

2024

La violencia de género en el campo de la salud : aportes desde el trabajo social para visibilizar la producción de ausencias en sus registros

Brull, Daiana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/849>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Especialización en Violencia Familiar

Directora: Mg. Laura Bucci

Coordinadora: Esp. Alicia Echarri

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**La Violencia de Género en el Campo de la Salud:
aportes desde el Trabajo Social para visibilizar la
producción de ausencias en sus registros.**

Directora de Tesis:

Dra. Silvana Martínez

Especializanda:

Lic. Daiana Brull



Índice

Resumen	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	6
Capítulo I: Marco teórico	8
El sistema sexo-género y la dominación masculina.....	9
Violencia por motivos de género.....	13
Marcos normativos y cifras en Argentina.....	15
Tipos y modalidades de las violencias.....	15
La violencia por razones de género en cifras.....	19
Capítulo II: La violencia de género en el Campo de la Salud	21
Modelos de atención en Salud.....	22
Crisis de <i>e/</i> modelo: de la curación a la Salud Colectiva.....	24
La cuestión de género en los procesos salud-enfermedad-atención.....	27
Abordaje de la violencia por motivos de género en Salud.....	29
Impacto de la violencia por razones de género en la Salud.....	32
Protocolos y Guías de atención en Salud.....	33
Capítulo III: Registro de las violencias por razones de género en el Campo de la Salud	36
Acerca de la Historia Clínica.....	37
Características de los registros en la Historia Clínica.....	40
Implicancias del registro para el Trabajo Social.....	45
La importancia del registro de las situaciones de violencia.....	48
Capítulo IV: Aspectos Metodológicos	50
Supuestos de partida y construcción del problema de investigación.....	51
Objetivos.....	52
Estrategia metodológica.....	53
Técnicas de recolección de datos.....	54
Procedimiento.....	55
Aspectos éticos.....	56
Capítulo V: Reconstrucciones analíticas	57
Resultados y análisis de registros.....	58
Análisis de entrevistas.....	67
A modo de síntesis.....	80
Producción de ausencias.....	82

Reflexiones finales	92
Bibliografía	98

Resumen

La sistematización que se presenta a continuación se inscribe en el trabajo final de la Especialización en Violencia Familiar, que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La misma tuvo por objetivo conocer y problematizar las características del registro de las violencias por razones de género en las historias clínicas del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende¹” de la ciudad de Mar del Plata, tomando como período los registros en historias clínicas entre los años 2017 al 2019.

Esta propuesta recupera y surge a partir de los resultados de una investigación realizada durante los años 2019 y 2020 en el mismo hospital, cuyo objetivo fue conocer los alcances y límites en la atención de mujeres en situación de violencia de género en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” (Brull, 2021). A partir de esa investigación se detectaron diversas cuestiones de interés para continuar profundizando, siendo una de ellas el problema-objeto de la presente sistematización: las ausencias en los registros de violencias por motivos de género en las historias clínicas.

Para llevar a cabo esta sistematización se seleccionaron las historias clínicas de mujeres que concurrieron al Hospital y que, a partir de dicha atención, se le dio intervención al Servicio de Articulación Institucional para la Inclusión Social², que es el Servicio que aborda las situaciones de violencia por motivos de género.

¹ En adelante se abreviará HIGA Alende.

² También se lo denomina Servicio de Derechos Humanos. En adelante se lo denominará de ambas formas y abreviado DD.HH.

Agradecimientos

*Escribir es para mí una acción contestataria·
Mi escritura tiene más de colectivo que de íntimo,
es más voluntad gregaria que delirio individual·
Escribo, casi siempre, desde el dolor de ver el mundo en pedazos·
Escribo contra las fieras y los depredadores, contra la prepotencia·
Escribo por mi abuelo albañil·
Negritos de mierda que, escopeteados y todo, seguimos cantando·
Liliana Bodoc·*

Transcurrieron cuatro años desde que comencé a cursar la Especialización en violencia familiar en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la UNMDP. Desde entonces y hasta hoy, el mundo entero se ha reconfigurado bajo las consecuencias de un virus implacable y letal, que todavía acecha. El camino de elaboración de este trabajo final de especialización estuvo, por supuesto, atravesado por este contexto turbulento. Los tiempos previstos para la realización de esta sistematización se prolongaron, más no el deseo de su realización. Y a pesar de haber sido un trayecto largo, finalmente pudo concretarse.

Nadie se salva solo decíamos y seguramente diremos para siempre, como un mantra, al recordar la catástrofe. De igual modo, pienso, nadie escribe solx. Puede que escribamos *en soledad* en el espacio que habitamos para hacerlo. Pero solxs, nunca. Y claro que esta producción no es la excepción.

En primer lugar, mi agradecimiento es a la Universidad Pública no arancelada. A la Facultad de Cs. de la Salud y Trabajo Social, que me permitió desarrollar mi formación de grado y posgrado.

A docentes y compañeros de la especialización en violencia familiar, con quienes hemos dialogado, debatido y compartido muchas discusiones a lo largo de este proceso.

A mis compañeros del grupo de investigación Problemáticas Socioculturales, especialmente a Paula Meschini, Directora del grupo, docente, investigadora, colega y amiga.

A la Salud Pública y al Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende”, que fue la institución donde pude realizar este trabajo. Vaya mi más profundo y sincero agradecimiento a las Residencias en Salud, esta política

pública de formación en servicio que me permitió acceder al hospital, primer espacio de mi inserción profesional como trabajadora social.

A colegas, compañeros y trabajadores del hospital que participaron y/o colaboraron con esta investigación.

Especialmente gracias a Silvana Martínez, directora de mi tesis. Por su acompañamiento constante y amoroso, y sus aportes y sugerencias siempre respetuosas y precisas.

Gracias a mi familia, *mi matriarcado*, que están presentes siempre de manera incondicional. Una se hace feminista con su propia historia... Mucho antes de las páginas de los libros que leí, mucho antes también de amar a tantas feministas que hoy estimo, respeto, leo y cito en estas páginas y en otras; primero estuvieron ellas. Mis mejores marcos teóricos y, sobre todo, mis más profundas reflexiones y problematizaciones, los construí con y por ellas. Adriana y Mabel, mamá y abuela: ¡gracias!

A mis amigas, que son motor y sostén siempre. Gracias por su ser y estar en mi vida, por cada mate y cada charla. Por estar cuando necesite ánimos cuando no estaban claras las ideas o la escritura y me prestaron su tiempo sus ganas de leer o escuchar lo que quería y tenía para decir en esta investigación.

Para concluir quisiera mencionar a las mujeres protagonistas de este trabajo. Sus historias y sus voces al transitar por el hospital, a las que pude acceder a veces personalmente, a veces a través de los registros o relatos de otras personas, fueron esenciales para problematizar los sentidos de nuestras prácticas.

Introducción

Esta sistematización es sucesora de un trabajo de investigación realizado en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar E. Alende de Mar del Plata, entre los años 2019 y 2020. Aquella investigación -al igual que esta- partía de recuperar la relevancia de los efectores de Salud como espacios privilegiados para detectar e intervenir en situaciones de violencia por razones de género. A partir de los resultados y reflexiones de dicha investigación, comenzaron a delinearse los interrogantes que dieron origen al presente trabajo final de especialización en violencia familiar.

La construcción del problema-objeto de esta investigación comenzó a partir de identificar, con extrañamiento, que en el hospital se realizaban interconsultas al servicio social por “situaciones de violencia de género”, pero al visualizar las historias clínicas de las personas por las cuales se solicitaba la intervención, no se observaba ninguna referencia o evaluación profesional que expresara cuestiones relativas a violencias por motivos de género.

¿Por qué no había registros escritos de las violencias o, al menos, de las sospechas de los profesionales de presuntas situaciones de violencias por motivos de género?, ¿estas presuntas situaciones de violencia se dejarían asentadas en otro instrumento que no fuera la historia clínica?, ¿qué aspectos habían detectado y/o evaluado los profesionales que les alertaron?, ¿por qué habían considerado que era necesaria la intervención del servicio social o del servicio de Derechos Humanos? Si estos registros no aparecían, ¿qué estadísticas se estaban generando en el hospital sobre la atención de estas situaciones? ¿se podría dar cuenta cuanti y cualitativamente de la cantidad de mujeres que concurrían al HIGA y recibían atención por estar atravesando situaciones de violencias de género?

Respecto a esto último, resulta pertinente hacer una aclaración en relación al enfoque de este trabajo, ya que el mismo pretendió superar las reflexiones en torno a la falta de producción de información estadística sistemática en el hospital. Si bien esto constituye parte de las problematizaciones elaboradas, puesto que contar con estadísticas confiables permite evaluar las características y la magnitud que asume la violencia de género, como así también diseñar las políticas públicas pertinentes para combatir esta problemática; lo que se procuró

en esta sistematización fue trascender “el problema de las estadísticas” de las situaciones de violencia por razones de género, para tratar de desentrañar la complejidad de los mecanismos que propician la ausencia de tales registros. Este trabajo está estructurado en cinco capítulos y las reflexiones finales. El capítulo I es el marco teórico que contiene las aproximaciones conceptuales generales de la problemática de las violencias por razones de género. En el capítulo II se recorren los principales movimientos y corrientes epistemológicas que permiten identificar los paradigmas en torno a la salud y la enfermedad, los modelos de atención, y el lugar que ocupa la cuestión de género en salud, específicamente, las violencias por razones de género en este campo de intervención. El capítulo III remite a los registros en Salud: sus características e implicancias al momento de intervenir. En el capítulo IV se presentan los aspectos metodológicos, situando los supuestos de partida de esta investigación para la construcción del problema, los objetivos, la estrategia metodológica y las dimensiones que se consideraron para el análisis tanto de los instrumentos de registro como para las entrevistas que se llevaron a cabo. En este capítulo también se hace mención de los aspectos éticos de la investigación, y del proceso de evaluación de los Comités intervinientes para cumplimentar los requerimientos pertinentes para la aprobación del protocolo de investigación. En el V y último capítulo se presentan los resultados de los análisis de los registros y las entrevistas a informantes claves, en un diálogo permanente con las categorías conceptuales y analíticas expuestas en los capítulos previos. Este capítulo concluye con las consideraciones acerca de la *producción de ausencias* en los registros de las violencias por razones de género en el hospital. De la mano de los aportes de Boaventura De Sousa Santos, se propone un modo particular de comprensión de esas ausencias, a criterio personal, superador de otros modos de explicar y problematizar las dificultades en los registros sanitarios.

Por último, se exponen las reflexiones finales, que recuperan y sintetizan cuestionamientos e inquietudes planteados a lo largo del trabajo, como así también, desafíos pendientes, y contribuciones situadas desde un trabajo social crítico, feminista, descolonial y emancipador.

Capítulo 1
Marco Teórico

El Sistema sexo-género y la dominación masculina

Conceptualmente, las diferencias entre los sexos no implican desigualdad legal. Es posible concebir a mujeres y hombres como legalmente iguales en su diferencia mutua. Pero ese no ha sido el caso, al menos en los últimos 5 o 6 mil años.

Alda Facio y Lorena Fries. Feminismo, Género y Patriarcado.

La construcción social de la desigualdad entre varones, mujeres y disidencias a partir de la diferencia sexual es un hecho engendrado por el sistema patriarcal, sostenido y reproducido a partir de múltiples mecanismos de exclusión y subordinación, individuales y colectivos. Desde los procesos de socialización en las infancias, pasando por los roles y estereotipos de género, la división sexual del trabajo, el control de los cuerpos, las políticas públicas (carentes frecuentemente de perspectiva de género), se estructura el orden social y las relaciones de dominación que ubican al varón en posición jerárquica frente a la mujer y otras identidades sexo genéricas disidentes.

Las problematizaciones en torno a estos hechos son fruto de la lucha de los movimientos feministas. Claro que no es posible hablar de *un* feminismo, menos aún de *la* teoría feminista. No obstante, se puede afirmar que la heterogeneidad al interior de los feminismos tiene como punto de encuentro un conjunto de valores y saberes para explicar causas, justificaciones y expresiones de la histórica subordinación de las mujeres por la dominación masculina. En palabras de Celia Amorós (2005) la irracionalización-inmoralización desde la sensibilidad feminista de fenómenos y conductas socialmente aceptables que excluyen, humillan y degradan a las mujeres, es lo que activa el mecanismo de generalización que convierte en magnitudes homogéneas, conceptualizables, lo que de otro modo no serían sino fenómenos dispersos y discontinuos.

Género y Patriarcado son dos categorías claves en las teorías feministas para comprender la construcción sociohistórica en las desigualdades entre varones y mujeres y sujetos feminizados, en lo que respecta a la división sexual del trabajo, los roles y estereotipos de género, los cuerpos, las violencias; y cómo estas se han perpetuado en la sociedad.

El género como concepto responde a un criterio descriptivo; es una categoría analítica e implica una dimensión ética y política. Descriptivamente alude a los

ordenamientos diferenciales de las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores y actividades atribuidos a mujeres y varones en un largo proceso histórico de construcción social que produce desigualdad. Como categoría de análisis, tiene como rasgos característicos: el ser siempre relacional, porque involucra relaciones de poder entre los géneros e intragéneros; el ser producto de una construcción histórico-social, y el ser un factor que se enlaza con otros aspectos que configuran la subjetividad, como pueden ser la raza o clase (Meler y Burin, 2009). La dimensión ético-política orienta la acción, las estrategias y las metas para deconstruir el sistema sexo/género. Es un modelo de intervención orientado por el principio de equidad y de igualdad de oportunidades para mujeres, varones y otras identidades no cis-heteronormadas.

Por otro lado *patriarcado* hacía referencia originariamente al “patriarca”, que tenía poder absoluto sobre las mujeres, niños y niñas, demás subordinadxs, sirvientes, etcétera. Gerda Lerner (1986) lo ha definido en sentido amplio, como la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general.

Por su parte Tarducci y Zelarallán (2016) sostienen que la utilización del concepto de patriarcado, muchas veces considerado poco científico, tuvo y tiene un gran valor para distinguir, sobre todo en las tendencias que tienen un perfil más marxista, la opresión de género de la clase. En la actualidad el concepto patriarcado designa un sistema social donde ese poder lo ejercen los hombres como grupo, tanto en la estructura familiar como en el mundo público.

Recuperando los aportes de los feminismos comunitarios, el patriarcado es el sistema de todas las opresiones, no es un sistema más, es el sistema que oprime a la humanidad (mujeres, hombres y personas intersexuales) y a la naturaleza, construido históricamente y todos los días sobre el cuerpo de las mujeres (Guzmán, 2015).

La sociedad patriarcal se rige por las relaciones entre mujeres y varones bajo un sistema de poder que define condiciones materiales, simbólicas, políticas, económicas, etc. ancladas en la división sexual del trabajo, ubicando históricamente a las mujeres en la esfera privada, al trabajo doméstico (no remunerado) y a los cuidados; y a los varones como hombres públicos.

A este sistema que define condiciones sociales diferentes para hombres y

mujeres en razón de roles socioculturalmente asignados, se lo conoce como Sistema sexo-género. Rubin (1986) define al Sistema de Sexo/Género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p. 97). De este modo, Rubin construye las bases de su pensamiento sobre la consolidación del binomio sexo/género, que entreteje el fundacionalismo biológico como forma privilegiada para pensar la forma en que los cuerpos adquieren significados sociales.

En este mismo sentido, también se puede mencionar a Bourdieu (2010) cuando afirma que “la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo” (p.13). Como señala Meler (2015) la subordinación femenina, así como el dominio masculino, se sustentan en las relaciones prácticas de poder. No obstante, es menester retomar en este punto los aportes de Facio y Fries (2005) cuando mencionan que la sociedad no construye a todas las mujeres idénticamente subordinadas ni a todos los hombres con los mismos privilegios, aunque sí en su universalidad las mujeres son subordinadas por los hombres.

Es difícil reconocer que la mujer de clase alta, en edad reproductiva, adinerada, sin discapacidades visibles, blanca, esposa de un banquero, pueda compartir la subordinación de género con una mujer pobre, vieja, discapacitada, lesbiana y negra. Pero así es. Ambas comparten el mandato de ser para un hombre, dedicarse centralmente a los hijos y a la casa; ambas son invisibilizadas por el lenguaje, marginadas de la historia, y permanentemente víctimas potenciales del abuso y acoso sexual. Ambas viven en un mundo que simbólicamente las aniquila y que constantemente les recuerda que ser mujer no es ser persona y sin embargo cada una pertenece a una cultura que representa de distintas maneras esta subordinación. (p.271)

La problemática de la violencia de género no puede ser analizada, comprendida y abordada desde una sola dimensión, puesto que atraviesa la vida cotidiana de mujeres y disidencias desde la complejidad de múltiples opresiones, tales como la edad, el género, la religión, la clase, la raza, la pertenencia a una cultura o comunidad, entre otras. Rosana Reguillo Cruz (2007) plantea que no se trata de pensar el género como una noción clausurada, con bordes perfectamente delimitados, sino por el contrario, como un campo de múltiples intersecciones y opresiones que se refuerzan mutuamente.

Antes de finalizar este apartado, se hace necesario señalar que no se puede hablar de las relaciones de género y patriarcado sin hablar de la socialización masculina y lo que Rita Segato (2003, 2016, 2018) llama *el mandato de la masculinidad*. La masculinidad es una estructura basada en un pacto, que es violento por definición. Es un mandato que exige a los varones que constantemente pongan a prueba sus atributos: potencia bélica, potencia sexual y potencia económica. «El mandato de masculinidad es un mandato de violencia, de dominación, el sujeto masculino tiene que construir su potencia y espectacularizarla a los ojos de los otros. O sea, la estructura de la masculinidad, la estructura de género, la estructura del patriarcado, son análogas a la estructura machista. (Segato, 2028).

En palabras de Segato (2010) la masculinidad está más disponible para la crueldad porque la socialización y entrenamiento para la vida del sujeto que deberá cargar el fardo de la masculinidad lo obliga a desarrollar una afinidad significativa entre masculinidad y guerra, entre masculinidad y crueldad, entre masculinidad y distanciamiento, entre masculinidad y baja empatía. Las mujeres somos empujadas al papel de objeto, disponible y desechable, ya que la organización corporativa de la masculinidad conduce a los hombres a la obediencia incondicional hacia sus pares —y también opresores—, y encuentra en aquéllas las víctimas a mano para dar paso a la cadena ejemplarizante de mandos y expropiaciones.

