



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL**

**“La violencia de género desde la política socio-sanitaria en  
México Distrito Federal y Ciudad Autónoma de Buenos Aires”**

**TESIS**

**Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL**

**Presenta: Manuela Gutiérrez**

**Directora: M. Ángeles Garduño Andrade**

**Codirectora: Oliva López Arellano**

**Junio 2015**

Por las que están...

Por las que no están...

Por las que peligran...

Dedico este trabajo a mis a amigos/as de aquí y de allá, de México, de Argentina y alrededores.

A mi mamá, mi papá y mi hermano, que me enseñaron a ser una mujer libre. Gracias por el amor incondicional.

A Graciela Biagini que acompañó este proceso desde que era una idea y me alentó a embarcarme en esta aventura. Por sus lecturas, por la confianza y sus enseñanzas.

A Oliva López Arellano, fundamental en todo este proceso y fuente de inspiración.

A Ángeles Garduño Andrade por su apoyo y enseñanzas.

A la familia latinoamericana que elegí en México y que acompañaron mis pasos en este período:

Itza A. Varela Huerta, por abrirme su hogar y hacerme sentir parte desde el primer día; Eduardo Paz González por su incansable y fundamental acompañamiento en la escritura de este trabajo y a Ana Rita Castro por ser mi cómplice desde el inicio y por la pasión compartida por la salud colectiva.

Erandi Mercado Guzmán, Elodie Segal amigas incondicionales y consejeras de la vida.

Por supuesto a Isidro Soloaga y Gloria M. Rubio Soto, mis tíos del corazón que acompañaron este tiempo con amor desde el primer día.

A José codo a codo siempre, gracias por el amor, la paciencia y la música.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, al posgrado de Medicina Social, por todo el apoyo académico, administrativo y el financiamiento otorgado para realizar a cabo toda la investigación y el trabajo de campo que implicó esta tesis.

A las diferentes instituciones que me permitieron el para llevar a cabo este trabajo, a su constancia por asegurar la universalidad en la atención en salud y la gratuidad de los servicios, eje primordial de la salud colectiva y la medicina social.

A Dora Cardaci, Débora Tájer, Guadalupe Huacuz Elías por ser mis guías en momentos claves y por sus aportes en esta compleja tarea de escribir una tesis. A Roselia Rosales, por la minuciosa lectura que hizo de esta tesis.

A mis compañeros de maestría, especialmente a Erandi, Sebastián y Beto por los debates que también fueron un aporte para esta tesis.

A Ana Palazzesi porque siempre contagia la energía por seguir aprendiendo.

A Juan Librandi y Agostina Gieco, un entrañable equipo que me acompaña siempre en este desafío de la salud colectiva.

A Lucila, Oriana, Guido, Leandro, Martín y Mariano, mis amigos-colegas por todo lo que aprendemos en este camino juntos.

A Lorena por su apoyo incondicional siempre.

A Eladia por su compañía y escucha, fundamentales en esta etapa de mi vida.

A Yanina, por ser mí hermana del corazón y estar siempre a mi lado a pesar de la distancia.

Introducción .....	6
Plan de tesis .....	7
1. La violencia de género ¿un problema de salud colectiva?.....	9
Planteamiento del problema .....	9
Pregunta de investigación.....	10
Justificación .....	10
Objetivos .....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Antecedentes .....	12
La violencia y la salud de las mujeres.....	12
El rol de los organismos internacionales.....	17
Síntesis.....	19
El contexto de las políticas de atención y prevención a la violencia de género .....	20
Síntesis.....	27
Violencia de género y salud .....	28
Marco conceptual y metodológico .....	31
2.1. Marco conceptual .....	31
2.2. Metodología.....	37
2.2.1. Criterios de selección de los informantes .....	39
2.2.2. Selección de las instituciones.....	40
2.2.3. Técnicas de recolección de información .....	40
2.2.4. Tamaño y composición del grupo de estudio .....	41
2.2.5 Ámbitos del estudio .....	42
2.2.5.1. La Ciudad de México.....	42
2.2.5.2. Organización administrativa de la ciudad.....	43
2.2.5.3. La Ciudad de Buenos Aires .....	44
2.2.5.4. Organización administrativa de la ciudad .....	45
3. Historizando las políticas de violencia de género .....	47
3.1 La historia de las políticas de violencia de género en Argentina .....	47
3.2 La historias de las políticas de violencia de género en México.....	53
3.3 Leyes e instituciones para el tratamiento de la violencia de género.....	58

3.3.1 Los principales puntos de la legislación referida al tema de cada ciudad	59
3.3.1.1. La ley de Violencia en la Ciudad de Buenos Aires .....	59
3.3.1.2. La ley de Violencia en la Ciudad de México .....	64
3.3.1.3. Elementos comparativos.....	69
3.4. Orígenes de las instituciones seleccionadas .....	71
3.4.1. El Instituto Nacional de las mujeres Distrito Federal (INMUJERES DF).....	71
3.4.2 Dirección General de la Mujer, Buenos Aires .....	74
3.4.3. Análisis de ambas instituciones: la ciudadanía. ....	76
3.4.4. Características de la orientación y asistencia ¿Integralidad sí o no? .....	78
3.4.4.1. Buenos Aires – CIM .....	78
3.4.4.2. Ciudad de México - CIAM.....	79
3.4.4.3 Reflexiones desde la salud colectiva sobre las características de la atención en ambas ciudades .....	81
4. La legislación ¿se transforma en prácticas? .....	85
4.1 Características de la definición de violencia de género .....	86
4.1.1. Definición técnica de la violencia de género.....	86
4.1.2. Definiciones asociadas a la violencia como problema de derechos humanos y de salud .....	87
4.1.3. Definición de la violencia como un ejercicio de poder: la cuestión de género.....	90
4.2. Alcances y limitaciones del accionar de los funcionarios.....	93
4.2.1 El poder de los médicos .....	96
4.3. La otra cara de la moneda: las mujeres usuarias.....	98
4.4. Características del servicio ¿Se brinda una atención integral? .....	101
4.5. Síntesis.....	105
Capítulo 5. Conclusiones .....	108
Bibliografía .....	114
Documentos .....	126
ANEXOS .....	127
GUIA PARA ENTREVISTA.....	127
Cuadro entrevistados .....	128
Croquis recursos Ciudad de México .....	129
Croquis recursos Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	130

## Introducción

Desde mis primeros pasos en la investigación académica, siempre estuvo presente la preocupación por la salud colectiva. En los inicios a partir de una experiencia de investigación-acción de promoción de salud y más adelante con un proyecto de iniciación en la investigación que buscaba responder a la pregunta de cómo concebían la violencia de género algunas organizaciones sociales así como también los trabajadores de la salud que atienden este problema en los servicios de atención psico-médica de hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. A partir de esa experiencia comienza a gestarse la idea que me orienta a pensar el problema de esta tesis.

Este primer acercamiento al tema de la violencia de género me condujo a indagar en las percepciones y el rol de los funcionarios que trabajan al frente de los programas de atención y prevención a la violencia. Observé que era necesario preguntarse por el accionar de los funcionarios, desde la perspectiva de la salud colectiva. Esas inquietudes me llevaron a la Maestría de Medicina Social, o bien, fue con ellas que llegué hasta México DF para comenzar mis primeros pasos dentro de este campo. De aquí surge el interés por comparar Ciudad de Buenos Aires y Ciudad de México.

Por eso, las primeras preguntas de este trabajo fueron: ¿Cuáles son los fundamentos teóricos, políticos e ideológicos que predominan en el diseño y la implementación de la legislación sobre violencia hacia la mujer que caracteriza los marcos jurídicos de Argentina y México? ¿Y de qué manera se visualiza la problemática de la violencia de género como una cuestión de salud colectiva en Argentina y México?

Sin dudas, esos interrogantes son difíciles de responder. Se requiere de marcos teóricos-metodológicos que permitan comprender este fenómeno. Así es que, el proceso de acotar, y hacer de estas preguntas abstractas cuestiones más aprehensibles fue importante para el diseño de trabajo de investigación.

Como yo había trabajado en promoción de salud tuve la posibilidad de estudiar la significación que le atribuyen al fenómeno de la violencia de género

en algunos movimientos sociales, y profesionales que atienden la violencia en servicios públicos de la ciudad de Buenos Aires. Luego entendí que era preciso estudiar a la violencia de género no sólo como una cuestión de Derechos Humanos y ciudadanía sino que se trata, además, de un problema de salud pública. Esta tesis parte entonces de pensar, entender, reflexionar y criticar a la violencia de género como parte del proceso salud- enfermedad (PSE).

La violencia de género como problemática social afecta a las mujeres, su entorno, sus niños y familia. Por estar fuertemente imbricada en la cultura, a menudo se le otorga a la violencia cierta legitimidad social invisibilizando y naturalizando sus efectos negativos. Por eso es de suma importancia analizar de qué manera esa cultura de género se expresa soterrada o abiertamente en el discurso de funcionarios que están a cargo de atender el problema.

