Gaba M (2006). “Informe de la asesoría al Servicio Público ‘Asistencia Integral a la Violencia Doméstica y Sexual’, DGMuj – GCBA”.
- Fernández, A.M., (comp.) (1992) *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires, Paidós.
- Fernández, A. M., (1993) *La mujer de la Ilusión*, Buenos Aires, Paidós.
- Fernández, A.M. (1999) *Instituciones Estalladas*, Buenos Aires, Eudeba.
- Fernández, A.M., (2009) *Las lógicas sexuales. Amor, políticas y violencias*; Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fernández, A. M., (2007) *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*, Buenos Aires, Biblos.
- Fernández, A.M. (2013) *Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y biopolíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fernández, A.M. (2013) *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*, Buenos Aires, Biblos.

- Giberti, E., Fernández, A.M. (comp) (1989) *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- Gofin, J.Gofin, R. (2007) “Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria de la salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública / PanamericanJournal of PublicHealth* 21; 177-184.
- Marmot, M. y Wilkinson R. (1999) “Social determinants of health”, New Cork, Oxford UP.
- Ocampo Marín, LF (2005). “De lo regional a lo territorial”. *Memorias del VI Encuentro de Posgrados Iberoamericanos sobre Desarrollo y Políticas Territoriales*. Toluca, México, Septiembre. Accesible en <http://rippet.cebem.org/encuentro6/doc/A16.doc> mayo 2017
- OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. “Diagnóstico Centroamericano de las Organizaciones Gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en relación a la violencia y la violencia intrafamiliar en el nivel local/nacional”. San José de Costa Rica: OPS/OMS; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS” Washington, D.C.: OPS, © 2008.
- Sen, G., Östlin, P. y col. (2009) *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente ¿Por qué existe y cómo podemos cambiarla?.* Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.
- Symirgton, A. (2004) “Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio de económico*”. Número 9, agosto 2004. Documentos AWID.
- Tajer, D. (2003) *Violencia y Salud Mental de las Mujeres*. En *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Memorias de la 11 Universidad Itinerante, RSMLAC, Colombia.
- Tajer, D. (2004) “Violencia y salud mental de las mujeres”. En *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. , (pp.181-195). Popayán, Colombia: Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC.
- Tajer, D. (2009) *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*, Buenos Aires, Paidós.
- Tajer, D. Reid, G y Gaba, M. (2014) *Impacto de la Violencia de Género en la Salud de las Mujeres: una investigación en la Ciudad de Buenos Aires. Género y Salud en Cifras*.

- Tajer, D. (comp.) (2012) *Género y Salud. Las Políticas en acción*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tajer D., Lo Russo A, Fontenla M, Gaba M, Reid G, Attardo C, Cuadra ME, Jeifetz V, Straschnoy M. "Ruta Crítica de la Salud de las Mujeres. Integralidad y equidad de Género en las prácticas de Salud de las Mujeres en la Ciudad de Buenos Aires 4ta parte". Tajer D., Lo Russo A, Fontenla M, Gaba M, Reid G, Attardo, C., Cuadra ME, Jeifetz V, Straschnoy M. En XVII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Tajer, D., Gaba, M., Reid, G. "Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires" Cátedra "Introducción a los Estudios de Género" Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Diciembre 2005.
- Tajer D., Gaba M., Reid G. Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires. Cátedra "Introducción a los Estudios de Género" Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2011.
- Teodori C. E. Rutas críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc., Buenos Aires, diciembre 2015.