Violencia por motivos de género³

Antes de comenzar a hablar de la violencia que sufren particularmente las mujeres y disidencias, es preciso dedicarle al menos unas líneas al fenómeno de la violencia, en sentido amplio. *Violencia* es un término polisémico, caracterizado por la ambigüedad y que puede definir acciones tanto individuales como colectivas, organizadas como espontáneas, ritualizadas o rutinizadas, legales o ilegales, intencionales o no intencionales (Martin, 2000).

Qué se considera violento y qué no, qué sanciones y quiénes deben sancionar la violencia, como así también quiénes se constituyen como víctimas, son cuestiones que varían en cada tiempo y sociedad. Isla y Míguez (2003) sostienen que siempre depende de valores subjetivos el denominar una acción *violenta*, y expresan que

nosotros la conceptualizamos, en una primera aproximación, como formas de trasgresión a usos, normas y leyes de una sociedad. De esta manera, la violencia, en su expresión física o simbólica es parte constitutiva de las relaciones sociales. Es episódica en sus manifestaciones extremas (el daño físico), pero en sus manifestaciones no extremas es cotidiana e inmanente de las relaciones sociales, pues hace parte de la tensión permanente entre el cumplimiento del orden establecido y su trasgresión". (p. 24)

Lejos entonces de pensar la violencia como un acto irracional, los usos y sentidos que se tienen de esta práctica para lograr determinados fines, cuando otros mecanismos fracasan, o nunca existieron, se vuelven habituales y se potencian en sociedades modernas, capitalistas y patriarcales.

Ahora sí, adentrándonos en las violencias por razones de género, estas constituyen una vulneración de los derechos humanos, mantenidas y reforzadas a través del patriarcado y la heteronormatividad. La identificación de esta

³ Si bien existen múltiples maneras de mencionar la violencia de género, a lo largo de esta tesis se hablará de violencia por motivos o por razones de género, como aquella ejercida, en el marco de una Sociedad Patriarcal, por parte del género dominante (masculino-heterosexual-cisgénero) sobre el resto de identidades, expresiones de género y orientaciones sexuales.

violencia como problemática social implica develar sus fundamentos sociales, históricos y políticos. Si bien no se trata de un fenómeno novedoso, tuvo que transcurrir un largo proceso mediante el cual la violencia por razones de género fuera reconocida como problema social y de agenda pública. Como afirma Silvana Martínez (2008)

ninguna sociedad tiene la capacidad ni los recursos para atender al mismo tiempo todas las necesidades de sus miembros. Sólo algunas son instaladas en la agenda transformándose en cuestión, es decir, en un asunto sobre el cual recae la atención pública y que amerita algún tipo de intervención con el fin de resolverlo o al menos neutralizarlo. (p.77)

El momento de inflexión donde se instala la cuestión de la violencia que sufren las mujeres como tema público, fue con la irrupción de las demandas de los movimientos feministas desde los años '70. A partir de entonces se empieza a sensibilizar sobre la dominación patriarcal, y a visibilizar la construcción del fenómeno violento como un acto inaceptable que ubica al agresor como alguien que debe ser sancionado. En palabras de Ana de Miguel (2015) “el sentido común patriarcal caracterizado por la norma de la inferioridad y subordinación de las mujeres y la aceptación implícita de la violencia está siendo sustituido por una nueva visión en que la violencia patriarcal se hace visible e intolerable para la mayor parte de la sociedad. Este proceso no habría sido posible sin la creación de un marco alternativo, feminista de interpretación” (p.10).

Marcos Normativos y cifras en Argentina

Tipos y modalidades de las violencias

Desde la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra La Mujer - "Convención de Belem do Pará" (1996) hasta nuestra Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (2009) y su modificación Ley Nacional 27.533 (2019), pasando por numerosos Pactos, Decretos, Resoluciones, Protocolos y Guías para abordar la problemática, encontramos diferentes expresiones por las que el Estado Nacional, Provincial y Municipal asume la obligatoriedad de garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de las mujeres y, específicamente, el compromiso por erradicar todo acto de violencia que encuentre sus fundamentos en razones basadas en el género.

En nuestro país, la Ley Nº 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en el año 2009, es un hito normativo y un avance en materia de prevención, asistencia y abordaje de las violencias por motivos de género. Constituye un avance en relación a su antecesora, la Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, puesto que esta última estaba encuadrada estrictamente en el ámbito doméstico y no se posiciona respecto a quién es el agresor en los actos de violencia de género.

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, por acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes (modificación del art. 4 de la Ley 26.485 en Ley 27.533).

Asimismo, la Ley 26.485 reconoce *tipos y modalidades* de la violencia. Los tipos son:

- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato/agresión que afecte su integridad física (empujones, puñetazos, golpes, quemaduras).
- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia y sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización y cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.
- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso carnal, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.
- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un daño en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:
 - a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; d) El control sobre los ingresos de la mujer. Recibir un salario más bajo que los varones por igual tarea.
- Simbólica: La que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos, transmite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Un ejemplo de este tipo de violencia es la que se

observa en las publicidades de artículos de limpieza, de autos, etc.

- Política⁴: Se dirige a menoscabar, anular, impedir, obstaculizar, o restringir la participación política de las mujeres, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencia y el derecho a participar en asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones

Los *ámbitos* son los lugares donde se ejerce la violencia:

- Doméstica: Es aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.
- Institucional: Es aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en la ley de protección integral. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.
- Laboral: Es aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.
- Contra la libertad reproductiva: Cuando se vulnera el derecho de las mujeres a elegir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.

⁴ Incorporada mediante la Ley N° 27.533. (BO 20/11/2019)

- Obstétrica: Cometida por personal de la salud cuando se brinda maltrato antes, durante y/o después del parto o en la atención post aborto, y cuando se viola el secreto profesional.
- Mediática: Difusión de mensajes e imágenes estereotipadas por los medios de comunicación que promuevan directa o indirectamente la explotación de mujeres, difame, humille o atente contra la dignidad de aquellas, así como también las que reproducen una visión degradante de las mujeres, que legitiman la desigualdad de trato y generan discriminación y violencia.
- Pública⁵: Aquella ejercida contra las mujeres por una o más personas, en lugares públicos o de acceso público, como medios de transporte o centros comerciales, a través de conductas o expresiones verbales o no verbales, con connotación sexual, que afecten o dañen su dignidad, integridad, libertad, libre circulación o permanencia y/o generen un ambiente hostil u ofensivo.
- Política: Aquella que fundada en razones de género y mediante intimidaciones, hostigamientos, amenazas, persecución y/o acoso impida o limite el desarrollo de la vida política, el acceso a derechos y deberes políticos, atentando contra la normativa vigente sobre participación política de las mujeres. También implica desalentar o menoscabar el ejercicio o actividad política de las mujeres. Puede ocurrir en cualquier espacio de la vida pública y política como instituciones estatales, recintos de votación, partidos políticos, sindicatos, organizaciones sociales, medios de comunicación, entre otros.

⁵ Incorporada en Ley 27.501 que incorpora como modalidad de la violencia a la mujer el acoso callejero.

La violencia por razones de género en cifras

En cumplimiento de la Ley Nacional 26.485/2009, el Instituto Nacional de las Mujeres firmó en el año 2012 un convenio con el INDEC para que este generara información estadística mediante la implementación de un Registro único de casos de violencia contra las mujeres (RUCVM), tanto de jurisdicción nacional como provincial o municipal.

Este registro se propone recolectar los datos recopilados por organismos públicos (nacionales, provinciales y municipales) pertenecientes a diversos sectores (salud, trabajo, seguridad, justicia y áreas de la mujer, entre otros), que se ocupan de asesorar, asistir, informar y acompañar a mujeres víctimas de violencia, para reunirlos en un único registro.

Entre el periodo comprendido entre el 2013 y el 2018⁶, se han recopilado un total de 260.156 casos. En relación directa con el tipo de organismo o institución pública aportante, el 71,3% de los casos corresponde a la búsqueda de asesoramiento, orientación y asistencia por parte de las mujeres de 14 años de edad y más. En segundo término, se encuentran las denuncias judiciales (16,9%) y, en proporciones aún menores, las correspondientes a presentaciones policiales y a consultas realizadas para la atención de la salud de las víctimas. Estas dos últimas suman menos del 5%.

Partiendo de estos datos, es posible problematizar el porcentaje minoritario del sector salud a la hora de registrar este tipo de situaciones. Asimismo, el registro sostiene que “el bajo porcentaje de casos que corresponde a atención médica se debe a la baja calidad y completitud de los datos registrados en los establecimientos de salud, que impiden detectar específicamente los casos de violencia contra las mujeres”.

A nivel local, de acuerdo a la Multisectorial de la Mujer, en la ciudad de Mar del Plata hubo dos femicidios a lo largo del 2019, no obstante, la cantidad de denuncias por violencia de género es "atroz" y "tremenda" según comunicó este organismo. De acuerdo con los datos recolectados en el año 2018, en la ciudad hubo 8.700 denuncias. Asimismo, la referente de la Multisectorial Laura Hochberg (2018) expresó que “se reciben 1000 denuncias al mes por violencia

⁶ Cabe aclarar que se toma este período ya que el mismo coincide con el período de esta investigación.

familiar en las tres sedes de la Comisaría de la Mujer”. Por otra parte, el informe de gestión emitido por la Dirección de Políticas de Género correspondiente al período 2014-2019, establece que 1750 personas recibieron asistencia por violencia de género entre julio del 2015 y julio del 2019. También se refirió a las cifras de denuncias la jueza del foro de familia del departamento judicial de Mar del Plata, Alejandra Obligado, a quien entrevistaron en un programa radial en octubre del 2019 y afirmó que “son 200 denuncias por semana, casi 800 por mes”.

En agosto del 2020 la ministra de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires, Estela Díaz, presentó un informe detallado de la Línea 144 sobre llamados por intentos de femicidios recibidos durante los primeros 5 meses del año y Mar del Plata está entre los municipios que más denuncias registró en ese periodo. Según los datos relevados a nivel provincial, desde enero a mayo del 2020 la Línea 144 atendió 9.085 consultas por situaciones de violencia por razones de género, de los cuales un 86% fueron para solicitar información y asesoramiento, mientras que un 12% estuvo vinculado a situaciones de emergencia. La gran mayoría de éstos corresponden a 51 municipios de los 135 existentes en la Provincia de Buenos Aires, entre los que se encuentran Mar del Plata y Batán. De hecho, el informe del ministerio bonaerense arroja que más del 70% de este tipo de consultas se concentran en 15 municipios, entre los que se destaca La Plata, que encabeza el ranking, pero lo sigue General Pueyrredón, Almirante Brown, José C. Paz y La Matanza. Al relevar el tipo de violencia ejercida, el informe arroja que la violencia doméstica fue la modalidad expresada en el 94% de los casos, mientras que la violencia psicológica se manifiesta en el 99% de las consultas, seguida por la violencia física (98%), simbólica (81%), económica y patrimonial (41%) y sexual (22%)⁷.

⁷ Mar del Plata está entre las ciudades con más denuncias de violencia de género. (20 de Agosto del 2020). *La Capital*. Recuperado de <https://www.lacapitalmdp.com/mar-del-plata-esta-entre-las-ciudades-con-mas-denuncias-de-violencia-de-genero/>

Capítulo 2

La violencia de género en el Campo de la Salud

Modelos de atención en Salud

Dado que esta sistematización supone la recuperación de intervenciones sociales en el marco del ejercicio profesional, resulta pertinente realizar una aproximación a los modelos de atención en salud, para explicitar los posicionamientos en torno a los procesos salud-enfermedad en general, y a los abordajes de la violencia basada en el género en particular.

A lo largo de la historia se han desarrollado diversos modelos de atención en salud, determinados por el paradigma explicativo sobre la concepción, desarrollo y tratamiento de los procesos salud-enfermedad. Desde una perspectiva antropológica cuando se habla de *modelos de atención en salud*, se hace referencia no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003).

Las formas de tratar la salud y la enfermedad en las sociedades varían, teniendo en cuenta múltiples condiciones: religiosas, étnicas, económicas, políticas, científicas, etc. En palabras de Menéndez (2003)

Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. (p.186)

Dentro de estas múltiples formas de atención, Menéndez menciona las siguientes: a) de tipo biomédica, b) de tipo “popular” y “tradicional”, c) alternativas, paralelas o *new age*, devenidas de otras tradiciones médicas académicas (acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc) y d) centradas en la autoayuda.

Sin pretender realizar un análisis exhaustivo de estas formas de atención, lo cual excede a los objetivos de este estudio, sí resulta necesario considerar que las

características de las prácticas, tanto asistenciales como discursivas, serán diferentes en las diversas modalidades. Por otro lado, también es necesario reconocer que algunas formas de atención han logrado imponerse sobre otras, claro está no sin antes subalternizar esas *otras* prácticas y saberes.

En este sentido, interesa aquí recuperar aquellos modelos de atención en Salud que representan al menos dos de los paradigmas en constante tensión al interior del Campo de la Salud: el modelo biomédico o modelo médico hegemónico⁸, y el modelo de atención integral de la Salud.

Tomando los aportes de Menéndez (1988) el modelo médico hegemónico refiere al

conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por los criterios científicos, como por el Estado. (p.2)

El rasgo principal del MMH es el biologicismo, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas (Menéndez, 2003: 194). Pero además de las funciones curativas y preventivas, el MMH también tiene funciones de normatización, de control y de legitimación. Todas estas funciones se realizan a través de actividades técnicas específicas, pero que potencialmente tienden a reproducir el sistema dominante (Menéndez, 1998).

La prevalencia en la atención queda sujeta al acto médico centrado en el

⁸ En adelante se abreviará MMH.

diagnóstico y curación. La intervención se circunscribe sólo al momento de la consulta. Asimismo, en una dinámica de atención centrada en la medicina, cabe preguntarse qué lugar ocupan otras disciplinas. A la fragmentación del cuerpo le corresponde una atención igual de fragmentada: se recurre a la derivación y/o la interconsulta.

Crisis de el modelo: de la curación a la Salud Colectiva

El MMH comienza a ser cuestionado en la década de los 60, y alcanza su mayor expresión en los '70. Entre las principales críticas que se formulan respecto a este modelo, se pueden mencionar: el incremento en el costo de la atención a la enfermedad, el aumento del consumo de fármacos, la *medicalización* de la vida cotidiana, el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma, la subordinación del Sector Salud a la industria farmacéutica, la comprobación de que algunas técnicas sencillas y económicas gestionadas por la comunidad pueden ser tan o más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y altamente costosas (Menéndez, 1990).

Ante la crisis de este modelo, (re)surge la concepción de la Atención Primaria de la Salud⁹ basada en la articulación comunidad/sector salud. , La declaración de Alma Ata (1978) define la APS como

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo

⁹ En adelante se abreviará APS.

principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia.

Tal como se propuso en Alma Ata, la APS tiene fuertes implicancias sociopolíticas, puesto que busca fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades. La salud, además de un derecho, es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal y un elemento esencial para las sociedades democráticas, por lo tanto, el rol del Estado se vuelve fundamental.

El contexto de cambio también se hace visible en una nueva forma de concebir los procesos salud-enfermedad, otorgando a las dimensiones social, cultural, educativa; la relevancia que les había sido negada. La expresión salud colectiva surge a fines de la década de los años 70, con la perspectiva de construir un paradigma renovado que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que convergen en el campo de la salud. En palabras de Liborio (2013)

La Salud Colectiva abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud, involucrando desde las organizaciones que prestan “asistencia” a la salud de las poblaciones hasta las instituciones de enseñanza, de investigación y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que puedan tener un carácter científico o sindical interesadas en defender el sistema público de salud en el marco de la lucha por el “derecho a la salud” de la ciudadanía. (p.139)

El movimiento de Salud Colectiva reconoce que el proceso salud-enfermedad es multicausal e implica una interrelación de diversos factores y actores que determinan, influyen y condicionan la salud de las personas, grupos y comunidades. Además, también cuestiona los modos de producción de conocimientos en Salud, y los procesos metodológicos para su construcción. Plantea recuperar las metodologías cualitativas de las ciencias sociales, y la necesidad de integrar otras disciplinas o áreas en el campo como la psicología social, el psicoanálisis, trabajo social, educación, derecho entre otras (Liborio, 2013).

A modo de síntesis, hasta aquí se ha sostenido que el modelo médico hegemónico ha legitimado diversos mecanismos de control y disciplinamiento a partir de un saber/poder biologicista, ahistórico, atemporal, que tiende a la fragmentación del cuerpo, al uso de técnicas diagnósticas terapéuticas-curativas, a la despersonalización del proceso de asistencia (Rodríguez y Barrios, 2007).

Este modelo que logra sostenerse a partir de la subalternización de otros discursos y prácticas, convive en constante tensión con otros modelos de atención en Salud. El modelo de atención integral de la Salud, que recupera la estrategia de atención primaria y las redes, pretende trascender el modelo de atención basado en la curación, para procurar la promoción y la prevención, teniendo en cuenta la diversidad y complejidad de cuestiones que inciden en la salud.

La cuestión de género en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado

Cómo se ha ocupado hasta ahora la medicina de tratar *la salud de las mujeres* es una cuestión que excede los análisis de este trabajo. A modo de síntesis es menester mencionar que, de históricas a brujas y de brujas a locas, el patriarcado ha logrado a través de uno de sus brazos ejecutores -el denominado *modelo médico hegemónico*- instaurar un discurso que instala al hombre como universal, y a la mujer como genérico: lo *otro*.

En este sentido, resulta pertinente recuperar los extensos aportes de Ana María Fernández (1993) quien sostiene que los saberes médicos van organizando su racionalidad sin cuestionar la construcción histórica de la supuesta inferioridad femenina. En realidad, esta creciente racionalidad permitirá dar cuenta, a través de explicaciones cada vez menos sobrenaturales, de esa inferioridad adscribiéndola cada vez más al orden de la biología, y un siglo más tarde producirá el discurso de la "naturaleza femenina" (p. 80).