Esa inquietud se aclaró con la elaboración de este análisis y se acotó el objeto de estudio. Esta precisión del objeto, es uno de los pasos más difíciles de la investigación. También fue necesario elegir las categorías conceptuales que se utilizarán en adelante, especialmente opté por el concepto de violencia de género y no el de violencia hacia las mujeres u otros similares, para orientar el proceso y de esto se deriva una discusión que estará presente a lo largo de este trabajo.

Otro de los elementos que es interesante tener en cuenta y resultó lo suficientemente convincente como para elegir Ciudad de México (México) y Ciudad de Buenos Aires (Argentina), fue que en ambas ciudades, se elaboraron en la misma época leyes de protección integral a las mujeres. Y aunque con diferente denominación, pretenden dar respuesta al problema de la violencia hacia este grupo.

### **Plan de tesis**

La tesis se organizó en 5 capítulos. En el capítulo 1, se sitúa teórica y metodológicamente al objeto de estudio. Se desarrolla la perspectiva teórica desde la cual se aborda el problema, y desde ese marco se plantean las preguntas de investigación que guían la tesis, así como los objetivos. Asimismo se desarrolla la justificación de la elección del tema, y de la construcción del marco conceptual con el que se busca entender a la violencia de género como

un problema de salud, derechos y ciudadanía. Por último, se aclara la metodología propuesta para la construir los datos empiricos, y los criterios para su análisis desde los relatos.

En el capítulo 2, se realiza una descripción del objeto de estudio con la intención de pensar y analizar en qué medida la violencia es entendida como un problema de salud para las mujeres y su entorno. Además, se busca comprender el rol de los movimientos de mujeres en la aparición de la violencia como un tema de agenda pública, así como el papel de algunos organismos internacionales en estos asuntos.

En el capítulo 3, con el fin de entender el contexto en el cual la violencia aparece como un problema y comprendiendo la relevancia de la existencia de legislaciones para prevenir y atender, se analizan marcos jurídicos, políticas, y los principales puntos de la legislación respectiva en cada ciudad.

El capítulo 4 comprende una descripción de estrategias que desarrollan las instituciones para atender y prevenir el problema, partiendo del supuesto de la excesiva burocratización institucional y se hace énfasis en la presencia o no de articulación e intereses en la resolución del problema. Especialmente se hace referencia al rol de los médicos frente a este tema, desde la perspectiva de la atención a la salud.

Por último, a modo de conclusión, en el último capítulo se realiza una síntesis de las dimensiones propuestas para el análisis, con la idea de hacer nuevas preguntas que aporten a los procesos de implementación de políticas orientadas a la atención de la violencia, desde los aportes del campo de la Medicina Social.



## **1. La violencia de género ¿un problema de salud colectiva?**

### **Planteamiento del problema**

Las políticas públicas están inscritas en dinámicas propias de contextos sociales, económicos, políticos, culturales, e incluso demográficos, que exigen adaptaciones constantes a su papel en la reproducción social y en la búsqueda de garantizar el bienestar de los grupos sociales. Estas políticas pretenden ser una respuesta del Estado a distintos problemas, demandas o necesidades, pero también se relaciona con el ámbito administrativo pues es el que permite su ejecución (Fleury y Ouverney s/f). Por ello, al analizar las políticas y estrategias llevadas a cabo por los gobiernos es necesario observar el proceso en su sentido amplio y en sus formas singulares, de manera que queden claras las características que explican la gestión.

De allí se desprende la idea inicial de este proyecto que tiene como objetivo rastrear las acciones de gobierno vinculadas a prevenir y atender la violencia de género en tanto afecta las condiciones de salud de las mujeres en distintos contextos. Teniendo en cuenta que dichas acciones se encuentran sujetas a múltiples determinantes, muchas veces contradictorias. En apariencia, toda política en esta materia parecen destinada a mejorar las condiciones sanitarias de una población, sin embargo, existen intereses en disputa que en última instancia influyen en el rumbo de las acciones gubernamentales (Fleury y Ouverney s/f).

También en estas acciones influyen políticas más generales propias de las preocupaciones de la comunidad internacional, sobre este tema en particular, se han expresado agencias como Banco Mundial (BM), Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Organización de las Naciones Unidas (ONU), a partir de evidencias suficientes del severo impacto que produce en la salud de las mujeres atravesar contextos de violencia.

Por ejemplo desde un enfoque economicista, Heise, Pitanguy y Germain se refieren a los efectos que se generan como consecuencia de la imposibilidad de algunas mujeres para participar plena e íntegramente en la vida social y afirma que "la violencia de género (...) puede actuar como un

freno para el desarrollo socioeconómico" (1994:40). Agregan que "en las economías de mercado establecidas, la victimización de género representa casi un año de vida perdido por mujeres de 15 a 44 años por cada cinco años de vida saludable". Para estos autores "El Banco Mundial estima que la violación y la violencia doméstica representan el 5% de los años de vida saludable perdidos por mujeres de edad reproductiva en países en desarrollo en período de transición demográfica" (Heise et al, 1994).

### **Pregunta de investigación**

De lo anteriormente señalado surgió una pregunta inicial, ¿Cuáles son las estrategias político- sanitarias en materia de prevención y atención de violencia de género desarrolladas por las instituciones seleccionadas en Ciudad de México y Ciudad de Buenos Aires, en el período 2007-2012?

### **Justificación**

La violencia en general y especialmente la que sufren las mujeres, son temas que se ha abordado de manera escasa desde la perspectiva de la Medicina Social, algunos estudios consultados han acentuado su interés en las formas y el ejercicio de la violencia contra las mujeres, la violencia intrafamiliar, conyugal o doméstica (Saucedo, 2003; Castro, et. al., 2004; Torres, 2004; Valdéz, 2004), pero se dice poco de sus repercusiones en los daños a la salud y su atención. A pesar de recurrir a una perspectiva sociológica y política, no se elaboran comparaciones. Por ello este enfoque de salud y la comparación de dos legislaciones resultan relevantes.

Es preciso señalar la preeminencia de reflexionar en torno a la problemática de la violencia de género teniendo en cuenta la posición ideológica de los dos gobiernos ya que es un elemento clave para el campo de conocimiento de la Medicina Social, y no es algo que generalmente se aborde en los estudios, cuando es sumamente significativo y relevante en las formas de actuar frente a una acción política.

Por ejemplo, Angulo Salazar señala que la existencia de algunas investigaciones específicas vinculadas al tema de estudio que aportan elementos, pero respecto al "[...]análisis y evaluación de la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia implementada por el gobierno

mexicano (2000-2009)" "[...]no se requiere demasiado análisis para afirmar que todavía falta mucha deliberación e investigación para conocer mejor la naturaleza y complejidad del fenómeno, lo que a su vez permita construir una política basada en el sujeto femenino de derechos – como lo establecen las convenciones y tratados internacionales–, pero con un enfoque más holístico, en el que se incorporen la complejidad contextual y local (2010:73).

Otros autores abordan las políticas sociales en torno a la dimensión redistributiva, centrándose tanto en el análisis del problema de la "pobreza", como en la necesidad de replantear el modelo de formulación de las políticas sociales con el propósito de incorporar en su diseño, la implementación y la evaluación de temas de género, orientación sexual, etnia, etc., aspectos que conforman variadas estructuras de desigualdad, y se orientan especialmente a la dimensión del "reconocimiento" de los involucrados como sujetos de derecho (Fraser, 2000).

Con la intención de rastrear los orígenes de las políticas de prevención y atención de violencia de género se realiza un análisis que lo sitúa como parte de un proceso mayor, del cual es expresión: el de la legitimación e institucionalización de una nueva problemática en la sociedad y en el Estado<sup>1</sup>. Estos procesos suceden a nivel nacional e internacional, desde la sociedad civil y al interior de los organismos internacionales. A su vez se trata de la incorporación de los problemas derivados de ciertas desigualdades a las agendas públicas hasta la institucionalización de esta problemática en el Estado. En efecto, dicha institucionalización se observa en la forma de nuevos marcos que orientan el diseño de políticas, en programas específicos, en la creación de nuevas leyes, normas y recursos asignados al avance de la situación de las mujeres. Se presenta a continuación el contexto social e histórico en el cual se ha ido desarrollando la violencia de género como un asunto público de competencia para los gobiernos.

Asimismo cabe señalar la estrecha relación que existe entre la violencia de género y las condiciones de salud de las mujeres. Las consecuencias de la

---

<sup>1</sup> El estado entendido como un espacio de condensación de una relación de fuerzas, como regulador de las relaciones sociales y factor de cohesión en una formación social (Belmartino, 1992: 123)

este tipo de violencia son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y se extienden al conjunto de la sociedad. La expresión más extrema de dicha violencia es el feminicidio.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar las estrategias político-sanitarias en materia de prevención y atención de la violencia de género que caracterizaron a los gobiernos de la ciudad de México y de la ciudad de Buenos Aires durante el período 2007-2012.

### **Objetivos específicos**

a) Conocer y documentar el ordenamiento jurídico (leyes, decretos) referido a la violencia de género vigente en ambas ciudades en el período 2007-2012.

b) Analizar las conceptualizaciones sobre violencia de género que toman las instituciones escogidas involucradas en la atención y prevención del problema en la ciudad de Buenos Aires y la ciudad de México, en el período 2007-2012.

c) Identificar y caracterizar las acciones en materia de prevención y atención de la violencia de género llevadas a cabo por los organismos seleccionados en la ciudad de Buenos Aires y en la ciudad de México, en el período 2007-2012.

### **Antecedentes**

En el presente apartado se presentan los antecedentes del problema. En primer lugar se muestra la relación entre la violencia y la salud de las mujeres. Luego se caracteriza el rol de los organismos internacionales en torno al tema y se describe el contexto de las políticas de atención y prevención de la violencia. Por último se plantea la relación entre la violencia de género y la salud.

### **La violencia y la salud de las mujeres**

La salud de las mujeres se ve afectada por la violencia de género, la cual es un problema de salud pública por la prevalencia y frecuencia de sus diferentes formas de expresión así como por las consecuencias que tiene sobre la salud (OPS, 2002). Tiene implicancias vinculadas a lo político, social, legal y a los derechos humanos; pero también es un problema de salud que impacta, prácticamente todos los ámbitos de la vida personal y colectiva.

Por el nivel de impacto que tiene este tema en la salud de las mujeres, es que este tipo de violencia debe considerarse como un tema de agenda para la salud pública. Así lo sugiere el Instituto de Salud Pública de Madrid (2003) en un documento donde presentan qué es la violencia contra la mujer realizada por la pareja, presentan datos de prevalencia y magnitud de la problemática, para luego abordar el impacto de la misma sobre la salud de las mujeres y la repercusión que esto tiene en el sistema sanitario.

De los resultados obtenidos, el primer impacto que se registra es un aumento en el número y frecuencia de las consultas en el sistema de salud por parte de las mujeres víctimas de violencia. Describen asimismo la dificultad para percibir la violencia por parte de los/as profesionales, ya que en muchos casos las lesiones o síntomas presentados no son tan evidentes y que las mujeres en algunos casos no manifiestan esta problemática inicialmente.

La consecuencia más drástica que la violencia de género puede tener, es la muerte de la mujer por homicidio, suicidio o accidente asociado. Un estudio de Argentina realizó una pesquisa de tipo cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas<sup>2</sup> (suicidio, homicidio y accidentes) y su relación con la violencia de género (Fernández, Tajer, et. al, 2009). Dicho estudio se propuso aportar un cuadro de situación actualizado de esta problemática, visualizando su peso y gravedad. El mismo consistió en un trabajo de gran complejidad tomando como fuentes las estadísticas de salud y policiales obtenidas a nivel nacional, las coberturas realizadas por los principales medios gráficos de casos de muertes de mujeres por feminicidio y los registros de muerte de mujeres en las cuales haya estado consignado en sus historias clínicas que fueron determinados por violencia de género en un Hospital Público. El trabajo incluyó en debate sobre los casos de muertes de mujeres etiquetadas como "suicidios" y que podrían ser feminicidios encubiertos.

---

<sup>2</sup> Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE 10) Las lesiones de causa externa se clasifican según su intencionalidad como intencionales (incluye suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes) y de intención no determinada. Una alta tasa de muertes por lesiones de causa externa de intención no determinada implicaría un subregistro en los certificados de defunción de las otras lesiones por causa externa (suicidio, homicidio o accidentes).

En el extremo opuesto de las consecuencias fatales de la violencia de género, se encuentran la violencia simbólica<sup>3</sup> y sus efectos sobre la salud mental de las mujeres. En este sentido, otra investigación (Tajer, 2003) que sintetiza el trabajo de diversos especialistas en salud mental y género, habla sobre el efecto subjetivo de la violencia simbólica en la salud mental de las mujeres. Señala que la desigualdad en el acceso y manejo del dinero, es decir, la violencia económica y patrimonial, las diferencias de poder, las diferencias en la asunción de las responsabilidades domésticas no se realizan mediante la fuerza física o la coerción, sino mediante la construcción de ideales sociales, que al ser naturalizados e invisibilizados, construyen formas de ser mujeres y varones que socialmente se consideran "sanos/as" mentalmente.

Esta construcción diferencial de la subjetividad de varones y mujeres en el marco de las relaciones patriarcales, determina malestares y sufrimientos específicos por sexo que dan base, sustento y legitimidad a la violencia de género. Por otro lado, la violencia de género ya no solo simbólica sino de hecho, genera sufrimientos específicos en la salud mental, como lo son: la inhibición del pensamiento y el socavamiento de la capacidad de las mujeres de pensar con criterio y autonomía. También hay que destacar que la violencia se suele ejercer sobre mujeres que ya son víctimas de la violencia simbólica. De lo relevado hasta aquí, se ha evidenciado el impacto en la situación de la salud de las mujeres víctimas de violencia de género. Incluyendo sus consecuencias fatales.

Es preciso referirse a la noción del derecho a la salud para comprender como es socavado por la violencia de género. Este derecho se ha mencionado en la Observación General N° 14 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en el año 2000 reconoce todas las formas y dimensiones de este derecho que compromete (ONU, 2003): disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad, calidad.

---

<sup>3</sup> En la Ley N° 26485 de Argentina se define a la *violencia simbólica* como "la que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.



Así como la obligación del Estado de garantizar niveles esenciales del derecho aun en periodos de limitaciones graves de recursos. La obligación de progresividad y la sucesiva prohibición de regresividad adquieren relevancia concreta en el derecho humano a la salud. Incluso porque en esta área es viable reparar el daño cuando por el rezago en la entrega de servicios de salud o la insuficiencia de insumos y equipo, las personas pierden la vida o sufren daños irreversibles en su condición de salud (Alto Comisionado DH México ONU, 2003).

En la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995 se mencionó que en las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se tienen en cuenta las diferencias socioeconómicas entre ellas, así como tampoco se tiene en cuenta su falta de autonomía respecto de su salud.

La salud de la mujer se encuentra sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes que se les presta. Tal es el caso de la revictimización que reciben las mujeres que sufrieron violencia sexual, o las que son discriminadas por su condición de clase. Es por esto que la Conferencia ha reparado en los aspectos relacionados con la violencia hacia las mujeres y haya recomendado:

a) Desarrollar los conocimientos y propiciar la comprensión de las causas, las consecuencias y los mecanismos de la violencia contra las mujeres entre los responsables de la aplicación de esas políticas, como los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, los miembros de la policía y los asistentes sociales, el personal médico y el personal judicial. Este punto resulta fundamental para el abordaje del presente estudio, ya que se refiere a los funcionarios responsables del buen funcionamiento de los dispositivos existentes.

b) Establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales. Aquí la referencia a las estrategias resulta clave dado que se erige como una

herramienta para una mejor aplicación de la legislación y los programas de atención.

c) Dadas la falta de condiciones de respeto, de confidencialidad, y de privacidad de la atención, tanto como el suministro de información incompleta y poco detallada sobre opciones y servicios al alcance de los usuarios se formula una política activa y visible que integre la perspectiva de género al abordaje de la salud en todas sus políticas y programas.

d) Un punto clave discutido en la Conferencia de Beijing se relaciona con asegurarse que, todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respeten los derechos humanos y sigan normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a las mujeres, para lo cual se debe contar con el consentimiento voluntario de éstas.

En tanto la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su recomendación 24 anexa a la CEDAW17, que trata en su artículo 12 de la Mujer y la Salud, estipula claramente que los Estados partes deben garantizar: a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos contra las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados. b) La capacitación del personal de salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género. c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes al personal de salud culpable de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes. d) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de las mujeres, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa. e) Velar porque los programas de estudios para la formación del personal de salud incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de las mujeres sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.



Franco (2000) afirma que el sector salud es el que recibe directa e indirectamente el impacto del fenómeno creciente de la violencia; las instituciones formadoras del personal de salud y las encargadas de diseñar políticas y financiar programas ven cuestionadas sus orientaciones y sus prácticas por las diferentes modalidades de violencia.

Se observa que la violencia de género se constituye en un determinante de riesgo para la salud de las mujeres. Por tanto es factible que las mismas se acerquen al sector salud por motivos diversos lo cual provoca que puedan ser identificadas en distintos servicios y no solamente en el de urgencias. Cabe resaltar aquí el rol de los médicos, y de las instituciones de salud en su capacitación para sensibilizar su percepción respecto a estas cuestiones.