Como se mencionó en capítulos anteriores, las diferentes concepciones acerca de qué es sano y qué es patológico han cambiado a lo largo de la historia, transformando también los modos de tratar la salud y la enfermedad. Continuando con lo planteado con anterioridad, considerando los principios de la Salud Colectiva y la estrategia de la atención primaria de la salud, la comprensión y abordaje de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado¹⁰ supone una mirada integrada e integral¹¹ de la salud y de lxs sujetxs. En este sentido, cabe preguntarse entonces qué lugar ocupa hoy el género en los procesos S-E-A-C. Primeramente se parte de considerar que la salud es un proceso que se encuentra determinado socialmente. En palabras de López Arellano (2008) el proceso salud-enfermedad se expresa en una dimensión material, manifestada en su expresión orgánica, biológica y social; y una dimensión subjetiva, que se

¹⁰ En adelante se abreviará S-E-A-C.

¹¹ La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud. (O.P.S. 2008).

refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva.

Al hablar de determinación social de la salud se está aceptando que la salud no responde únicamente a una dimensión individual, sino a un proceso complejo, socialmente determinado por las condiciones sociales, económicas, políticas, laborales, etc. que determinan los modos específicos de enfermar y de curarse tanto de hombres como de mujeres y diversidades. En este sentido, es necesario considerar las formas a través de las cuales las inequidades por clase y género, de las cuales se nutre la sociedad capitalista, producen grandes diferencias en condiciones de vida, que a su vez se expresan en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención.

Gabriela Pombo (2012) sostiene que ante posturas que intentan despolitizar al género en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención, como si éste no actuará también determinando la salud, se hace necesario incorporar el género como categoría de análisis que permita no sólo entender cómo se dan los procesos históricos y sociales que generan desigualdad entre hombres y mujeres, sino fundamentalmente comprender cómo esos procesos de desigualdad operan al interior del campo de la Salud, determinando perfiles diferenciados de morbi-mortalidad; modos de enfermar y curarse; de consultar, acceder y transitar el sistema de salud, adherencia a los tratamientos, etc. En este sentido, la perspectiva de género reconoce las relaciones de poder existentes entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias y opresivas para las mujeres y otras identidades. Brinda herramientas de análisis que permiten problematizar las realidades que sostienen las relaciones asimétricas entre los géneros: heterosexual, patriarcal y sexista; desnaturalizar las prácticas históricas y socialmente construidas; visibilizar las desigualdades sociales y las asimetrías que generan las violencias por razones de género; complejizar el análisis de estas relaciones de desigualdad y de poder que tienen efectos de producción y reproducción de las violencias, de discriminación y que adquieren expresiones concretas; re pensar el género en continuo vínculo con el campo de la salud, qué discursos están presentes y cómo se tensionan y disputan entre sí.

La perspectiva de género y salud incorpora una mirada sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados que otorga inteligibilidad a los procesos

sociales y subjetivos que participan en la multideterminación del mismo, incluidos el modo de ser pensado y las prácticas tanto de los efectores de salud como de los/as usuarios/as. Dicho enfoque genera evidencia sobre los modos de cuidar de la salud, enfermar y acceder a la atención de forma diferencial por género (Tajer, 2012).

Abordaje de las violencias por motivos de género en Salud

Como plantea Souza Minayo (2005) la violencia es una cuestión social pluridimensional y, por lo tanto, no es un objeto propio del sector salud. La violencia se torna un tema de ese campo en dos sentidos:

1) por el impacto que provoca en la calidad de vida de las personas; por las lesiones físicas, psíquicas, espirituales y morales que acarrea; y por las exigencias de atención y cuidados de los servicios médico y hospitalarios; 2) en segundo lugar, porque hace parte de las preocupaciones cuando se trabaja el concepto ampliado de salud. Ese concepto está vinculado a la idea de promoción, tan bien expresado en la Carta de la Conferencia de Ottawa en 1986, que incluye en el contexto de su definición la necesidad de tener en cuenta el ambiente y el estilo de vida así como también la participación comunitaria para el avance del proceso de construcción de vida saludable. (p.76)

Si nos remitimos particularmente a las violencias familiares y por razones de género, estas eran tratadas en forma casi exclusiva en el ámbito del derecho penal y de la seguridad pública. El sistema sanitario quedaba por fuera del abordaje de estas situaciones y su participación se limitaba a reparar los estragos provocados por estos “conflictos” considerados “externos” a su

competencia profesional y referidos al foro íntimo y privado de las personas. Esta visión recién fue cambiando a partir de los años '70 por la influencia social creciente de los movimientos feministas, que buscaban sensibilizar a la sociedad en contra de la opresión y la dominación patriarcal y fueron generando cambios en los modos de concebir la problemática, convirtiéndola en pública y pasible de intervención.

En la segunda mitad de los años '80 cobra mayor visibilidad en nuestro país este grave problema social y sanitario, a pesar de los prejuicios y de la tolerancia social e institucional que aún hoy existen respecto a las violencias por razones de género. Desde aquel momento y en forma creciente, instituciones, organizaciones de la sociedad civil, trabajadores/as de diversos campos, medios de comunicación y universidades, se comprometieron a desarrollar contenidos y a generar todo tipo de recursos para abordar el problema.

Como se ha demostrado en varios estudios (Alemán, y Col. 2010; Amoroso y Fernández, 2014; Fernández, Ana M., Tajer, D. y Cols., 2016) la violencia de género constituye un problema de Derechos Humanos, Salud Pública y de Seguridad Ciudadana. Al respecto Silvana Martínez (2013) sostiene que

la dimensión de la violencia hacia las mujeres como problema de derechos humanos se basa en que la violencia, en todas sus expresiones y manifestaciones, atenta contra la libertad y la vida misma de quienes la padecen. Como problema de salud pública es sostenida fundamentalmente desde la Organización Panamericana de la Salud a comienzo de la década de 1990. Como problema de seguridad ciudadana es más reciente y se plantea como responsabilidad del estado que debe garantizar la seguridad de todos los ciudadanos sin distinción entre espacio público y privado. (p.93)

Esta breve genealogía da cuenta de la conquista política que implica el que en la actualidad las violencias por razones de género formen parte de la agenda pública de los servicios de salud. La conciencia del valor de la vida y la ampliación de los derechos de ciudadanía, permiten situar a estas violencias - además de ser una violación de los derechos humanos y libertades

fundamentales- como un problema de salud pública con un fuerte impacto sobre la morbi-mortalidad, afectando tanto la salud individual como colectiva.

Es decir, sus consecuencias se extienden, no sólo a las problemáticas de las personas en particular, sino también hacia las posibilidades de desarrollo social y económico de las comunidades, especialmente de los sectores más vulnerabilizados. Los efectos que tiene en la salud han sido asociados a riesgos y problemas de la salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, todo tipo de lesiones y hasta la muerte, implicando todo ello un elevado costo tanto en la esfera económica como social. En la mayoría de las mujeres violentadas se ha observado que los efectos psicológicos son más extendidos y catastróficos que los físicos. El desgaste que ocasiona la alerta permanente para anticipar el hecho violento, la imposición de ideas que remiten a dichos eventos que angustian y/o obturan el pensamiento, entre otros efectos que desencadenan las experiencias de violencias pueden, por acumulación traumática, producir daños significativos o generar indicadores de patología como anestesia psíquica (Fridman, 2019). Desde hace tiempo se han señalado con preocupación las altas tasas de depresión en las mujeres en vinculación con las condiciones de subordinación de las mujeres (Burin, 1987).

Reconocer entonces a las violencias por razones de género como un problema social de carácter complejo que afecta la salud, se convierte en una necesidad imperante, del mismo modo que exige que el proceso de fortalecimiento incluya no sólo a la persona, sino también a la comunidad de la cual forma parte.

El proceso de abordaje integral involucra todas aquellas estrategias y acciones dirigidas a garantizar el goce y la restitución de sus derechos vulnerados, coordinando y articulando los diferentes servicios institucionales que se ofrecen desde el Estado y la sociedad civil. De acuerdo a esta política de atención integral, dentro del sistema sanitario se contempla la prevención de las violencias por razones de género; la promoción de la salud y de una vida libre de violencias; la detección temprana y la atención de la salud de las personas en todas sus dimensiones evitando la revictimización; el seguimiento y acompañamiento por el tiempo que resulte necesario y la intervención sobre sus consecuencias; la articulación con la red intrainstitucional, la red interna del sistema sanitario y la red conformada por sectores y organizaciones con competencia en la temática; el registro y sistematización de la información vinculada al problema.

Impacto de la violencia por razones de género en la Salud

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer que, en algunos casos, pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia, y en otros llegan a ser mortales.

Un informe de la OPS (2013) menciona consecuencias frecuentes en la salud de las mujeres en relación a:

- **Salud física:** lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes; lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen; afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico; muerte.
- **Salud sexual y reproductiva:** embarazo no planeado o no deseado, aborto o aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo o aborto espontáneo, hemorragias o infecciones vaginales, infección pélvica crónica, infecciones de las vías urinarias, fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro), disfunción sexual
- **Salud mental:** depresión, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios, estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático), autoagresión e intentos de suicidio, baja autoestima.

La violencia de género es una problemática social, y de Salud Pública en particular. Tal como se menciona en el artículo 11, inciso 4 de la Ley N° 26.485, se debe incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral; diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental; promover programas especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan.

Numerosos Protocolos y Guías de actuación coinciden en destacar que los y las profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada para

detectar posibles situaciones de violencia de género a través de la consulta programada, demanda espontánea y/o en situaciones de urgencia. Tal como se menciona en una guía del PNUD (2020) “desde los servicios de salud se puede desempeñar un rol crucial en la asistencia a las mujeres en situación de violencia de género. Las mujeres, en particular, tienen contacto con el sistema de salud ligado a los diferentes momentos del ciclo vital (embarazo y parto, cuidado de hijas/os, cuidados de adultos mayores, etc.)”.

Protocolos y Guías de atención en Salud

Como se sostuvo hasta el momento, el sistema de salud ocupa un lugar privilegiado para la detección y abordaje de las violencias por motivos de género. Resulta pertinente recuperar en este apartado qué nos dicen los protocolos y guías de atención en Salud al respecto.

Los equipos de salud deben lograr advertir en qué contexto se suscitan las situaciones de violencia y a la vez deconstruir mitos y prejuicios que en muchos casos limitan el acceso y la calidad de la atención.

Cualquier sospecha de maltrato puede ser una alerta para dar lugar a la intervención y/o prevención. El acercamiento de la mujer a un hospital ya sea durante una consulta ginecológica, un control prenatal, control de sus hijos/as, consultas por dificultades de aprendizaje en la escuela, dolores de cabeza, malestares digestivos, reacciones dermatológicas, entre otros, pueden ser ocasiones posibles para detectar o sospechar situaciones de violencias, y allí el equipo de salud tiene la oportunidad de realizar una detección temprana a partir de los signos y síntomas, cualquiera sea su expresión, evaluar el riesgo y planificar un abordaje posible para disminuir su impacto. A su vez las situaciones pueden llegar de diferentes maneras, pueden ser expresadas por quien las padece, intuidas por los/as promotores/as de salud, advertidas por el equipo o informadas por organizaciones de la comunidad (clubes, escuelas, comedores, organizaciones sociales); y abarcan manifestaciones físicas, psíquicas y/o sociales. Es muy importante hablar de la articulación que debe existir en la red interna del propio sistema, donde los tres niveles de atención deben definir

claramente los alcances de las intervenciones y seguimiento de las mismas.

A continuación, se presentan algunas sugerencias a tener en cuenta, extraídas del Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el Primer nivel de atención (2009) y de la Guía Práctica para el abordaje de las violencias de género (2019), ambos documentos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires¹²:

- Siempre debe incorporarse alguna dimensión de la temática como problema de salud en todas las consultas, controles de salud y la totalidad de las actividades de promoción y prevención que se realicen.

- Es importante prestar atención en las consultas, controles y actividades comunitarias a los grupos referidos como de mayor vulnerabilidad: mujeres embarazadas, adolescentes (sobre todo en el noviazgo), personas con discapacidad, adultos/as mayores y niñeces.

- Para el abordaje de dichas situaciones todo el personal del Centro debe involucrarse en la capacitación, para poder detectar y recibir las situaciones.

- Los Centros de Salud que posean Servicio de Guardia y Emergencias deben brindar la cobertura de atención necesaria y adecuada en los horarios en los que se suelen producir estas situaciones críticas (por la noche, fines de semana, feriados).

- Es esencial detectar el problema cuanto antes, ya que, por lo general, las personas no conciben el maltrato que recibieron y/o reciben como una forma de perturbación de su salud. Pueden negar su situación por vergüenza, temor o, tal vez, no registren siquiera qué les está sucediendo, ya que suele pensarse que si no hay violencia física no hay perjuicio y, mucho menos, considerar su consulta.

- Ante la detección de una situación de violencia familiar y por razones de género, es necesario saber que la ocasión de la consulta puede ser la única oportunidad de intervenir. Por ello, quien la reciba, debe valorar la situación familiar, social, los recursos económicos y todos los datos que resulten de utilidad a fin de asegurar el posterior seguimiento integral de la situación.

- Es necesario poner en marcha mecanismos comunitarios de protección, como

¹² Cabe aclarar que se seleccionan aquí protocolos y guías de atención de Salud, dado que este trabajo se focaliza en este campo de intervención.

facilitar el acceso a la información sobre recursos locales y dar apoyo con respecto a las decisiones de la persona afectada

Para finalizar, es importante mencionar que el artículo 19 bis de la Ley 12569 plantea: "El Poder Ejecutivo llevará un registro unificado de casos atendidos por los organismos competentes y anualmente elaborará un informe estadístico de acceso público que permita conocer las características de quienes ejercen o padecen violencia y sus modalidades, vínculo entre las partes, tipos de violencia, de medidas adoptadas y sus resultados para el diseño de políticas públicas, investigación, formulación de proyectos y producción de informe en el marco de los compromisos contraídos con Organismos de seguimiento y/o monitoreo de Tratados y/o Convenciones y/o otros instrumentos referidos a la materia." Es imprescindible para la aplicación de dicho artículo, el conocimiento de esas cuestiones y sus especiales características. El Sector Salud elabora estadísticas, informes epidemiológicos, y estudios analíticos que reflejan las situaciones de violencias de género asistidas en las Instituciones Sanitarias, en cumplimiento del artículo 19 bis. En tal sentido, el registro en la Historia Clínica es de fundamental importancia.

Capítulo 3:

Registro de las violencias por razones de género en el Campo de la Salud

Ahora bien, ¿por qué tomar el discurso médico? Porque no es cualquier discurso. La medicina no es meramente el arte de curar; es también meditación sobre la Vida, la Muerte, el Sufrimiento.

Los médicos no sólo hablan de su especialidad sino que permanentemente hablan de la vida, la sociedad, los valores, etc., diciéndonos cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir.

Ana María Fernández.

Acerca de la Historia Clínica

En Argentina existen dos leyes que regulan y protegen los derechos de las personas en tanto titulares de historias clínicas. Estas son la Ley 25.326 de Protección de datos personales y la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.¹³

Si bien en el campo de la salud, donde se inscribe este estudio, se implementan numerosos instrumentos de registro, con múltiples finalidades, el instrumento de registro que centraliza obligatoriamente “toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud” (Ley 26.529), es la historia clínica.

La documentación médica comprendida en lo que comúnmente se denomina ‘historia clínica’ no se encontraba regida por leyes específicas en nuestro país hasta la promulgación de la Ley 26.529 el 19 de noviembre del año 2009, aun cuando pueden señalarse como antecedentes normativos las disposiciones contenidas en el decreto-ley 6216/67, reglamentario de la ley 17.132, del Ejercicio de la Medicina en el ámbito nacional, y la Resolución 454/2008 del Ministerio de Salud de la Nación. Dada la ya aludida existencia de facultades constitucionales concurrentes, las provincias pueden también sancionar normas en la materia, en tanto no restrinjan las previsiones de la ley federal.

La Ley 26.529 consta de cinco capítulos: en el capítulo I se detallan los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, en el capítulo II se alude a la información sanitaria, el capítulo III aborda el consentimiento informado, el capítulo IV se trata de las historias clínicas, y el V refiere a las disposiciones generales.

Entre las funciones de la información asentada en la historia clínica se puede identificar:

- 1) función médica: pues posibilita la reunión de datos y registros necesarios para la evaluación de los tratamientos y criterios a desarrollar frente al paciente por los distintos profesionales que pueden intervenir en su atención;
- 2) función jurídica: pues se trata de un registro de los distintos actos y prácticas desarrolladas por los profesionales médicos y auxiliares de la Medicina en la atención del paciente, que permite satisfacer su derecho constitucional a la

¹³ Modificada en el año 2012, Ley 26.742 y Decreto Reglamentario 1089/12

información y resulta de especial relevancia en caso de evaluarse la posible existencia de mala praxis en la atención, tanto en el ámbito penal como en el civil. Desde tal punto de vista, la historia clínica puede ser considerada tanto un elemento central para la defensa de los profesionales que han actuado conforme los requerimientos de su profesión, como de cargo o prueba, para que la víctima directa o los damnificados indirectos puedan acreditar la inobservancia de las reglas de una buena práctica;

3) función estadística: pues el seguimiento de los datos surgidos de las historias clínicas puede aportar información valiosa para la elaboración de políticas sanitarias, y

4) función académica y científica: pues previo consentimiento del paciente (art. 59,CCyCN), la información en ella contenida puede constituir una valiosa fuente para el estudio y la investigación de determinadas patologías y de la eficacia de determinados tratamientos.

Entre los datos que han de consignarse en forma obligatoria está la fecha de inicio y confección de la historia clínica, datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar, datos del profesional interviniente y su especialidad, registros claros y precisos de los actos realizados por profesionales y auxiliares intervinientes, antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere, y todo acto médico realizado o indicado. Incluye en la historia clínica a todos los documentos que hagan referencia a información de salud del paciente, añadiendo los consentimientos informados, hojas de indicaciones, hojas de enfermería, estudios complementarios, incluyendo las prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas.

Asimismo el artículo 15 del Decreto Reglamentario 1089/12 establece que

En la historia clínica deberán constar fehacientemente, además de lo exigido por la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, el nombre y apellido del paciente, su número de documento nacional de identidad, pasaporte o cédula, su sexo, su edad, su teléfono, dirección y aquellos antecedentes sociales, y/u otros que se consideren importantes para su tratamiento.

En cuanto a las formas de registro, la historia clínica puede ser confeccionada en soporte papel o en soporte magnético. La historia clínica elaborada en soporte papel debe seguir un estricto orden cronológico, sin espacios entre los registros ni enmendaduras no salvadas con la firma del profesional interviniente. La confección de la historia clínica debe sujetarse a los principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad.