#### **1.5.2. El rol de los organismos internacionales.**

Desde mediados de los años setenta un debate atraviesa al movimiento feminista y de mujeres de Latinoamérica: la posibilidad de mantener su independencia en un contexto marcado por la progresiva intervención de los organismos internacionales liderados por las Naciones Unidas. Los puntos más destacados de esta discusión están centrados en el rol que asumieron históricamente las entidades supranacionales en el proceso de globalización y, sobretodo, en los efectos que dicha intervención ha traído aparejada en la situación de las mujeres.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se convocó a un llamado para "crear un mundo pacífico, justo, humano y equitativo, basado en los derechos humanos y libertades fundamentales, con inclusión del principio de igualdad para todas las personas"<sup>4</sup>, fundamentalmente sobre los derechos y libertades de las mujeres y de las niñas, y sobre la injusta discriminación que, en mayor o menor grado, persiste sobre ellas en prácticamente todas las sociedades.

---

<sup>4</sup> Plataforma de Acción, Pekín + 5. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. México, Informe de Ejecución. Junio del 2000. Disponible en: [http://www.inmujeres.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/260/1/DiscursoNo1\\_072009.pdf](http://www.inmujeres.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/260/1/DiscursoNo1_072009.pdf)

Los compromisos de acción de la Conferencia quedaron plasmados en dos documentos: la Declaración de Pekín y la Plataforma de Acción Mundial (PAM), que aprobaron por consenso los 189 países ahí representados (entre ellos México y Argentina), a modo de un programa mundial para promover el mejoramiento de la condición de la mujer en beneficio de la humanidad en su conjunto. Estos dos documentos son el resultado de un diagnóstico global de la condición de la mujer en el mundo y del acuerdo de los países participantes.

Dentro de la Plataforma de Acción Mundial, se adoptó el concepto de "Gender Mainstreaming" con la traducción al español de "Transversalidad del Género", como una nueva estrategia para alcanzar la igualdad de género, lo que significa que los gobiernos tienen que tomar en cuenta en todos los ámbitos de la administración del Estado y en todas las acciones y niveles de gobierno, los efectos que tienen sus políticas para las mujeres y los hombres y de qué manera las medidas programadas, mejoran la situación específica de las mujeres (Stiegler, 2003). Esto presenta una estrecha relación con el presente trabajo ya que aquí se analiza si estos preceptos se encuentran o no presentes actualmente en los dispositivos destinados a la atención y prevención de la violencia de género.

Ciertos sectores consideran positivamente el accionar de las instituciones internacionales en tanto y en cuanto éstas, al incorporar demandas y propuestas del feminismo en sus agendas, influyen sobre el diseño de las políticas públicas nacionales (Molyneux en Grammatico, 2010:101). De acuerdo con esta visión, la inclusión de una perspectiva de género en el tratamiento de dichas políticas posibilita "hacer rutinarias formas de interacción social, signadas por la igualdad de géneros, al tiempo que deslegitima las formas de organización social que discriminan a las mujeres" (García Prince, 2003: 17).

A esta posición que considera a la Organización de Naciones Unidas (ONU) como una aliada de las mujeres se contraponen otra que denuncia al organismo como responsable de la progresiva despolitización y pérdida de autonomía de los agrupamientos feministas y de mujeres. Según esta perspectiva, la creciente "ONGización" de los movimientos sociales, cooptados

por lógicas de institucionalización y de legitimación ampliamente fomentadas por el sistema de la ONU, da lugar a la neutralización política de los movimientos y a su utilización como agentes que contribuyen "al montaje de un nuevo orden mundial, totalmente opuesto a los intereses de las poblaciones inicialmente movilizadas" (Falquet, 2003).

En consecuencia Falquet sostenía hace más de una década que "agrupando las reflexiones críticas de la corriente del feminismo 'autónomo' de estos últimos años (Bedregal et al, 1993; Pisano, 1996, 2001; Mujeres Creando, 1999; Cañas, 2001), se puede resumir el análisis de la siguiente manera: primeramente, el incremento de los financiamientos internacionales para cuestiones de género ha fomentado, por un lado, luchas entre los grupos y personas para tener acceso a estos recursos; y por otro lado, hay concentración de poder y reducción del movimiento a un pequeño número de grandes centros y de influyentes ONG's que captan la mayor parte de dichos financiamientos" (2003:20).

Estas serían entonces las principales posiciones y con ellas sus respectivas divergencias en relación a las políticas de violencia de género en Latinoamérica. Tener claras estas posturas permitió la indagación sobre este tema en la ciudad de México y la ciudad de Buenos Aires, posibilitando un análisis del debate político sobre la problemática de violencia de género y sobre los modos en que los distintos actores involucrados tejieron (y tejen) históricamente sus vínculos y sus respectivas acciones políticas.

### **1.5.3. Síntesis**

Como se observó a la largo de este capítulo, las políticas públicas llamadas "de género" están marcadas por tensiones que tienen que ver con su contexto de surgimiento y se producen en una coyuntura en la cual la cuestión del reconocimiento de los derechos de las mujeres se puso a la orden del día. A la vez que el avance de las recomendaciones en torno a las medidas económicas y sociales de los organismos internacionales de financiamiento producían el abandono de terrenos en los cuales el Estado había estado históricamente presente (Anzorena, 2009:58).

A modo de síntesis se puede afirmar que la aparición de este tema en la esfera pública es relativamente reciente, y quizás justamente por eso, es que todavía no ha cumplido con las expectativas. Se observa que el reconocimiento de los derechos de las mujeres tiene una relación inversa con la violencia social, con las estructuras sociales y económicas desiguales, lo que tiene como consecuencia que sean sólo algunas mujeres las principales beneficiadas de los avances que suceden sobretodo en el plano legislativo y que todavía no se traducen en igualdad de posibilidades para todas.

Gran parte de estos procesos de institucionalización de las corrientes feministas se efectuaron en el marco de la lucha contra la violencia de género (...) [y] ha sido este el campo en el cual el gobierno hizo las mayores ofertas, que en su retórica retomaban objetivos feministas pero al mismo tiempo los resignificaba para inscribirlos en la estrategia legitimadora y modernizadora del Estado (Lang 2003:74).

Para los fines de esta investigación reviste especial interés un eje común que atraviesa las leyes mencionadas. El mismo está vinculado a la participación del sector salud en la intervención del problema, ya sea por la implementación de estrategias al interior del mismo, como por la implementación de estrategias que demandan la "coordinación" y "articulación" con otros ámbitos institucionales. Las estrategias que plantean estas leyes hacen hincapié en distintos niveles de acción: detección, prevención, asistencia, dentro de lo que se destaca la relevancia del trabajo interdisciplinario, con una mención especial de profesionales de la medicina y la psicología.

### **El contexto de las políticas de atención y prevención a la violencia de género**

En el examen quinquenal de la Plataforma de Acción de Beijing llevado a cabo en el año 2000, los Estados especificaron que la violencia contra las mujeres y las niñas, ya sea en su vida pública o privada, era una cuestión de derechos humanos y pusieron de relieve la obligación de los Estados de hacer frente a dicha violencia. Allí se solicitó a los gobiernos que tomaran todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación y la violencia contra la

mujer por parte de cualquier persona, organización o empresa, y que tipificaran como delitos a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

En el 2004 la Organización de los Estados Americanos aprueba el Estatuto del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención Belém do Pará" (CEAMEG, 2007; ONU, 2006, MESECVI)

Durante las primeras décadas del siglo veinte, en distintos países de la región, las mujeres lucharon por el acceso a la educación, la participación política y acceso por el derecho al voto. Las sufragistas establecieron relaciones entre sí que trascendieron las fronteras nacionales, aunque en menor medida de lo que ocurrirá con el movimiento feminista y el de mujeres en la década de los 70 y 80. Asimismo, en un número significativo de países de América Latina - Argentina, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Guatemala y Venezuela, el acceso al voto coincidió con procesos de profundización democrática, que marcaron de manera positiva el logro de las demandas de las sufragistas (Barreiro, 2000).

Reconocer a la violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres, ha sido el resultado de una larga lucha por parte de distintos actores entre los que es posible ubicar al movimiento feminista. Principalmente esta tarea ha estado enfocada a incidir en diversos espacios como los organismos internacionales entre los que es posible mencionar a las Naciones Unidas y a la Organización de Estados Americanos (OEA).

En efecto, según afirma Grammático a diferencia de las experiencias anteriores, la I Conferencia Mundial de la Mujer ubicó 'la cuestión de la mujer' en un nuevo registro y la expuso en sus múltiples aspectos. El hecho de que se tratara en el ámbito de una conferencia mundial era en sí mismo una diferencia notable (2004:4). La misma autora recuerda que "sólo se convoca a una conferencia mundial cuando el tema es considerado de relevancia internacional y cuyo propósito es definir lineamientos de políticas y acciones a ser ejecutadas por todas las partes [involucradas] con relación al tema de la convocatoria" (Grammático 2004:4).