- Principio de integridad. La historia clínica es un documento de elaboración progresiva y de carácter complejo, integrado por los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las plantillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas o abandonadas, registradas mediante asientos efectuados con un breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.
- Principio de unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá serle comunicada.
- Principio de inviolabilidad. La historia clínica es inviolable, los establecimientos asistenciales y los profesionales de la Salud, titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de ella.
- Principio de confidencialidad. Estrechamente vinculado con el principio de inviolabilidad, el principio de confidencialidad impone a los centros y profesionales de la Salud adoptar las medidas que pudieran resultar necesarias para evitar que personas no autorizadas accedan al contenido de la historia clínica, al tiempo que impone al personal autorizado el deber de no divulgarlo. Si bien la normativa vigente exige que se obtenga el consentimiento del paciente para que un profesional distinto del que lo trata pueda acceder a la información de su historia clínica, es práctica habitual en los establecimientos sanitarios argentinos que el documento sea consultado por otros médicos del mismo establecimiento que se ocupen del seguimiento o del tratamiento del paciente alcanzados por el deber de confidencialidad (Flah, 431).

Hasta aquí se procuró recuperar las cuestiones normativas que hacen a la protección de datos de usuarios titulares de historias clínicas, como así también los principios a los que la historia clínica debe sujetarse. A continuación, se avanzará en describir las características que fueron adquiriendo los registros en las historias clínicas a lo largo del tiempo, con el fin de identificar qué aspectos de los procesos salud-enfermedad son priorizados para detectar cuándo estamos frente a un *problema de salud* y cómo proceder ante los mismos.

Características de los registros en la Historia Clínica

La historia clínica es un documento esencial para la asistencia en el sistema sanitario, con implicaciones legales y que además desempeña otras funciones: docencia, investigación, epidemiología, etc. Para ello la historia clínica ha de reunir una serie de características en cuanto a contenido informativo, ordenación lógica, normalización documental y legibilidad, que se hallan recogidas en diversas recomendaciones, normas y legislación al respecto, las cuales se han desarrollado en el apartado anterior.

En este capítulo se pretende realizar algunas aproximaciones a los modelos de historias clínicas, con el fin de identificar qué aspectos de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados (Laurell, 1981; Breilh, 2013) se les otorga trascendencia en tanto constituyen *problemas de salud*.

El modelo clásico de Historia Clínica utilizado desde Hipócrates ordenaba los datos cronológicamente, se partía de antecedentes familiares, hábitos, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, la evolución clínica y por último la epicrisis. Los hipocráticos privilegiaban la capacidad del médico para deducir sin la información del paciente.

En la Edad Media surgen las primeras facultades de medicina en Europa, y las contradicciones y debates que acompañarán la formación médica universitaria. Las “historias clínicas” de entonces nos han llegado a través de los consilia (consejos), textos médicos que, tras la descripción de la enfermedad de un paciente, enseñan a identificarla y tratarla. A pesar de referirse a un caso

individual, su intención no es el paciente en particular, sino aconsejar una forma de proceder ante casos similares en el futuro. Agrimi (2011).

En el siglo XVIII, dentro de un contexto de reorganización hospitalaria y del establecimiento de un nuevo estatuto del enfermo, el surgimiento de la medicina moderna va a estar precedido por la indagación en el interior de los cadáveres, lo que hace posible un cambio paradigmático notable, la localización de la lesión patológica en los órganos (Foucault, 1989).

Durante el Siglo XX se han realizado tres recomendaciones básicas que han marcado en forma decisiva el modelo de la historia clínica hospitalaria y de atención primaria actuales:

1. Historia clínica única para cada paciente: los hermanos Mayo, en 1907, en el St. Mary's Hospital (E.E.-U.U.), fueron pioneros en la introducción de una historia clínica única para cada paciente. Esto mejoró la continuidad, pero el necesario archivo centralizado implicaba grandes inversiones en infraestructura, enlenteciendo el acceso a la información.
2. Método estandarizado de registro de datos: en la década de 1920, los hospitales norteamericanos decidieron que, para no omitir datos clínicos básicos, se debía unificar la recolección de información. Se consensuó el conjunto mínimo básico de datos.
3. Historia clínica orientada a los problemas: introducida por el Dr. Lawrence Weed a mediados de la década de 1960. Dentro del modelo biopsicosocial, al trabajar por problemas y registrarlos, necesitamos un instrumento idóneo que nos permita reflejar la realidad con la que interactuamos.

En la década del '60 el Dr. Lawrence Weed introdujo el modelo de Historia Clínica orientada al problema. Así se aborda la atención del paciente a partir de una lista de problemas de salud a resolver y no en base a enfermedades o información médica ordenada cronológicamente. Los profesionales a partir de datos básicos, la historia, exploración y estudios complementarios construyen una lista de problemas tanto médicos, psicológicos o sociales del paciente. De cada problema de salud identificado se produce un plan diagnóstico, un plan terapéutico y la forma de seguimiento del mismo.

Los distintos matices que ha adoptado la historia clínica en general, y los registros en particular, guardan relación con los modos de identificar y

comprender los procesos salud-enfermedad. Qué es un problema de salud y qué no lo es no es una pregunta que pueda analizarse dissociada de otros interrogantes, puesto que en el campo de la Salud, en tanto espacio de disputa y tensiones, convergen diversos discursos y paradigmas acerca de la salud y la enfermedad que definirán qué es y qué no es un problema de salud, de acuerdo a valores, principios y matrices epistemológicas diversas. Qué es sano y qué es patológico es una construcción sociohistórica y, por lo tanto, dinámica y mutable. En sentido amplio, se puede definir como problema de salud a todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del médico o del agente de salud. En una definición más académica, es problema cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta o puede afectar la capacidad funcional del paciente. Un problema es también una situación o estado que no requiere una acción inmediata del médico o del equipo de salud, pero su presencia modifica el manejo de otros; por ejemplo, desempleo, aislamiento, pérdida de la vivienda, etc¹⁴.

A modo de ejemplo se puede reconocer como posibles *problemas*: síntomas, signos, síndromes, factores de riesgo, un trastorno psicológico, o situaciones no patológicas que pueden determinar una acción (por ejemplo un control de salud). Asimismo, se identifican como *no problemas* un término vago (molestia), algo que descartar, o una sospecha o diagnóstico probable.

Las ciencias médicas, en tanto ciencias, se fundamentan en el conocimiento científico. Este se caracteriza por ser sistemático, racional, exacto y verificable. El método científico es un método general, constituido por una serie de etapas necesarias en el desarrollo de toda investigación científica. Es una forma de abordar la realidad y estudiar los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento con el propósito de descubrir su esencia y sus interrelaciones. Todas las ciencias tienen sus métodos y, en tal sentido, el método clínico de las ciencias médicas, es la aplicación particular del método científico. (Hernández Hernández, 2002).

La epistemología de las ciencias humanas ha puesto en cuestión la pureza

¹⁴ Documento elaborado por el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Buenos Aires, año 2006.

ateórica de la noción de “hecho”, cuanto más si se trata de “hechos clínicos”. Desde la perspectiva del empirismo lógico, se polarizan los “hechos observables” y el “sentido”, priorizando los primeros sobre los segundos. En nombre del conocimiento científico, se establece un lenguaje común que uniformiza los datos de los distintos observadores y de los observados, buscando con ello acceder a una “generalización” científica. A pesar de estos postulados, el tratamiento de los datos continúa siendo clásico, empírico, realista, lineal, hipotético-deductivo. (Rovaletti, 2009).

En la medicina, el sujeto deviene positivamente un “enfermo”, en la medida en que presenta un conjunto de síntomas referidos y clasificados en un cuadro nosológico. Interesa más que el paciente con sus síntomas y sus signos cumpla o no los criterios que el glosario indica para una patología: se trata de confirmar ciertas expectativas de manera metódicamente controlada. De este modo, se proyecta sobre los pacientes una “representación” de una determinada perturbación a la cual ellos, con sus sintomatologías, corresponden en mayor o menor grado. A partir de ese momento, los síntomas ya no constituyen un discurso personal, ni expresan esa modalidad original, única y propia de cada individuo de expresar su sufrimiento. La persona enferma desaparece detrás de la “enfermedad”. (Rovaletti, 2009).

En este sentido, recuperando los aportes de Dieguez, M. et al. (2018) el modo en el que se ha generado un lenguaje médico “técnico” para referirnos a los pacientes y sus situaciones clínicas ha llevado a denominar a la cultura médica la “no cultura”, en la medida en que la estandarización en síntomas y síndromes lleva a la pérdida de la singularidad de los sujetos (p. 205). Retomando a Rovaletti (2009) frente a la “verdad factual” propia de la adecuación entre los postulados científicos y los llamados “hechos”, es preciso plantear una “verdad narrativa”, que permita una aproximación al ser humano en la medida en que éste formula su existencia bajo la forma de un relato (p.751).

Es en este punto donde resulta interesante la idea de pensar la historia clínica como género discursivo. En palabras de Bajtín (1976) se entiende por género discursivo a un conjunto de enunciados estables del lenguaje que comparten características determinadas por la cultura, los factores lingüísticos y las instituciones, y que permiten ordenar la comunicación, tanto

escrita como oral.

La propuesta de Bajtín atribuye un rol fundamental al papel del otro, no solamente las personas o grupos a quienes son destinados los enunciados sino también todos los discursos de los otros que, de alguna manera, explícita o implícitamente están presentes en un enunciado particular. En la praxis social, los géneros discursivos implican un conocimiento ya que el hablante los aprende en la interacción con otros, y los selecciona de acuerdo con la situación y los fines que se propone. En este sentido cabe preguntarse entonces ¿qué escribimos en la historia clínica? ¿qué omitimos? ¿Cómo decidimos qué es *relevante* y qué no lo es? ¿Cómo evaluamos qué constituye un “problema de salud”, y qué no?

Miranda-Bastidas (2022) sostiene que

La construcción de la historia clínica es un acto narrativo, tanto en la forma, que involucra los aspectos relativos al lenguaje y la gramática que deben aplicarse; como en el fondo, el hecho de que se trata de un episodio de vida de una persona. El relato de un paciente trasciende la anécdota de los síntomas, involucra sus contextos de vida, generalmente ausentes en una historia clínica tipo; y la anécdota, por otro lado, es apenas un referente sobre la cual el médico suele volcar su capacidad de indagación. Esas son las circunstancias, en las que la historia clínica de un paciente refleja, en realidad, la historia de una enfermedad. (p.3)

Hasta aquí se ha sintetizado este breve recorrido acerca de las características de los registros en las historias clínicas. El modelo biomédico se expresa en esta herramienta clave de los equipos de salud, estableciendo un ordenamiento de información, una jerarquización de *problemas* y *no problemas*, valoraciones de síntomas y signos, etc. en pos de arribar a un diagnóstico.

Las disputas y tensiones que giran en torno a este proceso, de construcción diagnóstica y de registro de las prácticas en salud, suponen la lucha por la legitimación de modos otros de analizar, comprender y significar los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados y registrar los mismos en los instrumentos

propios de este campo de intervención.

En el siguiente apartado se profundizará acerca de los sentidos del registro para el Trabajo Social, reivindicando que nuestra contribución -o parte de ella- radica precisamente en poder interpelar esas prácticas de dominación y de producción de ausencias¹⁵ a través de la escritura en las intervenciones. En palabras de Muñoz Arce (2020) “el acto de poner en palabra, y más aún, en palabra escrita, aquello que el trabajo social produce, es siempre un acto político” (p.7).

Implicancias del registro para el Trabajo Social

*En definitiva el registro,
la escritura de lo social en términos de intervención
se orienta a la necesidad de registrar
porque la palabra es impalpable
se escabulle, requiere de una forma de transcripción
que dé cuenta del proceso de intervención
de esta forma escribimos para otros trabajadores sociales
realizando una transmisión de conocimiento singular
pero tal vez esencialmente escribimos para nosotros mismos
para tener la certeza del acontecimiento
de lo que transcurre en el devenir de nuestras prácticas.*

Alfredo Carballeda

¹⁵ Este aspecto se desarrollará más adelante.

En este apartado se pretende dar cuenta de la relevancia del registro para el trabajo social, recuperando los sentidos que este tiene para nuestros procesos de intervención. Cabe aclarar que, si bien aquí se profundizará respecto al registro es necesario mencionar que, en los procesos de intervención profesional, el trabajo social se vale de múltiples elementos e instrumentos que se interrelacionan en una trama compleja de conocimiento. La escucha, la mirada, el *cuaderno de campo*, la historia social, la palabra, los silencios...nos permiten aproximarnos, conocer, comprender y problematizar los aspectos objetivos y subjetivos de los procesos sociales. Es imposible pensar el ejercicio profesional y la construcción de las estrategias de intervención seleccionando uno de estos elementos o instrumentos sin los otros. En palabras de de Pilar Fuentes (2001)

Para el Trabajo Social, la "intervención" es un rasgo constitutivo de la profesión. Desde nuestra perspectiva, apostamos a la centralidad del sujeto con quien se realiza la intervención profesional; y entendemos este sujeto como una totalidad plena de historia, de deseos, cultura, saberes, de potencialidades. No es una práctica individual, sino un tipo particular de práctica social. La posibilidad de que "el otro" de la práctica sea realmente incorporado en la resolución de sus problemas implica incluirlo desde el inicio del proceso con su perspectiva para la construcción y comprensión del objeto de intervención. ¿Cómo hacerlo sin tomar notas, registrar sus dichos, sus gestos, sus explicaciones?

Por su parte Carballada (1999) recuperando a Foucault, Castel y Donzelot, analiza las formas de escritura en tanto registro de las prácticas en la modernidad, en las cuales el registro adquiere una orientación vinculada al disciplinamiento: registrar en función de cuidar el orden de la sociedad. De este modo, desde mediados del s. XIX el registro ocupaba un lugar relevante en tanto evidencia que surgía de la vigilancia y la inspección.

Con el tiempo empezó a cobrar importancia el contexto, como determinante de

la vida de los sujetos, y como eje central para comprender, explicar, e intervenir socialmente. La historicidad y la necesidad de interpretar lo social adquiere relevancia como aspectos fundamentales para las intervenciones sociales.

Desde un punto de vista operativo, el registro en Trabajo Social alude a las diversas modalidades a través de las cuales se documenta y comunica la actividad profesional. Puede efectuarse a través del lenguaje escrito o por medio de recursos gráficos, imágenes, medios audiovisuales, etc. Todas las expresiones de registros escritos (cuadernos de campo, legajos, anotaciones, folletos, modelos de informes, etc.) forman parte del instrumental técnico-operativo de la profesión, siendo este parte constitutiva de la intervención; en cuanto tal es indispensable para el desenvolvimiento de la acción (Pérez, 2010). Los registros como instrumentos y fuente de conocimiento que expresan las prácticas de conocimiento de la realidad y de los procesos de intervención, contribuyen a la elaboración de un conocimiento situacional de los hechos, fenómenos, situaciones, para intervenir crítica y efectivamente en los procesos. En este sentido, como sostiene Carballeda “el registro no solo registra, sino que construye sujetos de conocimiento” (2018: 60).

Los registros escritos, tan vinculados al “hacer” de la profesión deben estar ligados a la determinación de finalidades en un sentido amplio, como referencias para la acción. En este sentido el instrumental operativo no tiene racionalidad en sí mismo; la dirección política, el interés y las condiciones de realización de la práctica son los elementos que les imprimirán sentido, contenido y validez. Por ello, la escritura en Trabajo Social

Denuncia la intervención profesional, la intencionalidad y perspectiva teórica y operatoria, plasmando el proceso y/o producto de la misma, al propio tiempo que da cuenta de la cotidianidad de los sectores con los que el TS opera (Melano, 1992: 09).

La importancia del registro de las situaciones de violencia

Como se mencionó con anterioridad en este trabajo, las violencias por razones de género son un problema social y de salud pública. El Estado debe dar respuesta a esta problemática a través de políticas públicas que tiendan a restituir y ampliar derechos. Estas políticas sólo pueden ser diseñadas de manera eficaz y eficiente, a partir de contar con información oportuna y de calidad. De allí la importancia del registro de información.

Dentro de este gran repertorio que llamamos “registros”, se puede decir que existe una variabilidad de los mismos, de acuerdo a sus fines: registros de datos, registros administrativos, registros estadísticos, etc.

Los registros administrativos conforman un sistema de recopilación de datos que se generan en forma continua o con una periodicidad establecida, mediante la utilización de determinados instrumentos, como planillas, cuadernillos, formularios, fichas, tarjetas y libros de actas, entre otros. En el caso de los relacionados con los eventos que le suceden a la población, pueden dar a conocer tanto las características del hecho que se registra como los atributos sociodemográficos de la población involucrada.

Habitualmente, la construcción de un registro administrativo no está orientada a fines estadísticos, sino a la función propia que cada organismo le otorga, como la de viabilizar la administración de los programas de gobierno o fiscalizar el cumplimiento de obligaciones legales de la sociedad. A su vez, los datos son elaborados siguiendo la normativa propia de cada institución, de modo que su formato obedece a los objetivos y a las necesidades para los que fueron constituidos. Así, tanto sus contenidos como las metodologías utilizadas para obtener los datos, procesarlos, sistematizarlos y difundirlos difieren de un organismo a otro.

En el caso de la información en salud, ésta se refiere fundamentalmente al impacto de la violencia y a la respuesta del Estado en términos de atención en salud. “Si las estadísticas judiciales y de seguridad refieren a incidencia en materia de violencia, las de salud, en cambio, recogen la frecuencia o prevalencia de la violencia” (CEPAL 2010).

A modo de síntesis se puede decir que los datos sobre violencias por razones de género son necesarios:

- Para contribuir a mejorar el abordaje del problema a través del diseño de políticas públicas adecuadas, que den respuesta a las características y especificidades del problema en función de las necesidades de las mujeres, en toda su diversidad y en sus distintas circunstancias. Se necesitan datos para orientar las políticas y los programas, así como también para monitorear los progresos realizados en el enfrentamiento de la violencia.
- Para poder conocer la verdadera dimensión del problema, incluyendo la “cifra oculta”, es decir, aquel porcentaje de mujeres que atraviesa situaciones de violencia en sus vidas pero que no acuden a instituciones o servicios ni presentan denuncias.
- Para visibilizar el problema, considerando que aquello que no se dice no impacta en la agenda pública.
- Para contrastar mitos e ideas erróneas sobre la violencia contra las mujeres, que impacta no solo en la consideración social del problema sino también en las condiciones para el acceso a la justicia, entendido como instancia para la protección y reparación de los derechos (E.L.A 2020, p.9.)

Dado que los establecimientos de salud cumplen un rol fundamental en la detección y atención de tales situaciones, tienen la oportunidad de registrar esos datos. La información obtenida a partir de un registro estadístico, resulta de utilidad tanto para el establecimiento, como para las instancias de gestión municipales, regionales y provinciales, quienes a partir de la sistematización y análisis de la misma, pueden llevar adelante políticas públicas tendientes a prevenir y erradicar las violencias por razones de género.

Consolidar un sistema de registro permite dar visibilidad a estas situaciones, que muchas veces sólo quedan registradas en historias clínicas, libros de guardia o informes profesionales en relación sólo a las consecuencias que producen estas violencias en la salud, por ejemplo: estados de ansiedad y angustia, traumatismos, quemaduras, golpes, entre muchas otras, sin considerar, que son el resultado de haber atravesado o estar atravesando una situación de violencia. Esta invisibilidad tiene un impacto en la atención, que se torna fragmentada e insuficiente.

Capítulo IV
Aspectos Metodológicos

Supuestos de partida y construcción del problema de investigación

A continuación, se sintetizan en dos enunciados concretos los supuestos de partida que constituyen el problema-objeto de esta investigación.

Recuperando los aportes epistemológicos desarrollados con anterioridad, decimos que las violencias por motivos de género constituyen un problema social, que se configura también como problema de Salud Pública a partir de reconocer el impacto que tiene la violencia en la vida y la salud de mujeres y disidencias y también en el conjunto social.

Reconocer la violencia de género es un asunto que requiere cierta sensibilización, percepción de elementos sutiles que la sustentan, incluso cuando sus expresiones pueden ser simbólicas, psicológicas y en última instancia, físicas. El abordaje de la violencia de género en el contexto hospitalario partió especialmente de sus efectos tales como las lesiones físicas, los traumas emocionales, la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, el desconocimiento de los derechos humanos básicos e incluso la muerte (Valdéz, 2004 como se citó en Manuela Gutiérrez, 2015).

El primer supuesto del que se parte es que la manera de registrar las violencias en el campo de la Salud es a través de su inscripción como *lesiones intencionales por causas externas*¹⁶. De esta manera lo que prevalece es la referencia de traumatismos, golpes, caídas, heridas, fracturas, etc. No obstante, la violencia por razones de género no suele aparecer vinculada a dichas lesiones en las evaluaciones diagnósticas de los equipos de salud. En palabras de Fernández Moreno (2008) la violencia es una de las principales causas de demanda de atención, pero la preparación del personal de salud para atender estos casos ha estado limitada a la resolución de la lesión física y a la superación de la emergencia médica.

Asimismo, como se sostuvo a lo largo de este trabajo, la detección y el registro de las situaciones de violencia son fundamentales para promover las acciones

¹⁶ De acuerdo con las circunstancias y la intencionalidad de los actos, las lesiones se clasifican en dos grupos: lesiones no intencionales y lesiones relacionadas con la violencia (también llamadas lesiones intencionales). Las lesiones no intencionales incluyen todas aquellas relacionadas con incidentes de tráfico y transporte, las ocurridas en los hogares, en el lugar de trabajo, estudio, en espacios públicos, en actividades deportivas, las causadas por desastres naturales y en general las ocurridas en cualquier ámbito siempre y cuando no exista ningún tipo de intencionalidad en su ocurrencia. El segundo grupo incluye las lesiones relacionadas con la violencia interpersonal, colectiva y las autoinfligidas (OMS, 2005).

pertinentes para su abordaje en salud. No obstante, cabe preguntarse ¿cómo se aborda la violencia por razones de género en el campo de la Salud si no la registramos como tal?

El registro de las *lesiones intencionales* encuentra su correlato en el no-registro de la violencia de género. Hay algo que puede y merece ser nombrado y algo que puede prescindir, descartarse. Aquello que no se nombra, no existe; y no existe en tanto no forma parte de una realidad previamente construida y cotidianamente sostenida por discursos, prácticas y mecanismos que se condensan en esto que llamamos *modelo médico*, que determina qué es y qué no es un problema de salud, y cómo debemos tratarlo. En tal sentido, el segundo supuesto de esta investigación es que el no-registro de la violencia por razones de género no sucede de manera azarosa, sino que se produce activamente como no existente (De Sousa Santos, 2006), como una alternativa descartable, invisible a la realidad hegemónica que, en salud, no suele dejar lugar a lo social.

Objetivos

Objetivo General:

- Conocer y problematizar las características del registro de la violencia de género en las historias clínicas del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el período que va del 2017 al 2019.

Objetivos Específicos:

- Indagar acerca de las apreciaciones diagnósticas registradas en las historias clínicas que dan cuenta de las sospechas de violencia por parte del equipo de salud.
- Identificar la existencia de antecedentes de violencia de género en las historias clínicas.

- Describir el motivo de las derivaciones y/o interconsultas al Servicio de articulación institucional para la inclusión social.

Estrategia metodológica

Se llevó a cabo un estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo retrospectivo, utilizando como metodología la Sistematización, entendida como una metodología de investigación cualitativa, no positivista, de larga tradición en Trabajo Social, que se enuncia deudora de los aportes del marxismo y que permite desde el pensamiento crítico latinoamericano generar respuestas contextualizadas a las condiciones de producción y reproducción social de nuestro pueblo (Meschini, P. 2018 :61).

Se eligió esta metodología de investigación ya que propone recuperar las trayectorias propias del ejercicio profesional en el HIGA Alende, y permite “problematizar la propia intervención o aspectos de ella y reflexionar a partir de esa problematización, generar preguntas y construir problemas de conocimiento a partir de problemas de intervención y viceversa”. (Ibídem p. 67). Asimismo, esta metodología permite el uso de distintas técnicas y fuentes de recolección y análisis de datos.

Técnicas de recolección de datos

A los fines de esta investigación se propuso realizar una lectura de las historias clínicas de mujeres en situación de violencia de género atendidas en el Hospital General de Agudos Dr. Oscar E. Alende de Mar del Plata, durante el período 2017 al 2019. Se tomó este período ya que las medidas adoptadas a partir del 2020 en el marco de la emergencia sanitaria reestructuraron la dinámica de atención del Hospital. El abordaje de las situaciones de violencia de género en contexto de pandemia merece un análisis particular, que excede a los fines de este estudio.

Se llevó a cabo una observación y lectura de los cuadernos de registros del Servicio de Derechos Humanos, historias clínicas y bases de datos estadísticos del hospital disponibles en el sistema Hydra¹⁷. A fin de garantizar que la identidad de las personas sea resguardada, se le asignó a cada historia clínica un número para su identificación. La información obtenida fue referenciada a través del número asignado a la HC, asegurando la confidencialidad de los datos personales.

Por otro lado se realizaron entrevistas en profundidad, semiestructuradas a informantes claves. Dado que, como se mencionó anteriormente, esta investigación supone una continuidad de un estudio que lo antecede, los criterios de selección de informantes claves se sustentaron en entrevistas realizadas con anterioridad donde se pudo detectar que ciertos participantes aportaron significativamente a la cuestión que hoy constituye el problema de esta investigación, pero que en el marco de la investigación anterior dichas apreciaciones no fueron profundizadas.

Procedimiento

Se seleccionaron las historias clínicas de mujeres que concurrieron al Hospital y que, a partir de dicha atención, se le dio intervención al Servicio de Articulación Institucional para la Inclusión Social, que es el Servicio que aborda las situaciones de violencia de género. Se consideró pertinente que sea de esta manera ya que si se le dio intervención al Servicio de Derechos Humanos es porque, a priori, se detectó algún aspecto que generó una sospecha de violencia.

El objeto de esta investigación fue abordado a partir de cuatro dimensiones:

1) las apreciaciones diagnósticas que plasmaron las *sospechas de violencia de*

¹⁷ Se trata de un proyecto de historia clínica electrónica desarrollado íntegramente in-house. La plataforma Hydra se compone de una capa asistencial, que es donde se encuentra toda la funcionalidad de atención y seguimiento de pacientes (interconsultas, entregas en farmacia, cirugías entre otras) y una académica destinada a realizar investigaciones. En el HIGA este sistema comenzó a funcionar en el año 2018.

*género*¹⁸ por parte de los profesionales: aquí la finalidad es conocer qué indicadores, síntomas, signos, etc. fueron registrados por los profesionales de en las historias clínicas

2) las categorías conceptuales-analíticas que se registraron en la interconsulta: con la finalidad de identificar, en primer lugar, si ante probables o certeras situaciones de violencia se realizan interconsultas y, por otro lado, qué términos se implementan para referirse a la violencia por motivos de género.

3) lo que los profesionales expresaron al Servicio de Derechos Humanos como *relevante* para solicitar su intervención: en este punto se pretende complementar la información recabada en la dimensión 1, poniendo en diálogo las apreciaciones diagnósticas que surgen de la anamnesis, con la valoración profesional al momento de evaluar pertinente la intervención del servicio de derechos humanos.

4) los antecedentes en la historia clínica antes del episodio a partir del cual se da intervención al Servicio de Derechos Humanos: al respecto interesa identificar si hubo registros en la historia clínica de consultas previas al período 2017-2019.

Teniendo en cuenta la metodología elegida y el objeto de estudio abordado, el criterio de selección para la cantidad de historias clínicas quedó sujeto a la saturación teórica de los casos abordados, cesando cuando la información obtenida de las historias clínicas no aportó datos novedosos respecto a las anteriores.

Se analizaron cuatro cuadernos de registros de los profesionales del Servicio de Derechos Humanos y un total de 30 historias clínicas.

¹⁸ Se opta por denominar “sospecha de violencia” para referirse a las inquietudes por parte de los profesionales, que motivaron a realizar la interconsulta al Servicio de Derechos Humanos considerando, a priori, que la situación planteaba compatibilidad con violencia de género.

Aspectos éticos

Dado que para este estudio se requirió de la lectura de historias clínicas, y estas pertenecen a las pacientes y contienen datos personales y datos sensibles, se contempló la confección de una declaración de confidencialidad por parte de quien realiza el estudio, a fin de explicitar que los datos recabados de dichas historias clínicas serían utilizados con fines académicos, garantizando la protección de datos personales para que ninguna paciente pueda ser identificada. Esto se propuso teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución 1480-11 “Guía para Investigaciones con Seres Humanos” del Ministerio de Salud en el apartado A3 de excepciones al Consentimiento informado P. 8 inciso b) el cual establece la excepcionalidad

“cuando se utilizan datos vinculables pero la obtención del consentimiento es impracticable o muy dificultosa, y la investigación propuesta representa sólo riesgos mínimos. Por ejemplo, un estudio que utilice sólo historias clínicas. En tales casos, el investigador deberá garantizar que protegerá la confidencialidad de los datos, por ejemplo, eliminando toda la información de identificación personal de los registros del estudio después de compilar los datos de salud”.

Asimismo, el protocolo de esta investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Coordinación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) de la UNMDP con fecha del 16 de septiembre del 2021, y presentado ante el Comité de Docencia e Investigación del HIGA, en el cual son sometidas a evaluación la totalidad de las prácticas investigativas desarrolladas en esta institución, como así también al Comité de Bioética del Hospital Interzonal especializado Materno Infantil — Hospital Interzonal General de Agudos, otorgando dictamen favorable con fecha del 10 de agosto del 2021.

Capítulo V: Reconstrucciones analíticas

Resultados y análisis de registros

En este capítulo se presentarán los resultados de las observaciones y lecturas de dos tipos de registros:

- 1) los registros internos del servicio de derechos humanos
- 2) las historias clínicas de las mujeres que recibieron atención por parte del equipo de DD.HH

En función de los objetivos propuestos para este trabajo final, para llevar a cabo el análisis de estos registros se tuvieron en cuenta cuatro dimensiones, a saber:

- 1) las apreciaciones diagnósticas que plasmaron las *sospechas de violencia de género* por parte de los profesionales,
- 2) las categorías conceptuales-analíticas que se registraron en las interconsultas,
- 3) lo que los profesionales expresaron al Servicio de Derechos Humanos como *relevante* para solicitar su intervención, y
- 4) los antecedentes en la historia clínica antes del episodio a partir del cual se da intervención al Servicio de Derechos Humanos.

Durante el período que abarca este estudio (2017-2019), el Servicio de Derechos Humanos del HIGA Alende registra un total de 243 intervenciones cuyo motivo de consulta y/o intervención es señalado en la estadística del hospital como “violencia de género”¹⁹.

De acuerdo a los objetivos de este trabajo y la estrategia metodológica que se adoptó, se procedió en primera instancia a realizar una observación y lectura de los registros facilitados por el Servicio de Derechos Humanos para comenzar el análisis de las cuatro dimensiones contempladas para esta investigación.

Es necesario aclarar que este Servicio además de abordar las situaciones de

¹⁹ Se presenta en este punto un sesgo metodológico puesto que la cuantificación de las intervenciones del Servicio de Derechos Humanos en el período señalado se llevó a cabo complementando la estadística propia del servicio y la estadística que figura en el sistema Hydra, el cual comenzó a implementarse en el Hospital a partir del 2018. En la comparativa estadística, hubo intervenciones que figuraban en la estadística y registros del servicio de DD.HH que no figuraban en la estadística general del Hospital y viceversa.

violencia de género, realiza otras intervenciones en el hospital vinculadas a diversas problemáticas, a saber: violencia familiar, interrupción legal del embarazo, fertilización asistida, violencia institucional, entre otras. Los registros del Servicio fueron cuadernos (cuatro en total), identificados por año en su portada, donde constaban las intervenciones en su totalidad, es decir, la información plasmada en esos registros podría corresponder a una persona que se encontraba en situación de violencia por razones de género, a una persona que consultaba por interrupción de un embarazo, persona en seguimiento por el Servicio (incluso con anterioridad al período indicado para esta investigación), etc.

Por tal motivo, en primer lugar, se realizó una lectura general de los cuadernos facilitados por Derechos Humanos para identificar los registros relativos únicamente a las situaciones de violencia de género; a partir de allí se relevaron los datos pertinentes para solicitar al área de archivo del hospital las historias clínicas.

Antes de comenzar a detallar los análisis de las cuatro dimensiones que constituyen el objeto de esta investigación, resulta oportuno mencionar algunos datos recabados durante el proceso de investigación, que contribuyen a introducirse en las dinámicas de atención del efector de salud donde se sitúa este estudio y, particularmente, del Servicio de Derechos Humanos.

A partir de la lectura de los registros se observa que el primer contacto del Servicio de Derechos Humanos se realiza principalmente en el sector de la Guardia del hospital (53,3%), luego en la internación (23,3 %), y en menor medida (13,3%) de manera ambulatoria.

En el 66,7% de los casos no fue posible precisar cómo se originó la intervención de este Servicio; 26,7% fue a partir de la interconsultas que realizaron otros profesionales del hospital y 6,7% fue por derivación de profesionales de otras instituciones.

Sobre las apreciaciones diagnósticas que plasmaron las sospechas de violencia de género y lo que les profesionales expresaron al Servicio de Derechos Humanos como *relevante* para solicitar su intervención

Como se mencionó con anterioridad en este trabajo, la historia clínica exige el registro de las actuaciones realizadas por los equipos de salud, en tanto esto constituye un derecho fundamental de los pacientes. Asimismo, los marcos normativos en materia de violencia por razones de género -también recuperados con anterioridad- mencionan como prioridad el registro y sistematización de la información vinculada al problema de la violencia, estableciendo la importancia del registro de estas situaciones en las historias clínicas.

En este sentido, la información relativa a las apreciaciones diagnósticas de los profesionales para evaluar una sospecha de violencia de género debería hallarse en la historia clínica, sin embargo, al comenzar el proceso de lectura y observación de dichos registros se identificó como obstáculo para el análisis el hecho de que, del total de historias clínicas analizadas, la mayor parte de ellas no contaba con registros específicos de intervenciones en situaciones de violencia por motivos de género por parte de profesionales, a excepción de los profesionales del Servicio de Derechos Humanos.

A partir de lo anterior surge el siguiente interrogante: si en la mayoría de las historias clínicas no hay registro de la violencia de género, ni de interconsultas al servicio de derechos humanos ¿cómo figuran en las estadísticas y cuadernos del servicio de derechos humanos las treinta mujeres que constituyen la muestra de esta investigación? A modo de hipótesis podría suponerse que: o bien las mujeres concurren a derechos humanos por iniciativa propia o a partir de la *sugerencia* o derivación para que concurra a ese espacio y esta “derivación” no quedó registrada en la historia clínica pero sí fue registrada por el servicio de DD.HH; o bien se utilizó un canal de comunicación oral y no quedó asentado por escrito ni las apreciaciones profesionales ni la interconsulta.

En el mismo sentido, lo que resultó *relevante* para solicitar la intervención del servicio de DD.HH tampoco estaba plasmado en las historias clínicas. En este punto cabe preguntarse si las interconsultas realizadas al servicio de DD.HH, per se, ya suponen una probable situación de violencia, motivo por el cual se solicita

la intervención de este servicio y, por lo tanto, no sería necesario profundizar en relatos, situaciones, elementos, dimensiones, indicadores de violencia, etc. que les profesionales tuvieron en cuenta para arribar a esa *sospecha*.

La prevalente ausencia de registros en las historias clínicas tuvo como correlato la sistematicidad de los registros internos del servicio de Derechos Humanos. A partir de la observación de los cuadernos facilitados, se puede decir que el registro se caracteriza por la implementación de un lenguaje coloquial, sin estructura u organización esquematizada de la información registrada allí. Como elementos redundantes en estos registros aparecen: el registro de los datos personales de las mujeres, una breve descripción de aspectos de la vida cotidiana y de la situación de salud específicamente; en algunos casos figuraban notas al margen donde aparecían los nombres de profesionales, lo cual permite inferir que se trata de la persona que realizó la interconsulta.

A fin de ilustrar con mayor precisión las características y particularidades de los registros, a continuación se recuperan algunos extractos y se continúa el análisis:

Situación 30²⁰:

“D. I. atención en guardia de salud mental por pelea con su pareja. Maltrato. Destrato. Conductas violentas por parte de ambos. Violencia de larga data”.

Registro realizado en el cuaderno de Derechos Humanos. Año 2017.