En este sentido, Anzorena sostiene que "la idea es dirigir políticas específicamente hacia las mujeres, con el objetivo de promover sus derechos, es reciente, datan de la Década de la Mujer (1975 a 1985) en la mayor parte de los casos" (2010:56). La relativa *novedad* del fenómeno se constituye en uno de los motivos por los cuales su análisis resulta complejo.

Por su parte la discusión sobre oficinas de la mujer se inicia en la década de los setenta, en el contexto de la Declaración de México sobre la Igualdad de Acción de las Mujeres y el Plan de Acción Mundial (1975) y en el marco de la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) (1979).

Cabe señalar que al momento de la redacción de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), aún no se había instalado el problema de la violencia contra las mujeres en la agenda pública de los Estados latinoamericanos. Es por este motivo que no aparece en el texto de la Convención aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979 (Chiarotti, 2009:61)

Sin embargo, en 1992, años después de ratificada, las integrantes del Comité de Expertas que monitorea los avances de los acuerdos consensados en la Convención observaron que era necesario añadir un texto que demostrara la conexión entre la violencia contra las mujeres y la discriminación de género. Es así que redactaron la Recomendación General 19 que plantea que la violencia es una consecuencia de la discriminación contra las mujeres.

Por lo tanto, para cumplir el art. 1 de la Convención (que define la discriminación), los Estados no solo deben eliminar las causas de discriminación contra las mujeres, sino el síntoma de la violencia (Chiarotti, 2009: 62). La Recomendación General 19 plantea que "la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre" (Chiarotti, 2009: 62).

Es necesario destacar que la segunda oleada del movimiento feminista se inicia entre los años 70 y 80, en diversos países. Dicho movimiento permite



a las mujeres constituirse nuevamente como un sujeto social que demanda en este período el respeto a su diferencia y el derecho a la igualdad.

En la década del '90, se plantea la necesidad de crear organismos gubernamentales que conduzcan, construyan y concentren las acciones públicas en torno a la cuestión de género, sobretodo de la mujer. Incluso las instituciones se convierten en ámbitos de lucha por el presupuesto.

En el caso de las políticas de salud, a nivel gubernamental, son parte del proceso de legitimación del poder del Estado y del mantenimiento del dominio de clase mientras que a nivel ideológico construyen hegemonía y articulaciones entre producción científica, prácticas y valores que organizan el universo cultural y moral de los profesionales de la salud, a partir de la inserción de estos agentes en la estructura social (Fleury, Texeira, 1989:7).

Angulo Salazar (2010) señala que las transformaciones en la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, no reditúan lo esperado respecto a la de reducción y erradicación del fenómeno, en cuanto a garantías, protección de los derechos y vidas de las víctimas. "Se considera que esto podría deberse al traslape existente entre la trayectoria que ha seguido el proceso de constitución del sujeto jurídico femenino, excluido originalmente del discurso jurídico, subsumido y negado bajo el universalismo abstracto androcéntrico, o definido con figuras de minusvaloración" (Angulo Salazar, 2010:5).

Para una comprensión más profunda sobre la aparición del problema de la violencia de género en la esfera pública es necesario analizar la función de las agendas públicas. De acuerdo a Aguilar, Cobb y Elder, Cobb y Ross, "las agendas públicas están integradas por todos los asuntos que los miembros de una comunidad política perciben como asuntos de legítima preocupación, y merecedores de la atención pública. La agenda institucional, por su parte, está constituida por el conjunto de problemas, demandas y asuntos, explícitamente aceptados, ordenados y seleccionados por parte de los encargados de tomar decisiones, como objetos de su acción" (Cobb y Elder, 1986; Cobb y Ross, 1976; citados por Guzman, 2001:11).

Sin embargo, la institucionalidad tiene su contrapartida. La creación de nuevas institucionalidades de género y la incorporación de nuevos problemas en las agendas de gobierno al no depender sólo de la voluntad de las autoridades públicas ni de la fuerza momentánea alcanzada por el movimiento de mujeres están condicionadas por los contenidos de los textos constitucionales y reglamentarios, por las formas y lógicas institucionales de funcionamiento del aparato político-administrativo, que a veces obligan a cambios más o menos sustantivos de las propuestas de la agenda de género.

La adecuación de las problematizaciones a las configuraciones político-institucionales adquiere una dimensión particular con la importancia otorgada al Derecho en la calificación de los problemas y de sus soluciones, los que deben ser planteados entonces bajo fórmulas jurídicas aceptables.

En efecto, hasta hace algunos años atrás, la violencia de género no era un tema al que se prestara mayor atención desde el ámbito de la salud. La violencia de género no era un tema de investigación, y sus alcances, significados y consecuencias en la salud de las mujeres prácticamente no eran cuestionados. A lo largo de la década del '80, esta situación fue mutando radicalmente en alguna medida gracias al acercamiento de investigadores/as a los denominados "estudios de la mujer" inicialmente, "de las mujeres" en plural y más tarde "de género".

Conjuntamente con la renovación teórica que significaron estos estudios, para ciertos investigadores fue relevante involucrarse con organizaciones nacidas de manera independiente e integradas por mujeres. Estas organizaciones se configuraron como espacios de participación de las mujeres, donde podían compartir sus problemas y necesidades, así como luchar por sus demandas. Entre las actividades que llevaron a cabo fue relevante el desarrollo de asistencia legal y terapéutica a las víctimas de la violencia sexual y doméstica, como también la lucha por visibilizar el problema, con el propósito de que las instituciones públicas lo reconocieran e instituyeran programas para prevenirlo y atenderlo (Valdez, 2004).

El cuestionamiento a la violencia como un hecho "natural" estableció el paso fundamental para que se convierta en un problema –objeto- de estudio y



luego en una línea de investigación durante la década de 1990. En un comienzo las investigaciones fueron orientadas, sobre todo, a mostrar los vínculos entre violencia y salud; buscaban registrar los daños causados por la violencia, calcular los años de vida saludable perdidos que provoca altos costos económicos y que se constituye en un obstáculo para la prevención de embarazos no deseados, así como de enfermedades de transmisión sexual.

Los estudios de este corte que se desarrollaron a nivel internacional, favorecieron a que instituciones multilaterales con mucho peso en la creación de lineamientos para las políticas públicas, como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, reconocieran a la violencia hacia las mujeres como un problema de salud pública (Heise et al., 1994).

Es así como durante la década de 1990, en los distintos países de América Latina se establecen cambios importantes en los marcos jurídicos que dan estabilidad a la demanda de la equidad de género y canales para enfrentar la discriminación. En Argentina por ejemplo, en el proceso de las reformas constitucionales se otorga rango constitucional al CEDAW, se suscriben los Tratados Internacionales de Derechos Humanos y se aprueban un conjunto de disposiciones legislativas internas que protegen contra la discriminación y promueven la equidad de género (Guzmán, 2001:27).

Por su parte, Rosenberg sostiene que "el tema adquiere fuerza ante las políticas sociales y económicas desarrolladas por el menemismo, que a tono de un cierto consenso neoliberal, producen un ensanchamiento de la brecha entre ricos y pobres y un aumento exponencial de las desigualdades sociales" (Rosenberg en Brown, 2008:290)

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de Naciones Unidas del año 1993, es la primera declaración de principios sobre este tema. Casi de forma simultánea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dicta una resolución a través de la cual reconoce la violencia contra la mujer como una problemática de salud e insta a los gobiernos miembros a formular políticas y planes para la prevención y el control de este fenómeno. A la vez, en Beijing en el año 1995 el Informe de la Cuarta

Conferencia Mundial sobre la Mujer establece la importancia del sector salud en la intervención en esta problemática.

Para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos acaecida en Viena en 1993, las mujeres se organizaron en grupos e hicieron intensas gestiones a nivel mundial y regional para redefinir la delimitación de los derechos humanos a fin de incluir las experiencias de las mujeres. Presentaron a los delegados que participaron en la conferencia casi medio millón firmas de 128 países reclamando que se reconociese a la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos de las mujeres, y organizaron un tribunal mundial ante el cual se presentaron, en un marco de derechos humanos, testimonios de mujeres, en particular de casos de violencia de todas partes del mundo. En este mismo año, la Asamblea general de las Naciones Unidas aprobó la resolución 48/104 que contiene la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres" (Resolución de la Asamblea General 48/104). La misma supuso un reconocimiento explícito de la violencia de género (Alcañiz Moscardó, 2007: 46).

En 1995 la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por 189 países en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la violencia contra la mujer es a la vez una violación de los derechos humanos de las mujeres y un obstáculo para el pleno disfrute de todos los derechos humanos por parte de éstas. El centro de atención pasó a ser la exigencia de responsabilizar a los Estados por las medidas encaminadas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer. En la Plataforma de Acción de Beijing se determinaron 12 esferas principales para la adopción de medidas urgentes encaminadas a alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz; una de ellas estaba relacionada con la violencia de género.