Situación 24:

“M. M. de 31 años, internada en la habitación XX en el 3° piso sector B. Realizan interconsulta de clínica médica, Dra. S. C. por violencia de género”.

Registro realizado en el cuaderno de Derechos Humanos. Año 2019.

Como se puede ver, en estos registros se escribieron algunos datos personales de las personas que recibieron atención por parte del equipo de DD.HH (nombre, apellido, edad), el sector donde se encontraba internada (si corresponde), el servicio o el nombre del profesional que realiza la interconsulta y, en algunos

²⁰ Se utiliza la numeración de acuerdo al número asignado a cada historia clínica para su anonimización, tal como se explicó en el apartado metodológico de este trabajo.

casos, el motivo. Sobre este último aspecto, se puede observar que desde el Servicio de Derechos Humanos mencionan, explícitamente, la violencia por motivos de género como el motivo de la interconsulta, sin embargo, al contrastar esto con lo registrado en las historias clínicas, se observa algo diferente:

-En la situación 30, la historia clínica presentaba registros de evolución de la paciente por parte de profesionales de Salud Mental, que luego tomaron contacto con el Servicio de Derechos Humanos. En esos registros se menciona la violencia por motivos de género. Como parte de las apreciaciones que realizaron los profesionales, se observa el registro de la cronicidad de la violencia (*“violencia de larga data”*) y el ejercicio de la violencia por parte de la paciente y su pareja (*“conductas violentas por parte de ambos”*), sin embargo en la historia clínica no figura un pedido de interconsulta a Derechos Humanos.

-En la situación 24, los registros en la historia clínica describen el cuadro de salud de la paciente y mencionan que *“se realizará interconsulta a Derechos Humanos”*. Si bien se puede observar que se menciona la violencia de género, esto no se acompaña de una evaluación que permita conocer cómo la profesional arribó a que la paciente sufría violencia.

En otra perspectiva, el registro en la historia clínica de otra paciente expresa:

Situación 17:

“M. S. 44 años. Antecedentes de consumo de alcohol. Refiere edemas en miembros inferiores (piernas y pies)”.

Registro en historia clínica de la paciente. Año 2017.

Las apreciaciones que realizaron los profesionales en las situaciones 24 y 17 que, a priori, implican una sospecha de violencia de género, no fueron registradas en las historias clínicas de las pacientes. En ambos casos se podría afirmar que *algo* del cuadro de salud de esas mujeres, de sus relatos, conductas, sintomatología, etc. llamó su atención como para que se pongan en contacto con el Servicio de Derechos Humanos, no obstante el hecho de que esas apreciaciones no quedaran registradas, al menos no en el único documento de acceso común a los equipos de salud, no permite conocer los aspectos de relevancia para los profesionales al momento de solicitar la intervención de este Servicio.

En aquellas situaciones en donde las mujeres ingresaron al hospital, principalmente al sector de guardia, acompañadas por presencia policial²¹ los registros en la historia clínica mencionan explícitamente la violencia de género (o violencia familiar) como motivo de ingreso, siempre acompañado de síntomas o del daño físico, principalmente:

Situación 9:

“M. G. Motivo de ingreso: golpiza en su domicilio. Acompañada de personal policial (...) golpes de puño, opresión en el cuello (...) denuncia policial en comisaría de Camet”.

Registro en historia clínica de la paciente. Año 2017.

Situación 26:

“G. D. de 29 años. Motivo de ingreso: golpiza. Traída en móvil policial de comisaría por violencia de género en domicilio”.

Registro en historia clínica de la paciente. Año 2019.

Sobre las categorías conceptuales que se registraron en la interconsulta

Como se mencionó oportunamente, lo que prevalece en las historias clínicas es la ausencia de registro de situaciones de violencia por motivos de género y, por ende, del registro de acciones posibles a partir de su detección de las cuales una interconsulta podría constituir una de esas acciones.

A pesar de esto, la búsqueda de categorías conceptuales en las treinta historias clínicas observadas concluyó en la identificación de algunos registros, principalmente de: golpe, golpes de puño, golpiza, opresión en el cuello, heridas, amenazas, edemas, fracturas, lesión, caídas, etc; ya descritos en los fragmentos expuestos anteriormente.

Analizando las historias clínicas, a excepción de la situación n° 24 en ningún caso los registros fueron acompañados de una aclaración del profesional que

²¹ En estos casos, se suman a los registros mencionados con anterioridad un libro específico donde constan registros de ingresos de personas que llegan al hospital traídas en un móvil policial o acompañadas por personal policial. Ese libro no fue incorporado a los análisis de esta investigación.

indicara que se solicitaría la interconsulta al servicio de Derechos Humanos, o a otro servicio.

Analizando los registros del servicio de DD.HH, entre las categorías conceptuales utilizadas para registrar las interconsultas recibidas se pudo observar: violencia, violencia de género, maltrato, destrato, abuso sexual, violencia física, violencia verbal, violencia psicológica, amenazas, golpiza. Sobre esta última categoría, *golpiza*, en varios registros aparecía seguida del sujeto que la había propiciado, identificando principalmente a parejas y ex parejas.

Además del uso de estas categorías, también se pudo observar que en algunas interconsultas se registró el motivo de la misma, o lo que les profesionales solicitaron al equipo de DD.HH:

Situación 19:

“V. G. internada en el 4to piso sector A. Derivada por salud mental por violencia de género”

Registro realizado en el cuaderno de Derechos Humanos. Año 2017.

Situación 20:

“Y. D. atención por guardia. Derivada por el médico para que se le digan sus derechos”.

Registro realizado en el cuaderno de Derechos Humanos. Año 2017.

Situación 23:

“R.G. internada en piso de clínica. Interconsulta de salud mental por abuso sexual intrafamiliar. Se solicita acompañamiento para orientar sobre desarchivo de la causa”.

Registro realizado en el cuaderno de Derechos Humanos. Año 2017.

Como se puede observar, las profesionales del Servicio de DD.HH en todos los casos implementaron la categoría *“violencia de género”* en sus registros, describiendo además los tipos y modalidades de violencia, e identificando a la persona agresora (principalmente parejas o ex parejas).

Para finalizar los análisis de esta tercera dimensión, es pertinente retomar una cuestión mencionada con anterioridad respecto a los cruces que se hicieron

entre ambos registros: historias clínicas y cuadernos del servicio de derechos humanos. Al leer ambas fuentes de registro resulta llamativo que, por un lado, el equipo de derechos humanos registre interconsultas en sus registros propios pero que estas interconsultas no figuren en las historias clínicas y, por otro, que tampoco figuren registros de respuesta a interconsultas por parte de las profesionales de DD.HH. en las historias clínicas.

A modo de síntesis se puede afirmar que la interconsulta, en tanto solicitud de intervención al servicio de derechos humanos, se lleva a cabo mediante alguna herramienta o canal de comunicación que no es la historia clínica. La interconsulta es recibida y, en algunas ocasiones, registrada como tal por el equipo de DD.HH, pero este equipo no siempre registra la respuesta a dichas interconsultas en la historia clínica.

Sobre los antecedentes en la historia clínica antes del episodio a partir del cual se da intervención al Servicio de Derechos Humanos.

En cuanto a consultas previas al período de esta investigación, comprendido entre el 2017 al 2019, solo en dos de las historias clínicas analizadas se observó que había antecedentes de ingresos en guardia y en el servicio de Salud Mental por violencia de género. En ambos casos se realizó una lectura detallada para identificar interconsultas al servicio de derechos humanos u otro servicio, sin hallarse ningún registro al respecto.

En otras historias clínicas se observó que las mujeres registraban ingresos al hospital de varios años atrás²², donde figuraban evoluciones que mencionaban traumatismos, caídas y lesiones.

En consonancia con los análisis que se vienen desarrollando en este trabajo, no resultó posible identificar si la naturaleza de los traumatismos y lesiones detallados en esos registros se relacionaba con situaciones de violencia por razones de género.

Para esta última dimensión analizada, recupero algunos datos obtenidos del

²² En una historia clínica figuraban registros de lesiones que datan del año 2008.

segundo informe estadístico sobre mujeres a partir de 14 años, afectadas por hechos de violencia en las relaciones de pareja, correspondientes a los años 2018, 2019 y Primer Semestre de 2020²³ elaborado por la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. En dicho informe la OVD analizó las denuncias de 16.800 mujeres y a partir de estos análisis surge que el tiempo promedio de maltrato que atraviesa una mujer antes de denunciar a su agresor es de 6 (seis) años.

Observando con mayor precisión los datos de este informe, se detalla que entre aquellas mujeres que ya habían concurrido a realizar una denuncia, el tiempo promedio de vínculo es de 9,6 años y el de maltrato es de 6 años. Entre las afectadas que denunciaron por primera vez a sus parejas / ex parejas en la OVD, 17% relataron haber sido víctimas de maltrato por más de 10 años; 17%, entre 6 y 10; 21%, entre 3 y 5 años y 45%, hasta 2 años. Entre estas últimas, 2.247 manifestaron maltratos por períodos menores a 1 año.

Resulta relevante tener en consideración esta información, ya que a partir de la misma se puede advertir que en el transcurso de la media de tiempo indicado (seis años), las mujeres probablemente transiten por instituciones de salud, lo cual refuerza uno de los principales puntos de partida de este trabajo: las instituciones del campo de la salud se constituyen en espacios privilegiados para la detección de situaciones de violencia por motivos de género.

²³ Aunque no en su totalidad, parcialmente el informe de la OVD coincide con el período de este trabajo.

Análisis de entrevistas

Las entrevistas realizadas se desarrollaron a partir de una serie de preguntas abiertas y diferenciadas, según se tratara de profesionales del servicio de Derechos Humanos o de otro servicio.

Se retomaron las cuatro dimensiones analíticas consideradas para este trabajo, poniendo el acento sobre dos aspectos que requerían profundizarse: 1) los registros escritos en las historias clínicas sobre las violencias por motivos de género y 2) las interconsultas por violencias.

Resulta oportuno recordar, como se mencionó al inicio, este trabajo es una continuidad de una investigación previa en la cual también se llevaron a cabo entrevistas con diversos trabajadores del hospital, que posibilitaron tener una aproximación al problema que constituye el objeto de esta investigación. Por tal motivo, no se consideró relevante para este trabajo la cantidad de personas a entrevistar, sino que se priorizó realizar entrevistas en profundidad a quienes se constituyen como informantes clave, por los lugares que ocupan en la institución, como así también, por los datos aportados en el marco de la investigación previa.

Acerca de los instrumentos de registro

Antes de comenzar a indagar sobre el registro de las situaciones de violencia por motivos de género, en primera instancia se buscó conocer cuestiones generales de los instrumentos que se utilizan en el hospital para dejar asentadas las intervenciones. En este sentido, a ambas entrevistadas se les preguntó qué instrumentos de registro utilizan en sus intervenciones y qué aspectos/dimensiones contemplan esos instrumentos: si se trata de herramientas estandarizadas o flexibles, de creación propia o basados en instrumentos de otras instituciones/entidades, qué características presentan estos instrumentos en cuanto a estructura, organización de la información, etc. Al respecto, las dos entrevistadas manifestaron que el principal instrumento que utilizan para registrar las intervenciones es la historia clínica. La referente del servicio de derechos humanos agregó que también utilizan herramientas propias del servicio para registrar, y que actualmente²⁴ están:

tratando de poner en marcha un instrumento más completo que se llama de *evaluación del riesgo* pero la idea es que tenga información más amplia de la situación integral de la persona que sufre violencia de género. Se tienen en cuenta datos sobre el agresor, que eso no se suele poner en las evoluciones de la historia clínica (...) si posee armas por ejemplo; algo más sobre la historia de la persona, si hubo antecedentes de violencia de género con otras parejas; y también cuestiones sobre la propia percepción de ellas respecto a la violencia...y esto también va marcando el riesgo. Este sería un instrumento más completo para luego poner en la historia (clínica) (...) sigue siendo el punto más difícil (...) el del registro en la historia clínica”.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Al indagar acerca del ordenamiento de la información en los registros, desde DD.HH refirieron que la estructura de este instrumento creado recientemente

²⁴ Estas entrevistas fueron realizadas entre los años 2022 y 2023. La mención del instrumento de registro en el que están trabajando las profesionales de DD.HH es posterior al período de esta investigación.

posee: los datos de la persona que consulta, los tipos y modalidades de la violencia que padece, la presencia o no de denuncias o medidas cautelares, redes de apoyo, entre otros aspectos. Cabe destacar que la entrevistada refiere que este instrumento no es estandarizado, sino de creación propia y flexible en cuanto a los aspectos a indagar, de acuerdo a cada persona y situación.

Por su parte, la médica entrevistada diferencia dos tipos de registros, según los espacios de atención: ambulatoria o internación.

En internación se usa la historia clínica y en consultorios externos tenemos una planilla específica de consultorio, esa es armada por nosotrxs con los datos que nos parecen relevantes que tenemos que preguntar.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

En relación a la estandarización o flexibilidad de los instrumentos de registro, la entrevistada retomó la distinción realizada en un primer momento para caracterizar los instrumentos utilizados tanto en internación como en consultorios externos:

El instrumento que se usa en consultorio externo se va actualizando. Está basado en un modelo de historia clínica que se propone en recomendaciones a nivel nacional e internacional, que se llama S.O.A.P. La S es lo subjetivo, lo que la persona te cuenta de por qué viene a la consulta, la O es lo objetivo, lo que vos ves al momento del examen físico... si la ves tranquila, alterada, angustiada, etc., la A es análisis donde ponemos lo que llamamos impresión diagnóstica, es decir, lo que sospechamos que la persona tiene, y la P es de Plan, donde se indica las estrategias a implementar con esa persona.

En cuanto al formato que se utiliza en la internación, hay un encabezado donde dice los datos personales de la persona, fecha, hora, la cantidad de días que hace que está internada, la edad, los antecedentes que tiene, el motivo por el cual está internada, cómo vemos a la persona, objetivamente hablando, y el plan de acción: intervenciones, interconsultas, etc.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Luego de indagar sobre las características de estos instrumentos, se le solicitó a la médica si podía profundizar acerca de los aspectos del proceso salud-

enfermedad-atención-cuidados que le resultaban registrar en el marco de sus intervenciones. Una vez más la entrevistada responde diferenciando la atención ambulatoria por consultorios externos, y la atención en internación:

En internación siempre lo que se busca es solucionar el problema de la persona por el cual está internada. A veces surgen algunas cuestiones relevantes como por ejemplo la parte social, la parte psicológica...pero en lo que más se basa (la atención) es en lo biologicista: la enfermedad que lo trajo y solucionar eso. Después se hace un abordaje más completo en forma ambulatoria. Siempre está esta cuestión de liberar la cama, así funciona.

En cambio, en consultorio externo quizás sí nos detenemos más sobre todas las cuestiones de salud de la persona, entendiendo a la salud según el concepto de la OMS como el completo estado de bienestar, en todas las esferas de la vida de la persona, no solo la ausencia de enfermedad. Entonces ahí si profundizamos en las cuestiones sociales, si estudia o no, si trabaja o no, cuáles son sus redes vinculares y afectivas.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Hasta acá, de acuerdo a lo expresado por las entrevistadas se puede afirmar que, si bien la historia clínica es el principal instrumento de registro de la actuación profesional, este convive con otros instrumentos, de creación y utilización personal de cada profesional. Resulta oportuno señalar que este aspecto ya había sido relevado en la investigación del año 2019 en la cual el 92,9% de los participantes de la misma respondieron que “siempre”, “casi siempre” y “algunas veces” registra las situaciones de violencia de género en la historia clínica, un 53,6% lo hace en un registro propio de su servicio, un 10,7% registra en el sistema intranet Hydra y un 3,6% menciona que usa el libro de consultas de guardia (Brull, 2021).

Por otro lado, además de reafirmar el uso simultáneo de múltiples registros, también surge en el marco de estas entrevistas valiosos aportes que permiten profundizar las características de los mismos. En este sentido, resulta significativo que exista un modelo de registro que contemple aspectos *objetivos* y *subjetivos* de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados, de acuerdo a

lo señalado por la médica clínica al referirse al “S-O-A-P”. Si bien no es objeto de estudio para esta sistematización el análisis de este modelo de registro, cabe preguntarse qué lugar ocupan esos elementos subjetivos al momento de la anamnesis para la construcción del *diagnóstico* de las pacientes, y de la detección de situaciones de violencia de género, particularmente.

Habiendo indagado sobre cuestiones generales de los registros utilizados para asentar las intervenciones en el hospital, se avanzó acerca de los registros de las violencias en particular.

En tal sentido, la profesional del servicio de Derechos Humanos había señalado oportunamente que el registro en las historias clínicas es una debilidad hacia el interior del servicio; aspecto este sobre el cual continúan trabajando para mejorar. Asimismo, se le preguntó a la referente de derechos humanos si tenía conocimiento de que otros profesionales registren la violencia por motivos de género en las historias clínicas. Al respecto la entrevistada identifica avances y retrocesos de acuerdo a los momentos institucionales, y afirma que “sigue costando (las interconsultas y el registro), son momentos del hospital (...) ahora en particular está estallado y cuentan mucho más las derivaciones, mucho más las interconsultas y el registro”.

Además de los momentos institucionales, la entrevistada también menciona otras cuestiones que considera relevantes como aspectos que obstaculizan el registro y al respecto señala que:

no es lo mismo que haga una entrevista un residente de primer año que alguien que tiene otro recorrido institucional; no suelen poner violencia de género (...) una vez ingresó una mujer con una situación compleja de violencia y le pusieron como motivo de ingreso *historia de vida* (...) una descompensación diabética también podría ser parte de la historia de vida. Para mí en esa oportunidad se trató de algo muy cargado de prejuicios, porque la señora también presentaba antecedentes de consumo, entonces era más fácil encuadrarlo ahí.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Antes de avanzar resulta pertinente recuperar nuevamente algunos datos relativos a la investigación del año 2021, en donde se evidenció que casi la mitad de las personas encuestadas (42,4%) no recibieron capacitación sobre la

problemática de violencia de género, y del total de personas encuestadas 48,5% refirió no haber recibido una capacitación sobre esta problemática en el hospital. Un aspecto a considerar es que del 36,4% de participantes que respondieron que sí tuvieron alguna capacitación en el HIGA Alende, 11% eran residentes (Brull, 2021).

Si bien la trayectoria en la institución puede facilitar los conocimientos en cuanto a cómo realizar determinados procedimientos (interconsultas, registros, presentación de un paciente, etc.) los datos recabados en el marco de esta sistematización indican que los obstáculos para el registro de las violencias por razones de género en el hospital guardan relación con una multiplicidad de aspectos de los cuales ser residente o ser becario, profesional de planta interina o planta permanente no sería una dimensión determinante como obstaculizador. Retomando con las entrevistas, ahora aludiendo a la que se mantuvo con la profesional de medicina, en primer lugar se le consultó si había intervenido en situaciones de violencia por motivos de género. Al ser su respuesta afirmativa, se avanzó para conocer cómo había procedido en esas situaciones, qué obstáculos detectaba al momento de intervenir y si asentó en la historia clínica las intervenciones correspondientes. Al respecto la médica señaló:

Si, varias veces (en alusión a sus intervenciones en situaciones de violencia de género). En general fue en la guardia. El principal problema es la complejidad para la atención de pacientes víctimas de violencia de género, porque suelen ser situaciones que requieren de muchas intervenciones, por esa misma complejidad, y en la guardia muchas veces se las expulsa. Porque en la guardia las intervenciones son por emergencias o urgencias, los tiempos (para trabajar) son muy cortos, e incluso si a veces hay criterios de internación, clínica o social como se les dice, a veces se pasa por alto. Yo nunca pude hacer eso y siempre trate de garantizar la internación si era necesario. Me acuerdo de tres situaciones puntuales, que me generaron peleas con el servicio porque cuestionaron las internaciones creyendo que no había criterios para hacerlo. Física y biológicamente hablando no, no los había; las lesiones que presentaban no requerían de internación para ser tratadas, si pensamos en criterios clínicos estrictos...pero si entendemos el concepto de salud no solo como la ausencia de enfermedad y tenemos en cuenta otros aspectos, eran personas que quizás no podían volver al lugar donde vivían, porque estaban sus parejas o ex parejas, que habían ejercido la violencia de género, entonces eran intervenciones que no implicaban más que la ocupación de una cama 24 hs. Al otro día se hacían las evaluaciones, se podía orientar mejor en lo que necesitaran, recibir el

acompañamiento de Derechos Humanos, etc. (...) Pero bueno, es algo que cuesta mucho porque no se la considera (la violencia de género), biológicamente, un problema de salud.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Respecto al registro escrito en la historia clínica expresó que:

Si, en la historia clínica puse la verdad. Puse violencia de género y el relato tal cual lo contaba la paciente, en la medida de lo que la paciente quería contar, sin revictimizar. A veces no hay deseo de contar y lo que se escribe es *según lo relatado por familiares sufrió violencia de género, golpiza por parte de (...)* y lo que se puede evidenciar objetivo... muchas veces no tienes nada objetivo, porque nadie te lo cuenta y simplemente se pone, si tienes la sospecha y no la confirmación de que es violencia de género: *sospecha de violencia de género*, como para dejar abierta la pregunta para seguir profundizando (...) Pero si, siempre puse violencia de género, y trate de ser exhaustiva con la descripción de lo que estaba viendo, como por ejemplo las lesiones que tenía, por si eso se necesitaba con algún fin legal.

Y agrega:

Nosotros tenemos una estructura, que es la que te enseñan en la residencia, que es que cuando la persona no puede o no quiere contar lo que le pasa, por el motivo que sea, lo que tienes que hacer es interrogar al familiar, amigo o referente que esté acompañando. Particularmente en situaciones de violencia de género no hay ningún protocolo. Nadie me dijo nunca si se puede escribir o no *violencia de género* en la historia clínica, no se si hay un código...yo hacía lo que a mi me parecía.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

A partir de lo señalado por la profesional de medicina en relación a los registros escritos en las historias clínicas se observa, en primer lugar, la reflexión permanente acerca de las prácticas en salud signadas por el modelo médico hegemónico. Los “*otros aspectos*” a los que la entrevistada alude permanentemente al detectar una situación de violencia de género, se construyen en oposición (y muchas veces en exclusión) a *unos* aspectos, que

son los prevalentes, los incuestionables: los biológicos. La salud y la enfermedad tensionan entre lo biológico y lo social. Y en ese espacio de tensiones es donde se disputan saberes y sentidos: ¿qué lugar ocupa lo social en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados?, ¿es la violencia de género un problema de salud? ¿cuándo lo es? ¿para quiénes?

Las violencias que se inscriben en los cuerpos de esas mujeres que transitan el hospital y concurren a él por diversos padecimientos de salud, no siempre son visibles, objetiva y empíricamente; pero sí son accesibles, en tanto construyamos las condiciones de posibilidad para su visibilización.

En este camino, de construcción de posibilidades, resulta sumamente significativa la apreciación por parte de la entrevistada respecto al uso de la categoría “sospecha de violencia”, por dos cuestiones que se considera oportuno precisar: en primer lugar, porque habilita la posibilidad de nombrar y dar lugar a las intervenciones necesarias para abordar la violencia de género, incluso cuando no hay elementos “objetivos” para su detección y, en continuidad a este aspecto, porque la idea de *sospecha* recupera la potencia de lo no dicho o lo no observado explícitamente, y reafirma que las apreciaciones diagnósticas no siempre se configuran en función de esos elementos objetivamente (biológicamente) observables.

Cuando la entrevistada dice “en la historia clínica puse *la verdad*”, esa verdad está mediada por sus interpretaciones sobre un conjunto de elementos de los cuales muy pocos de ellos podrían haberse percibido en la consulta a partir de síntomas o signos observables. Con esto no se pretende minimizar la importancia de *lo empírico* y la sintomatología de los procesos salud-enfermedad, tanto para diagnosticar como para tratar los padecimientos; se trata más bien de volver sobre este eje vertebrador que supone entender la salud como un proceso social, y a la violencia de género como un problema social que afecta la salud de las mujeres expresándose de múltiples maneras de las cuales una *lesión* es solo una de ellas, y no siempre está presente.

Acerca de las interconsultas

Para comenzar se le preguntó a la referente de derechos humanos cómo llegan las interconsultas al servicio. Al respecto la entrevistada refirió que las mismas llegan por el sistema Hydra (desde el año 2018), por la guardia a través del SAE²⁵ (Servicio de admisión y atención de emergencias), o por whatsapp. Al respecto la entrevistada refiere:

A veces nos avisan de manera un tanto informal, y otras lo hacen de manera institucional, como corresponde. También pasa mucho que algún profesional le menciona algo a alguien de planta que tiene nuestro contacto y le dicen: bueno te paso el contacto de... y me escriben.

Y agrega:

Ginecología es un servicio que generalmente hace las interconsultas correctamente, por contacto de whatsapp y por el hydra (...) y también lo dejan escrito en la historia.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Del relato de la entrevistada también se identifican algunas dificultades en la comunicación entre los profesionales al momento de hacer las interconsultas:

Nos ha pasado de hacer entrevistas en la guardia, ir a leer la historia (clínica) y encontrar algunas hojas más atrás que escribieron “se realizará interconsulta a derechos humanos”, pero no nos avisan.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Esta observación es de gran importancia para poner en discusión los mecanismos necesarios para efectivizar la interconsulta, sobre todo si se retoma

²⁵ En el transcurso de la entrevista se aclara que este servicio no realiza interconsultas, sino que notifica al servicio de Derechos Humanos el ingreso de pacientes que llegan con acompañamiento policial.

esta cuestión señalada por ambas entrevistadas respecto a la modalidad de atención en internación y en la guardia, con las complejidades que ello supone en cuanto a los tiempos de las intervenciones.

Por otro lado, también es importante señalar que el acto de dejar asentada la interconsulta en la historia clínica no supone, necesariamente, que ese pedido llegue al servicio de Derechos Humanos. De hecho cabe preguntarse cómo sería esto posible, si no se acompaña el pedido de interconsulta escrito con un llamado telefónico, una interconsulta por sistema (que implica otros modos de notificación a los servicios) u otra vía de comunicación que garantice que la interconsulta llegue debidamente.

Otra cuestión abordada en la entrevista con la referente de derechos humanos tuvo que ver con los *motivos* de las interconsultas. En este sentido, la entrevistada diferenció entre “lo que se dice y lo que se escribe”, señalando -en continuidad a lo que ya había mencionado anteriormente- que verbalmente se menciona la “violencia de género”, no así en los registros escritos:

cuando hacen las interconsultas hablan de violencia de género, muy acotado en términos de conocimiento (...) toman palabras que son confusas y que no siempre están bien implementadas.

Sí noto que hablan de violencia de género y no tanto de violencia “de pareja”. Pero no escriben violencia de género... escriben “conflicto con la pareja” o “refiere que el marido es violento” pero no ponen violencia de género como motivo de ingreso. Una vez nos llamaron por una situación de trata. Se comunica primero la trabajadora social: situación de trata, se comunican de ginecología: situación de trata, voy al consultorio y me dicen ¿viste a la paciente en situación de trata?, viene una residente de terapia intensiva a ver si habíamos visto a la paciente en situación de trata (...) agarramos la historia (clínica) para empezar a intervenir y cuando empezamos a leer vemos que una sola vez decía: violencia de género/conflicto con su pareja. Todo eso tiene que ver con desconocimiento, compromiso profesional y estereotipos de género.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Para continuar indagando sobre este aspecto, se le preguntó a la entrevistada - a modo de opinión- por qué creía que sucedía esto, a lo cual señaló:

(...) por desconocimiento y falta de compromiso. No se llega a dimensionar que es parte de la atención también (en alusión a la atención de situaciones de violencia de género en salud). Estamos en un momento de mucho avance social que no llega todavía a las instituciones. La Ley Micaela es algo super importante, que venimos peleando para que se garantice acá y eso para mí va a generar otros posicionamientos y un cambio...no porque la capacitación implique, en sí mismo, un cambio de actuación...eso lleva otros procesos, pero es el primer paso para iniciar esos procesos justamente.

(...) vos podés poner “refiere violencia de género”, como una cuestión descriptiva. Nosotros no tenemos que comprobar la violencia...pero todavía hay desconocimiento y piensan que si lo escriben tienen que denunciar (...) y hemos aclarado que, primero, no siempre es así porque la denuncia también es un proceso, pero incluso si fuera necesario denunciar, si nos derivaran las situaciones de violencia lo haríamos nosotrxs, y acompañaríamos desde nuestro servicio (...) tenemos interconsultas, pero sigue siendo un punto super complejo. Tiene que ver con quién recibe a la persona.

Entrevista a referente del Servicio de Derechos Humanos del HIGA.
Año 2023.

Además de lo que surge en el marco de esta entrevista, también es oportuno recuperar datos obtenidos de la investigación realizada en el 2019, que puede arrojar luz sobre estas dificultades en cuanto al registro de la violencia. Entre los aspectos que obstaculizan o impiden el registro, 46,7% de las personas que participaron de la encuesta en dicha investigación expresaron que las historias clínicas no son accesibles, 40% indica que desconoce cómo registrar la violencia de género, un 26,7% lo adjudica a la falta de tiempo y un 13,3% manifiesta que para registrar la violencia de género primero debería haber una denuncia. Asimismo, quienes respondieron que “pocas veces” o “nunca” registran las situaciones de violencia de género expresaron como motivos principales que “no saben la manera correcta de hacerlo”, que “esperan que lo aborde el servicio social”, que no registran porque “no lo tienen protocolizado” o “no corresponde a su función en la institución” (Brull, 2021). Como se puede observar, el desconocimiento respecto a qué y cómo registrar es un aspecto fundamental que nos permite comprender las dificultades en el registro, pero no es el único. Continuando con el análisis de las entrevistas, pasando ahora a lo expresado

por la profesional de medicina, en primera instancia se le consultó a qué equipo realizó interconsultas por situaciones de violencia de género y cómo las realizó. En este sentido la entrevistada expresó que las interconsultas fueron realizadas al servicio de derechos humanos, de manera telefónica:

tengo el teléfono de las referentes de ese espacio. Mando whatsapp o he llamado cuando la situación fue muy compleja, para que me orienten en la primera intervención (...) y lo deje asentado en la historia clínica.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Por otro lado también interesaba saber lo sucedido con posterioridad a la interconsulta realizada, específicamente, si hubo diálogo entre profesionales para acordar intervenciones. Al respecto la médica señaló que

En las situaciones que recuerdo siempre concurrieron las profesionales de derechos humanos y hablamos previo a que realizaran sus entrevistas. Me preguntaban qué había evaluado yo, y después de sus entrevistas volvíamos a hablar para establecer en conjunto un plan de acción para el alta.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Otra cuestión que se pretendía conocer fueron los aspectos que se tuvieron en cuenta para sospechar que una persona podría sufrir violencia de género, principalmente en aquellas situaciones donde no surge del relato de la persona en cuestión, ni de ningún referente de apoyo. Nuevamente realizando la distinción internación/consultorio externo, la entrevistada refiere:

en internación es más fácil darse cuenta que fue víctima de violencia de género porque está la evidencia ahí: un golpe, una lesión, etc. pero en consultorio externo hay algo muy común que se llama *motivo de consulta oculto*, que es cuando la persona viene con síntomas que no cierran, o síntomas muy sentidos, crónicos, o dolores que no encuentras una justificación orgánica, por ejemplo dolores de cabeza o el dolor abdominal persistente, que se hacen estudios y no encuentras nada (...) estás habilitada a pensar que puede tratarse de una

situación de violencia o de abuso.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

A propósito de esto que la entrevistada nombra como “motivo de consulta oculto”, resulta interesante la apreciación que realiza al decir que

A veces no se considera que la persona puede estar atravesando una situación de violencia, pero sí piensan (en referencia a otros profesionales) que necesita una interconsulta con psicología, y por ahí terminan abriendo ahí lo que les pasa (en alusión a la violencia).

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

Finalmente, a modo de cierre de esta entrevista, la última pregunta se orientó a que la entrevistada pudiera compartir si, en su trayectoria laboral en el hospital, había observado registros en historias clínicas donde se mencionara la violencia por razones de género como tal. A continuación se transcribe esa parte de la entrevista:

Entrevistadora: ¿Durante tu trabajo en el hospital leíste historias clínicas (que no hayan sido escritas por vos, obviamente) en donde figuraba una evolución, una interconsulta, algo que referenciaba la violencia de género?

Entrevistada: No.

Entrevistadora: ¿Observaste la mención de lesiones o traumatismos?

Entrevistada: No. Con un análisis o apreciación diagnóstica que vincule esas lesiones con violencia de género, no.

Entrevistadora: ¿Por qué piensas que se escriben síntomas, traumatismo o lesiones pero no *violencia de género*?

Entrevistada: No lo sé...nunca en la residencia tuve una clase donde habláramos de qué hacer o qué escribir cuando intervenimos con una persona que sufre violencia de género (...) creo que es parte del desconocimiento, de la ignorancia de no saber cómo dejarlo registrado...y también gran parte de nuestra formación médica es hegemónica y, partiendo de esa formación que tenemos, no me sorprende que en la historia clínica se escriba impresión diagnóstica:

traumatismo (...) porque a los fines del modelo médico hegemónico, es un traumatismo...y no se especifican los motivos. Entonces creo que ahí hay una falla importante, y siempre cuestiono en la resi que no tenemos formación en género, en diversidad, en violencia, en abuso...no sabemos qué hacer o a quién llamar (...) yo lo aprendí porque es algo que me interpela, pero no porque alguien me lo enseñó en mi formación. Recién en el 4to año de la residencia pude armar y dar una clase sobre violencia de género y la pude dar después de muchas idas y vueltas, porque me decían que no era un tema tan importante (...) ese es el lugar que ocupa la violencia de género.

Entrevista a médica del HIGA. Año 2023.

A modo de síntesis

En este capítulo se han desarrollado las reflexiones y problematizaciones que se construyeron a partir de los análisis de los registros observados y de las entrevistas realizadas a informantes claves.

De estos análisis surge que en el hospital coexisten múltiples instrumentos y formas de registro, como así también, distintas modalidades y vías de comunicación para realizar interconsultas.

Los instrumentos de registro implementados por los profesionales poseen características comunes, como por ejemplo: suelen compartir una estructura de organización de la información que propone la toma de datos personales, y luego el desarrollo de diversos aspectos orientados a conocer el cuadro de salud de la persona internada/consultante. Por supuesto, también contemplan singularidades, de acuerdo a lo que cada profesional -conforme a sus incumbencias disciplinares- se propone conocer y registrar.

Al comenzar la aproximación a los registros seleccionados, principalmente las historias clínicas (registro de rigor en el sistema sanitario), las primeras lecturas empezaron a evidenciar lo que, a priori, era una sospecha y que acabó confirmándose inmediatamente: en las historias clínicas no se hallaba menciones sobre violencia por razones de género. Estos registros indican sintomatologías, haciendo uso de categorías como: golpes, edemas, fracturas, lesiones, traumatismos, caídas, etc. Lo que prevalece, entonces, es la descripción del cuadro de salud sin una apreciación o evaluación profesional que vincule ese cuadro de salud con una posible situación de violencia por razones de género.

Ahora bien, a pesar de no encontrar registros escritos de las violencias, o sospechas de ellas, la realidad indica que durante la consulta o la internación de las pacientes, hubo elementos o indicadores que hicieron que los profesionales intervinientes realizaran interconsultas al servicio de Derechos Humanos. A partir de este punto se desprende que, evidentemente, se realizan interconsultas a este servicio, por situaciones de violencia de género, pero en las historia clínicas no se deja registrada ni la violencia, ni las interconsultas.

Producción de ausencias

Al comienzo de este trabajo se definió, como un supuesto de partida, que la violencia por razones de género es un problema social, que se configura como problema de salud pública. En base a qué conocimientos se define y se le da respuesta a este problema en el campo de salud ha sido -y continúa siendo- objeto de disputas, tanto epistémicas y discursivas, como prácticas.

La naturaleza del conocimiento imperante en el campo de la salud nos remite al pensamiento moderno, occidental, positivista, que en palabras de Boaventura de Sousa Santos (2010), es un pensamiento abismal

este consiste en un sistema de distinciones visibles e invisibles, las invisibles constituyen el fundamento de las visibles. Las distinciones invisibles son establecidas a través de líneas radicales que dividen la realidad social en dos universos, el universo de este lado de la línea y el universo del otro lado de la línea. La división es tal que el otro lado de la línea desaparece como realidad, se convierte en no existente y de hecho es producido como no existente (p.p. 11-12).