En el marco de un avance general en la legislación, tendiente al proceso de fortalecimiento y protección de derechos y asumiendo la incorporación de Tratados Internacionales aprobados por Argentina. Comenzaron a diseñarse leyes e implementarse programas sobre el tema de la violencia de género. Tal es el caso, por ejemplo, de la Ley 26.485/2009 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en

que desarrollen sus relaciones interpersonales. De igual forma se creó el Programa "Las víctimas contra las violencias", Resolución del Ministerio del Interior /314/2006 actualmente bajo la cartera del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (170/2008).

En el caso de México, también enmarcada por estos avances de los tratados internacionales, se sancionó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, que permite reconocer que se trata de un problema de prioridad nacional, y aclara que ya no será más "una buena voluntad gubernamental o de la línea política que gobierne" sostuvo la diputada Marcela Lagarde. Esta Ley, basada en los derechos humanos de las mujeres, tutela y garantiza, promueve e impulsa el derecho a una vida sin violencia. Tipifica todos los tipos de violencia contra las mujeres y las modalidades de la violencia. Por otra parte otras legislaciones como, Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres y la Ley General de Salud, y normativas locales como el estatuto de Gobierno del Distrito Federal o la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal, tienen el reto de contribuir a la prevención y erradicación de la violencia de género.

### **Síntesis**

Por todo esto, el estudio del fenómeno de la violencia de género requiere ser profundizado por los efectos que produce sobre la salud de la mujer. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) explica que esta violencia tiene efectos multiplicadores económicos (menor participación de las mujeres en el mercado laboral, menor productividad en el trabajo), efectos multiplicadores sociales (erosión de capital social) y efectos de transmisión intergeneracional. Esto revelaría la necesidad de disminuir su incidencia y sus efectos por parte de gobiernos y grupos sociales.

La propuesta de esta investigación responde a su relevancia y pertinencia dado que busca conocer las estrategias y los puntos de partida de dos gobiernos, y analizar las bases de sus acciones políticas.

### **Violencia de género y salud**

En mayo de 1996, la 49a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución (WHA 49.25) que declaró a la violencia como prioridad para la salud pública, dado que se observaba un claro aumento en las lesiones intencionales, que aunque afectaban a ambos sexos y a todas las edades, era mucho más significativo en mujeres y niñas. Asimismo, el Informe sobre violencia y salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que “una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias” (2002:1).

El impacto que causa a la salud de las mujeres es diverso, desde daños directos, hasta síntomas específicos y aislados. Por este motivo algunos autores sostienen que la forma más apropiada de conceptualizar la violencia de género es definirla como un factor de riesgo para la mala salud (Ruiz Pérez, 2008), esta mirada es unidireccional. Sin embargo en esta investigación se asume otra perspectiva que considera a la violencia de género como un Determinante Social de la Salud, de alto impacto en las mujeres (Sen, Östlin et al., 2009).

Esto último, es una de las claves para el enfoque médico social, que debe ser útil para desarrollar este tema que aún tiene vacíos en su perspectiva teórica, y empírica. Reflexionar sobre el problema de la violencia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud podría constituirse en una herramienta, de este campo, con amplias posibilidades para un análisis crítico dentro de sus objetos de estudio.

La otra vertiente que se relaciona con la respuesta social organizada frente a los problemas de violencia y salud, es la explicación desde las políticas del Estado. Oszlak (1997) afirma que las políticas públicas son tomas de posición de sus representantes e instituciones frente a las diversas opciones de resolución o respuesta. Agrega además, que el Estado asume un rol específico en cada período histórico y que esto es una expresión político-ideológica de la agenda vigente. Es entonces “una decantación de las políticas o tomas de posición predominantes y de su consecuencia: la conformación de un aparato

institucional orientado a resolver las cuestiones en el sentido elegido, poniendo en juego para ello los diversos recursos de poder que en cada momento está en condiciones de movilizar" (Oszlak 1997:6).

En esta línea, la política social se define como "un tipo particular de políticas públicas cuyo objetivo final es el logro del bienestar social, mediante estrategias de redistribución de la riqueza y del ingreso para impulsar un mejoramiento continuo de las condiciones de vida de la población" (Cardozo 2006:153)

Luego de desarrollar la idea de política social se detalla a continuación el objeto de estudio de este trabajo.

Se seleccionaron dos instituciones que atienden el problema de la violencia de género, en el contexto de los gobiernos de Ing. Mauricio Macri (PRO) en la Ciudad de Buenos Aires y del Lic. Marcelo Ebrard (PRD) en la Ciudad de México. Cada uno de estos gobiernos representaría una posición política distinta, cuando no contraria, a los gobiernos nacionales de cada país. Resultará muy útil el estudio de ambos contextos para observar las acciones que se desarrollan en cada ciudad, respondiendo a sus respectivas plataformas políticas. Cabe hacer una breve referencia acerca de cuáles son las ideas que caracterizan a dichos gobiernos.

Por un lado, Mauricio Macri (Ciudad de Buenos Aires) "reivindica la política como herramienta de transformación, pero desideologiza (en aras de un tecnocratismo purista) el discurso político" (Gallo, 2008); es decir, pretende desvincularse de compromisos ideológicos, se coloca más allá del conflicto social y propone un gobierno pragmático como patrón organizador de su propuesta.

Por otro, las acciones del gobierno de Marcelo Ebrard se han caracterizado, en materia social, por ser una ampliación de las realizadas en su momento por Andrés Manuel López Obrador (2000-2006). Su gestión se podría definir, al menos discursivamente, como la de un gobierno que se pretende crítico al neoliberalismo. Una cuestión que señala su principal diferencia con el gobierno de Mauricio Macri, es la sanción de la despenalización del aborto. Sin

embargo, cabe señalar aquí que el tema de la interrupción legal del embarazo muestra una ruptura con la línea de su antecesor político. A pesar de las fuertes críticas recibidas por parte de la Iglesia católica, entre marzo y abril de 2007 el Jefe de Gobierno respaldó la decisión de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal de despenalizar el aborto hasta las doce semanas de embarazo.

En esta misma línea, otra de las diferencias sustanciales entre estos dos gobiernos locales es la forma de entender el problema de la violencia y su consecuente tratamiento. El gobierno de Lic. Marcelo Ebrard lo entendió como un problema de salud, de aquí que se atiende desde el ámbito de la Secretaría de Salud del DF (aunque no solamente). En cambio en la ciudad de Buenos Aires el problema es atendido principalmente desde el área de Desarrollo Social. Aunque existen equipos de trabajo en el tema dentro de algunos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. El hecho de atender el problema desde un ámbito u otro no depende solamente de la decisión de un funcionario, sino de una organización histórica y de una estructura organizativa más amplia. Es por ello que este punto deberá ser analizado con mayor detalle para observar con precisión cuál es el ámbito elegido por cada uno de estos gobiernos.

Para analizar la promoción de políticas públicas contra la violencia de género es necesario referirse a la importancia de la lucha de los movimientos feministas para su aprobación incluso al interior del partido político.

El interés central de este estudio consiste en describir y comprender estrategias que se desarrollaron desde las instituciones seleccionadas en el período 2007-2012 en materia de prevención y atención de violencia de género. El motivo de este recorte temporal se debe a que en dicho período coinciden en su gobierno los políticos anteriormente mencionados. A la vez se intenta caracterizar como esta preocupación permite definir los aspectos relevantes y significativos en la adopción y puesta en práctica de los programas y servicios de atención de la violencia de género desde las mencionadas instituciones.



## **2. Marco conceptual y metodológico**

### **2.1. Marco conceptual**

Se desarrollan a continuación las categorías que permiten guiar la investigación y que serán útiles para el análisis de resultados. En primer lugar, dado que este trabajo se desarrolla desde la perspectiva de la Medicina Social, resulta útil tomar en cuenta la categoría de Proceso salud- enfermedad- (Laurell, 1985). También es indispensable discutir sobre la categoría "género", dado que es preciso incorporar al análisis la manera en que las asimetrías sociales entre hombres y mujeres determinan de modo diferente el proceso salud-enfermedad- atención de ambos grupos, para identificar el impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres. El otro eje del presente trabajo es la categoría de violencia de género, de cual se esbozarán algunas definiciones y se desarrollara su articulación con las relaciones de poder, pues la violencia de género constituye, tanto una violación a los derechos humanos de las mujeres, como un grave problema de salud pública. Por último, es pertinente desarrollar nuestra idea sobre qué son las políticas sociales y las políticas de salud dado que aquí se pretende abordar la violencia de género en el ámbito de las instituciones que buscan prevenir y en última instancia erradicar la violencia.

Las asimetrías jerárquicas entre los géneros, articuladas con otras diferencias entre las personas, que también son fuentes de inequidad en nuestras sociedades (edad, etnia y clase social), establecerán perfiles de morbimortalidad específicos así como modelos de gestión de la enfermedad.

Más allá de sus componentes culturales y psicosociales, la violencia de género –ya sea física o simbólica (Bourdieu, 1999) tanto para quienes la ejecutan como para quienes la padecen-, constituye un padecimiento ya que implica sufrimiento, daño y se asocia con diferentes cuadros de morbi/mortalidad. En tanto tal, podemos conceptualizarla como expresión del proceso de salud-enfermedad (PSE) (Laurell, 1985).

Como fenómeno multidimensional e intersectorial, el PSE está integrado por elementos heterogéneos y compuesto por:

a) distintos “niveles” de realidad, materiales y no materiales, objetivos – subjetivos;

b) variados saberes-interpretaciones, prácticas e intervenciones que sobre este complejo se efectúan (científicos, religiosos, políticos, filosóficos, ético-morales, legales, “pensamiento común”, tradiciones y creencias de diversos grupos sociales, etc.;

c) diferentes sistemas institucionales involucrados en su interpretación y “tratamiento”: Estado, corporaciones médicas, instituciones educativas y sanitarias, medios de comunicación, iglesias, sistema laboral y jurídico, agentes económicos, ONGs, movimientos sociales, partidos políticos, curadores de diverso tipo, conjuntos sociales, etc.;

d) disímiles posiciones de autoridad y poder que se expresan en disputas, acuerdos y transacciones que esos actores y esos saberes-interpretaciones, prácticas e intervenciones sostienen para hegemonizar el abordaje de un fenómeno que, en las sociedades modernas y altamente medicalizadas, se ha convertido en un componente importante de los sistemas de control y disciplinamiento social, fuente de rentabilidad y acumulación de capital y, a su vez, un significativo campo de construcción de hegemonía y legitimación del orden social “un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud” (Tobar 2001:1).

Tobar precisa que dichas políticas son concretizaciones llevadas a cabo por el Estado, a partir de las diferentes demandas sociales que se encuentran instaladas en la agenda de gobierno y según Spinelli (2005) esto implica una reorganización de las fuerzas sociales que pasan a operar sobre variables que constituyen importantes recursos de poder.

Por su parte, para la sociología el fenómeno de la violencia se ubica en el marco de las relaciones macrosociales donde violencia y poder parecerían ser conceptos inseparables. Es un problema de producción histórica y social que afecta en mayor medida a hombres que a mujeres en términos de muertes dado que fallecen más hombres que mujeres jóvenes en situaciones de conflictos violentos. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, (OPS,



2002) puntualiza que "mientras que los hombres son más susceptibles de sufrir ataques violentos por parte de extraños que por alguien dentro de su círculo de relaciones... una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es la ejercida por el marido o compañero sentimental". En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHOA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo.

Resulta pertinente incluir la categoría conceptual de género, como una expresión particular de la desigualdad social que afecta a las relaciones entre varones y mujeres y que no puede reducirse a la desigualdad que genera la división social y sexual del trabajo. Este concepto -que se desarrolla a partir del aporte de las teóricas feministas y del avance de investigaciones concretas sobre la vida de las mujeres, iniciadas en América Latina hace apenas tres décadas<sup>5</sup>- permite visibilizar el carácter social y no biológico de los atributos de la masculinidad y la feminidad que toda sociedad humana elabora a partir de las diferencias de sexo y posibilita teorizar las razones por las cuales dichas diferencias se han constituido históricamente en desigualdades.

Scott (1993) plantea que en ciertas oportunidades género se utiliza en reemplazo de la palabra "sexo"-en forma descriptiva- o simplemente para reemplazar la palabra "mujer". Un segundo uso de la palabra entraña la necesidad de distinguir atributos femeninos y masculinos en forma analítica. En este sentido, se reconoce la diferencia sexual como resultado de una construcción social, aunque sin tener en cuenta adecuadamente que esa diferencia implica desigualdad. Ahora bien, el uso del término que seguiremos aquí es el de género como resultado de diferencias sexuales que implican relaciones de poder, construidas históricamente y por lo tanto dinámicas. Sostiene que "el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basado en las diferencias que se perciben entre los sexos; y es una manera primaria de significar las relaciones de poder" (1993:35). Por lo tanto esta autora toma dos de las proposiciones mencionadas; el género como resultado de la construcción cultural del sexo y de relaciones de poder.

---

<sup>5</sup> En otros países comenzaron con anterioridad, tal es el caso de Estados Unidos.

El supuesto de la construcción social del sexo implica una dimensión política que se visibiliza en la consigna: "lo personal es político". Creemos que este es un concepto relacional que hace referencia a cuestiones de poder; por lo tanto no existen mujeres como construcción aparte de los hombres. En síntesis, las mujeres y los hombres, lo femenino y lo masculino, son conceptos relacionados con las normas, el poder, la riqueza, la apropiación y la expropiación. El género es una construcción sociocultural que diferencia lo masculino y lo femenino; que es construido y por lo tanto sujeto a cambios.

La perspectiva de género es un elemento clave para este análisis dado que se trata de un enfoque que permite identificar y comprender la dimensión sociocultural (Geertz, 2000) y política que condiciona la salud de acuerdo a las formas de organización de la sociedad. Tajer afirma que la perspectiva de género, en su sentido crítico, permite "identificar el peso de la vida cotidiana, los ideales de género, las expectativas familiares, el uso del tiempo libre, las vicisitudes de las relaciones afectivas, incluyendo las relaciones de poder en lo íntimo, y las dificultades o facilidades en la articulación de las diversas esferas de la vida, y también, los costos en salud del sostenimiento de la hegemonía, tanto para quienes la ejercen como para quienes la padecen" (Tajer, 2011:34 ) Desde la perspectiva de género, hablar en particular de violencia de género lleva a la discusión que confronta, la idea de la violencia asociada a la guerra y la confrontación bélica respaldada en la legitimidad del poder del Estado a ejercerla; y, la idea de la violencia de género asociada a la violencia contra las mujeres, la violencia sexual y/o sexista.

'Violencia de género' es un concepto acuñado por el movimiento feminista para referirse a la violencia centrada en las mujeres, violencia sexista, violencia contra las mujeres, etc. Dicha categoría permitió hacer el análisis, la interpretación y la comprensión de los elementos y situaciones que generan la violencia contra las mujeres. Sin embargo, Lamas reconoce la necesidad de trascender el concepto a todas las formas de violencia ejercida contra hombres y mujeres en razón de su sexo y su orientación sexual para adoptar una lectura crítica de la sociedad, la cultura y su interpretación sobre el ser hombre o el ser

mujer en el mundo. Se requiere avanzar conceptualmente a un nivel más inclusivo y potente (Lamas, 2003).

En esta investigación tendremos como concepto-guía de violencia de género el que define la Convención de Belém do Pará (1994): "La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico". Este enunciado permite tener un horizonte, por lo menos conceptual, más allá de cuáles sean las formas de denominar a la violencia desde los ámbitos institucionales. Dado que todavía no existe un consenso generalizado acerca de la forma de nombrar a "las violencias" lo que sucede es que se superponen distintas definiciones con la intención de referirse, al menos aparentemente, a "lo mismo": violencia hacia las mujeres, violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia conyugal, violencia familiar, etc. Una de las diferencias más marcadas entre estas definiciones podría ser la que señala que hablar de violencia doméstica implica circunscribirla al espacio privado. De esta forma, resulta más complejo intervenir desde el Estado.

Velázquez sostiene que la definición de violencia de género antes mencionada "es una definición abarcativa que denuncia la violación de los derechos a la libertad, a la integridad, personal y a la salud, cercenando el goce pleno de los derechos civiles, sociales, económicos y culturales de las mujeres" (Velázquez, 2008:357). Cabe mencionar que se trata de una conceptualización teórica y de alguna manera ideal, que refiere a un horizonte que se intenta alcanzar. Sin embargo, en la práctica concreta de las políticas y programas que trabajan este tema, son variadas las formas de referirse a la violencia de género. Es un tema que aparece visibilizado en la agenda política desde hace relativamente poco tiempo, por eso las diversas definiciones y abordajes existentes sobre la violencia de género son útiles y convenientes para enumerar y describir sus diversas manifestaciones.

En efecto, el movimiento feminista ha sido un actor fundamental en el proceso de "visibilización" e inclusión de la violencia de género en la agenda política. "El feminismo contribuyó de manera decisiva a visualizar el fenómeno como un problema social (no sólo individual), de orden público (no únicamente

privado), de competencia de los tribunales (con dimensión jurídica), y que exige políticas públicas con obligaciones específicas para las instituciones, incluidas las de salud" (Castro, Riquer 2003:136). Para Dorlin el feminismo es "esa tradición de pensamiento, y por consiguiente los movimientos históricos, que, por lo menos desde el siglo XVII, plantearon según diversas lógicas demostrativas, la igualdad de los hombres y las mujeres, acorralando prejuicios relativos a la inferioridad de las mujeres o denunciando la ignominia de su condición" (2009:13).

El emblema de ese saber feminista es todavía hoy "lo personal es político". El mismo implica historización y concientización respecto a lo que significan las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. El saber que es producido desde el posicionamiento feminista se erige como una herramienta política dado que surge de las condiciones materiales de existencia de las mujeres, de su experiencia concreta. Puede ubicarse al feminismo en lo que Foucault denomina genealogía: "con relación al proyecto de una inscripción de los saberes en la jerarquía del poder propio de la ciencia, la genealogía sería una suerte de empresa para desligar los saberes históricos y volverlos libres, es decir: capaces de oposición y de lucha contra la coerción de un discurso teórico unitario, formal, y científico" (2003:11).

La contribución de las nuevas normativas es sustancial en términos simbólicos y políticos dado que se otorga visibilidad a un problema que el Estado mantenía oculto. Aquí es fundamental reconocer el papel que históricamente han tomado las acciones colectivas, como sostiene Chejter "[...]las políticas estatales de intervención referidas a la violencia contra las mujeres no surgieron de modo espontáneo sino que fueron el resultado de las acciones colectivas y solidarias de las mujeres [...]" (Chejter, 1995:39).

A continuación brevemente se desarrolla el concepto de ciudadanía, ya que será retomado durante el análisis. Inicialmente, la ciudadanía surge como una posibilidad en el proceso de construcción de dominación burguesa, una vez que el mercado requiere la presencia del status jurídico de igualdad para el pleno desarrollo de las relaciones de cambio, cada sociedad, en sus luchas históricas es capaz de transformar esta hipótesis en una realidad concreta

construyendo sus modalidades de protección social y su condición concreta y singular de ciudadanía (Fleury: 1999,24).

En la medida que los sistemas de protección social terminan por identificar la ciudadanía con una pauta de consumo de bienes y servicios, se produce un empobrecimiento de la noción de ciudadanía. El ciudadano, identificado como consumidor de bienes públicos, prescinde de una cultura cívica y de una socialización política direccionada a su emancipación. Al revés, el ciudadano, ahora restringido al rol de consumidor está alineado de su función pública, tornándose pasivo delante del Estado proveedor (Fleury: 1999).

En el próximo apartado se desarrolla la metodología seleccionada en esta investigación para recabar información. La mirada cualitativa posibilitó acercamientos permanentes y reflexivos en torno a la captación, descripción y observación del proceso, de allí que se asumió desde el comienzo del trabajo una mirada en el campo de estudio elegido.

## **2.2. Metodología**

En este apartado se expone la estrategia metodológica implementada para enfrentar las dificultades y aprovechar las ventajas de comparar dos organismos vinculados a la temática en estudio aunque enmarcados por diferentes ámbitos nacionales: el Instituto de las Mujeres (INMUJERES DF), situado en la Ciudad de México y la Dirección General de la Mujer (DGMuj) de la ciudad de Buenos Aires.

Este estudio se propone caracterizar las actividades que realizan tanto el Instituto de las Mujeres DF (Ciudad de México) como la Dirección General de la Mujer (Buenos Aires) en materia de prevención y atención a la violencia de género. Ambas instituciones se eligieron porque cuentan con dispositivos de asistencia repartidos por los distintos barrios o delegaciones.

Principalmente dos condiciones hacen plausible dicha comparación. La primera reside en que este análisis se focaliza en la legislación vigente, y a propósito de ello, cabe señalar que tanto la ley de Protección Integral en Buenos Aires como la Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de

violencia, fueron sancionadas en momentos cercanos una de otra. Esta situación no sucede de igual manera en la gran mayoría de los países de América Latina. En este sentido México y Argentina aparecen a la vanguardia en lo que compete a legislación sobre el tema.

La segunda se refiere al hecho de que la intención de este trabajo reside en comparar las maneras de definir el problema de la violencia de género, las estrategias para la atención y prevención que desarrollan desde las instituciones seleccionadas. La preocupación se centra en observar mecanismos, percepciones, y no en medir el impacto del fenómeno.

Consciente de que la comparación entre niveles jurisdiccionales diferentes podría introducir sesgos, como mecanismo de control, se recurre a informantes de instituciones que trabajan el tema, pero no son objeto central de este estudio, como son los casos de la Dirección de Violencia Intrafamiliar (Secretaría Salud DF), ONU Mujeres, o Servicio para la Violencia de Género (SEPAVIGE), en Ciudad de México, recurriendo en Buenos Aires a funcionarios y funcionarias del Ministerio Público Fiscal. Esto permite el control de nuestro propio cuestionamiento, así como conocer a través de informantes claves la resonancia institucional y social que tienen los dispositivos estudiados en ambas ciudades. Para ello se utilizó, entre otros elementos, las entrevistas de control realizadas a funcionarios y funcionarias que pertenecen a las referidas instituciones.

A fin de obtener los datos para esta investigación, se consideró pertinente la aplicación de técnicas de tipo cualitativo que permiten indagar en aspectos sobre las percepciones, valoraciones y asignación de sentidos sobre las prácticas y los procesos socioculturales. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente caso porque una de sus mayores fortalezas es que permite mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores. Trabajar con el significado atribuido por los sujetos a los hechos, las relaciones, prácticas y fenómenos sociales como el de la violencia de género, implicó analizar la cotidianidad institucional de la entidad prestadora del servicio.



Las técnicas de recolección de datos usadas en la investigación cualitativa son aquellas que permiten recoger las experiencias de los actores con sus propias palabras –categorías de primer orden- (Guber: 1991). Las elegidas en esta investigación son las entrevistas semiestructuradas a los profesionales y el análisis de contenido para revisar la legislación vigente sobre el tema en cada ciudad.

Las entrevistas semiestructuradas a los funcionarios/as se realizaron en sus ámbitos de trabajo. Las mismas fueron acordadas previamente, por teléfono o vía correo electrónico y tuvieron una duración aproximada de una hora. A algunos de los entrevistados se los contactó nuevamente para repreguntar o completar algún testimonio que no había quedado claro.

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con utilización de un diseño selectivo. La población está constituida por los funcionarios/as que cumplen tareas en instituciones gubernamentales que trabajan en la atención y prevención de la violencia de género.

El grupo de estudio quedó estructurado de la siguiente manera:

Grupo 1: Funcionarios/as públicos pertenecientes a la DGMUJ situada en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Grupo 2: Funcionarios/as pertenecientes al INMUJERES DF ubicada en la Ciudad de México.

Grupo 3: Funcionarios/as de otras instituciones tales como la oficina de violencia intrafamiliar del centro de equidad de género, Secretaría Salud, México.

### **2.2.1. Criterios de selección de los informantes**

Los criterios para seleccionar a los entrevistados fueron los siguientes:

- Funcionarios/as que desempeñen sus tareas en la institución con un mínimo de 1 año. Esto les permitiría tener un conocimiento suficiente del ámbito de trabajo, así como la consolidación de sus opiniones sobre el tema.

### **2.2.2. Selección de las instituciones**

Tiene que ver con cuestiones vinculadas al interés de trabajar instituciones con características relativamente similares que se especialicen en abordar el problema de la violencia en las dos ciudades elegidas. Las instituciones han sido seleccionadas debido a que en el ámbito de la salud resultaba más difícil encontrar otros organismos con características similares respecto al tratamiento de la violencia de género. En cambio tanto el INMUJERES DF como la DGMUJ tienen un lugar consolidado como referente de asistencia a las mujeres que atraviesan situaciones de violencia.

### **2.2.3. Técnicas de recolección de información**

Entrevistas semi-estructuradas a funcionarios/as con trabajo en organismos prestadores de servicios de prevención y atención a la violencia en la Ciudad de México y en la Ciudad de Buenos Aires.

Se recurrió a la entrevista semi-estructurada para obtener información en profundidad sobre los/as entrevistados/as seleccionados/as con la finalidad de contar luego con un patrón común para comparar los resultados. Las personas fueron seleccionadas por su representatividad, función y cargo.

El informante debía estar dispuesto a que se grabe la entrevista. Y se le solicitó su firma de consentimiento informado y se garantizó su anonimato para que aceptara formar parte de esta investigación.

Las pautas de las entrevistas buscaron conocer las percepciones sobre el fenómeno de la violencia de género, las estrategias que desarrollan para su atención y prevención. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas para su posterior análisis discursivo, ahondando en cómo se expresa y/o verbaliza la manera de definir la violencia de género y el abordaje integral ofrecido a las mujeres. Se utilizó una guía de preguntas abiertas, las mismas que fueron ajustadas en una prueba piloto.

Como fuentes secundarias o auxiliares para apoyar la interpretación se asistió a distintas jornadas sobre el tema organizadas por las instituciones elegidas. Además se realizó una visita a un centro de atención, del cual se elaboró una extensa descripción etnográfica que permite entender las perspectivas institucionales.