El conocimiento científico biomédico se erigió hegemónico en sus formas de pensar, saber y percibir la salud y la enfermedad, marcando las teorías, los métodos y procedimientos para determinar cómo diagnosticar, tratar y curar. En palabras de Breilh (2013) el modelo biomédico fragmenta la salud, convierte el conocimiento en un mero proceso de hechos reflejados por sujetos y asume el causalismo como lógica absoluta que explica todo en nuestro campo de intervención.

En esta misma línea, es interesante recuperar los aportes de Arriagada (2020), quien sostiene que

la diada poder-saber en el campo de la salud, como espacio de poder se constituye y articula sobre la base del conocimiento científico como fuente absoluta de verdad, mediante un discurso epistémico hegemónico que opera

como estructura de poder institucionalizado (reglas políticas), y constituye una dialéctica que justifica y permite mantener y reproducir ese ejercicio del poder. Se enfrentan los que tienen con los que no tienen el conocimiento y, en consecuencia, los poseedores contra los no poseedores de la verdad (p. 5).

Para pensar y problematizar los entrecruzamientos entre el paradigma biomédico y los mecanismos de producción, reproducción y legitimación de ese único saber-poder que ejerce sobre los cuerpos, se retoman aquí los aportes que propone De Sousa Santos (2006) en cuanto a que aquello que no “existe” en nuestra sociedad es *producido activamente* para que no exista. Para explicar cómo se produce activamente lo inexistente el autor propone utilizar una Sociología de las Ausencias:

la Sociología de las Ausencias es un procedimiento transgresivo, una sociología insurgente para intentar mostrar que lo que no existe es producido activamente como no existente, como una alternativa no creíble, como una alternativa descartable, invisible a la realidad hegemónica del mundo. (p.23).

La Sociología de las Ausencias propuesta por este sociólogo desmantela los mecanismos desplegados por la racionalidad occidental en función de la reproducción de la realidad hegemónica del mundo, la cual se encarga de producir activamente como no existente, descartable, no creíble, a todas las formas de entender y habitar el mundo que se le presentan como diferentes, por medio de distintos modos de producción de ausencias.

Boaventura (2006) identifica cinco modos de producción de ausencias en nuestra racionalidad occidental, que impregnan las ciencias sociales: 1) la monocultura del saber y del rigor, que cree que el único saber es el saber científico y provoca lo que el autor denomina *epistemicidio*; 2) la monocultura del tiempo lineal, que entiende la historia como un camino con una única dirección hacia adelante, donde se ubica “lo avanzado”, “desarrollado”, y detrás lo residual; 3) la monocultura de la naturalización de las diferencias que ocultan jerarquías,

que justifica las desigualdades a partir de clasificaciones naturales, sin cuestionar las jerarquías por razones de raza, etnia, clase, género; 4) la monocultura de la escala dominante donde lo universal/global es hegemónico y lo local carece de validez; 5) la monocultura del productivismo capitalista, que define la realidad humana por el criterio del crecimiento económico, que se aplica al trabajo humano, pero también a la naturaleza, convertida en objeto de explotación y depredación; todo lo que no es productivo es improductivo.

Estas cinco monoculturas provocan cinco formas sociales principales de no-existencias: lo no creíble, lo ignorante, lo residual, lo local y lo improductivo. Todo lo que tiene esta designación no es una alternativa creíble a las prácticas científicas, avanzadas, superiores, globales, universales, productivas.

Para invertir esta situación –a través de la Sociología de las Ausencias– Boaventura plantea que hay que hacer que lo que está ausente esté presente, que las experiencias que ya existen, pero son invisibles o no creíbles estén disponibles; o sea, transformar los objetos ausentes en objetos presentes, y para esto propone una sociología insurgente (Tamayo, 2011):

a) Frente a la monocultura del saber científico, ofrece la ecología de los distintos saberes con el necesario diálogo y la ineludible confrontación entre ellos.

b) Frente a la lógica del tiempo lineal, diseña la ecología de las temporalidades, que valora positivamente las distintas temporalidades como formas de vivir la contemporaneidad, sin establecer jerarquías o juicios de valor sobre ellas. El reconocimiento de las distintas temporalidades implica la recuperación de sus correspondientes formas de vida, manifestaciones de la sociabilidad y procesos de productividad.

c) Frente a la monocultura de la clasificación social, que intenta identificar diferencia con desigualdad, aparece la ecología de los reconocimientos, que busca una nueva articulación entre ambas nociones dando lugar a “diferencias iguales”; esta ecología de diferencias se construye a partir de reconocimientos recíprocos; ello implica la reconstrucción de la diferencia en cuanto producto de la jerarquía y de ésta como producto de la diferencia.

d) Frente a la monocultura de lo universal como único válido, presenta la ecología

de las trans-escalas, valorar lo local como tal, desglobalizándolo, es decir, situándolo fuera de la globalización hegemónica, donde lo local es despreciado. ¿No cabe entonces la globalización de lo local? Sí responde Boaventura, pero matizando que se trata de una “reglobalización contra-hegemónica”, que amplía la diversidad de las prácticas sociales. Se trata de un ejercicio de imaginación cartográfica para descubrir en cada escala tanto lo que muestra como lo que escapa y de buscar una nueva articulación de lo global y local.

e) Frente a la monocultura productivista de la ortodoxia capitalista, que prioriza los objetivos de la acumulación sobre los de la distribución, defiende la ecología de las producciones y distribuciones sociales, es decir, la necesidad de recuperar y poner en valor otros sistemas alternativos de producción, como el de las cooperativas obreras, del “comercio justo”, de las empresas auto-gestionadas, de las organizaciones económicas populares, de la economía solidaria, etc., desacreditados por el capitalismo ortodoxo.

Sin pretender realizar un análisis exhaustivo de los modos de producción de ausencias en el campo de la salud, cuestión que excedería el propósito de esta sistematización, se pretende incorporar la idea de que hay ausencias que se producen activamente para la no-existencia de saberes, prácticas y discursos en salud.

Remitiendo al título de este trabajo final, desde el trabajo social es posible contribuir a visibilizar la producción de ausencias respecto al registro de las violencias por razones de género en salud. Y lo más importante, es posible hacerlo recuperando los aportes de múltiples perspectivas epistemológicas, situadas, críticas, feministas, latinoamericanas; de nuestra propia disciplina pero también de la filosofía, la sociología, el derecho; puesto que “somos una voz más en el campo de las ciencias humanas y sociales, con una posición privilegiada para saltar las caprichosas fronteras que la Modernidad imprimió a las disciplinas en su afán de diseccionar el problema de lo humano” (Hermida, 2022: 12).

*hay que hacer que lo que está ausente
esté presente, que las experiencias que ya
existen pero son invisibles o no creíbles estén
disponibles; o sea, transformar los objetos
ausentes en objetos presentes. Nuestra
sociología no está preparada para esto,
nosotros no sabemos trabajar con objetos
ausentes, trabajamos con objetos presentes;
esa es la herencia del positivismo. Estoy
proponiendo, pues, una sociología insurgente*

Boaventura De Sousa Santos.

En estas últimas páginas procuraré presentar, a modo de síntesis, las ausencias en los registros de las situaciones de violencias por razones de género que pude identificar y problematizar a lo largo de este trabajo final de especialización.

En primer lugar se sostuvo, desde la perspectiva que nos aporta Boaventura De Sousa Santos, que no es suficiente con reconocer que hay prácticas, discursos, saberes, experiencias, etc. “invisibles”, ausentes, no estimados; sino que también es urgente reconocer que esas ausencias se producen por pensamiento y acto humano, lo cual nos posiciona en un lugar de responsabilidad y poder para su transformación.

A lo largo de este trabajo se sostuvo que la medicina clínica tiene como fin fundamental curar, y en esa medida acepta, al constituirse como disciplina científica, centrar su preocupación alrededor de la enfermedad individual (Ugalde, 2008). En contraposición a esta monocultura del saber, que se hace presente para determinar que la salud y la enfermedad son problemas individuales, la comprensión de la salud y la enfermedad como procesos sociales emerge no solo como una opción teórica, sino como la perspectiva a partir de la cual construir nuestras prácticas en salud. Solo así será posible interpretar que las violencias de género constituyen un problema de salud pública.

También podemos hablar de ausencias al referirnos a las dificultades de nombrar -o podría decirse también el no-nombrar- a la violencia por razones de género como tal. Como se señaló oportunamente la violencia de género se detecta o, al menos, se percibe por los profesionales de la salud, aunque bajo formas que no se han podido clarificar totalmente en este trabajo, puesto que la omisión de registros escritos no lo permitió. No obstante al analizar los datos de los registros del servicio de Derechos Humanos se puede afirmar que hay una ruta invisibilizada, que se produce en los circuitos de la informalidad de las llamadas, los mensajes a teléfonos personales, las conversaciones de pasillo, etc., que no se registran en las historias clínicas, pero que pareciera cumplir con un propósito: la *sospecha* de que *algo* de la situación de estas mujeres merece la intervención del equipo de DD.HH.

Ahora bien, sabemos que el lenguaje crea realidades. Nombrar o no, qué nombrar y cómo hacerlo, es un acto político. En este sentido, las ausencias que se producen no solo radican en el hecho per se de no registrar en las historias clínicas la violencia de género; pareciera configurarse una especie de

sincretismo que pretende no nombrar de una manera para nombrar de otra y, así, la violencia no es violencia de género pero, presuntivamente, es un traumatismo, es una lesión, es una caída, es un golpe. Y esto cuando la violencia deja huellas en los cuerpos de las mujeres que la sufren, de manera visible al ojo de quien interviene. Los escasos registros que aparecen en las historias clínicas remiten, principalmente, a sintomatología compatible con violencia física; con lo cual cabe preguntarse qué pasa entonces con otros tipos de violencias, y si las ausencias aquí operan jerarquizando síntomas y algunos tipos de violencias sobre otros.

Bajo este manto de encubrimiento discursivo se generan injusticias sociales a través de lo que Boaventura (2006) denomina injusticia epistémica. Las palabras no solo otorgan sentido a la realidad, también la construyen. Llamar traumatismo a lo que se sospecha podría ser violencia de género es, en sí mismo, un acto violento por parte de los trabajadores de la salud. Si las razones de esa sospecha son suficientes para solicitar la intervención del servicio de Derechos Humanos, también deberían serlo para expresarlo en la historia clínica. Esta es una deuda pendiente con las mujeres, primero, y con la Salud Pública.

Al problema del no-registro de las violencias por razones de género se le suma otra cuestión y es que, como se analizó con anterioridad, en el hospital existe un servicio especializado para el abordaje de las violencias por razones de género que implementa instrumentos de registro que no siempre se cruzan con la historia clínica. Esta situación, aunque podría leerse como no intencional, en tanto genere multiregistros contribuye a seguir invisibilizando los registros de las situaciones de violencia por motivos de género.

Las ausencias generadas por la monocultura productivista también se hacen presentes. En los discursos de las entrevistadas aparece permanentemente la referencia al tiempo, más precisamente, a los obstáculos en el registro de las violencias por motivos de género por no “contar con tiempo”, por las exigencias de una institución que “está estallada”, por la estructura institucional que prioriza *lo urgente* como lo inmediato. Y esto claramente entra en tensión con los tiempos de las mujeres, que no siempre concurren al hospital manifestando, explícitamente, que sufren violencias.

Ante la aceleración de un tiempo de trabajo productivo que se cuantifica y mide calculando cuántos pacientes se atendieron (cuántos faltan ver), cuántas altas

se dieron (cuántas quedan pendientes), cuántas camas están ocupadas (cuántas *liberadas*), pareciera no haber tiempo para detenerse a pensar en la salud como proceso, en la palabra misma de estas mujeres, como proceso. Es la mercantilización de la salud y de la vida lo que pretende imponerse, versus una salud centrada en las personas, y en sus derechos. Como expresa Carballada (2012), allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social.

También es importante señalar el lugar que ocupan los espacios de formación y/o actualización profesional en este complejo entramado de producción de ausencias. Como se señaló oportunamente surge, como una constante, las dificultades en los registros de las violencias de género por “*no saber cómo hacerlo*”. Sumado a esto, emergen las inseguridades y desconocimiento respecto a los protocolos para intervenir en situaciones de violencia, lo cual lleva en ocasiones a (mal) presuponer que el profesional que detecta estas situaciones debe desarrollar una serie de acciones como constatar la veracidad de la violencia, realizar denuncias, comparecer ante juzgados u organismos de justicia, etc.

En tal sentido, si bien los espacios de formación son facilitados por diversos organismos, no solo de Salud sino también de Derechos Humanos, estos no siempre resultan accesibles. Los datos recuperados en este trabajo indican que tampoco existe un lineamiento institucional para promover y efectivizar las capacitaciones en torno a la problemática de la violencia y sus posibles abordajes en salud.

Para finalizar, aunque no constituye el objeto de esta investigación, el análisis de los protocolos de intervención en situaciones de violencia de género en el campo de la Salud también merece ser revisado, ya que las búsquedas en las páginas oficiales (de Ministerios sobre todo) direccionan a material bibliográfico muchas veces desactualizado, donde no especifican en sus apartados cuestiones relativas al registro. Si bien las guías y protocolos de salud reivindican la importancia del acto de dejar asentado en la historia clínica los procedimientos correspondientes cuando se detecta una situación de violencia por razones de género, no profundizan en aspectos relativos a la escritura. También es importante señalar que no abunda la bibliografía en relación a los abordajes de las violencias por razones de género en salud, y esto también amerita

cuestionarse que lugar ocupa esta problemática en materia de investigación en salud.

Sostengo entonces que acá también hay una ausencia reproducida sistemáticamente, y no puedo ver con ingenuidad las dificultades en el acceso a producciones científicas/académicas en relación a esta problemática. Aunque anecdótico quizás, gran parte de las búsquedas realizadas para desarrollar este trabajo final de especialización tuvieron que hacerse utilizando como palabras claves lesiones por causas externas, violencia invisibilizada, etc.

A modo de síntesis

En este apartado final se sostuvo que existen ausencias en los registros de las violencias por razones de género que se producen y reproducen activamente en el campo de la salud, y en el HIGA Alende en particular.

Esas ausencias se expresan de múltiples formas, y todas ellas atraviesan, a veces contribuyendo, mayoritariamente obstaculizando, las estrategias de intervención para garantizar la integralidad de los procesos salud-enfermedad-atención-cuidados, de las cuales el registro de las situaciones de violencia de género configura tan sólo una dimensión.

Este escenario, de violencias y ausencias, constituye el espacio de encuentros y desencuentros, de tensiones, disputas, problematizaciones, reflexiones y diálogo (a veces) en el que se desarrollan nuestras prácticas como profesionales del trabajo social, insertes en equipos de salud.

Las contribuciones del trabajo social en este contexto se sitúan, en primer lugar, en los fundamentos de nuestra Ley Federal 27.072 en cuanto a la defensa y reivindicación de los derechos humanos, la construcción de ciudadanía y la democratización de las relaciones sociales; y en una serie de principios y valores que se materializan en un proyecto ético-político consciente, comprometido, crítico y emancipador (Martínez y Agüero, 2008).

Las categorías conceptuales y analíticas a partir de las cuales nombramos, describimos e interpretamos la salud y la enfermedad, no son a-históricas, universales, ni neutrales. Por el contrario, son campos de disputas simbólicas, disputas de sentidos y espacios de intervenciones políticas que son necesarias develar, problematizar y resignificar desde un pensar-hacer situado (Martínez, 2020: 7).

En tal sentido, reivindico la potencia desde el trabajo social para denunciar que *las palabras que usamos no son inocentes*, y pese a los intentos de despolitizar y vaciar de sentidos la cuestión de género, clase, raza, edad, etnia, como si los *problemas sociales* fueran por un andarivel y los *problemas de salud* por otro, el trabajo social aboga por construir intervenciones sociales en el campo de la salud desde otros marcos interpretativos de los procesos salud-enfermedad-atención.

Reflexiones finales

Este trabajo final de especialización tuvo por objetivo central conocer y problematizar las características del registro de la violencia por razones de género en las historias clínicas del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” de la ciudad de Mar del Plata en el período que va del 2017 al 2019.

La propuesta metodológica consistió en recuperar los procesos de intervención profesional de quien escribe -como trabajadora social y residente del sistema de salud al momento de diseñar este trabajo-, implementando la sistematización como metodología de investigación cualitativa, no positivista, que promueve problematizar aspectos de la propia intervención y reflexionar a partir de esa problematización, generar preguntas y construir problemas de conocimiento a partir de problemas de intervención y viceversa (Meschini, 2018).

Las características que se desprenden del análisis de los registros en las historias clínicas señalaron dos cuestiones interesantes: en primer lugar, la ausencia de registros escritos que indicaran intervenciones por situaciones de violencia de género y, por otro lado, registros que describían síntomas, pero en donde prevalecía la omisión de una evaluación profesional que vinculase sintomatología, discursos, conductas, etc. con una presunta situación de violencia por motivos de género.

De esta manera se puede decir que tenemos dos escenarios posibles en cuanto a los registros de las violencias de género: que no se escriba nada al respecto, o que se escriba de manera solapada, indicando los efectos que produce la violencia: caída, golpe, lesión, traumatismo, angustia, etc; pero sin una apreciación por parte del profesional que evalúa, observa, entrevista y escucha a esas mujeres, que exprese que ese cuadro de salud está vinculado, presuntamente al menos, a una situación de violencia.

A pesar de que no hubiese registros escritos en las historias clínicas, es importante señalar que más del 26% de las intervenciones del servicio de Derechos Humanos en situaciones de violencia de género fueron a partir de interconsultas que realizaron profesionales del hospital. Esto aporta un dato significativo en cuanto a los modos de proceder una vez detectada una posible situación de violencia, ya que estxs profesionales buscaron la manera de dar aviso al servicio especializado para el abordaje de estas situaciones, aunque no lo hayan registrado por escrito en las historias clínicas.

También es importante mencionar que en el marco de esta investigación se pudo evidenciar que la ausencia de registros no alcanzó, únicamente, a los profesionales que omitieron asentar en la historia clínica su evaluación, o la interconsulta a otro servicio cuando sospecharon que mediara una situación de violencia. De manera similar se pudo observar que desde el servicio de Derechos Humanos no siempre se registraban las intervenciones en la historia clínica, ya sea luego de una interconsulta o de intervenciones iniciadas de manera autónoma por los profesionales de este servicio. No obstante esto, es menester mencionar que en todos los casos donde se observaron registros escritos de intervenciones realizadas por el servicio de DD.HH, en dichos registros se implementaban categorías conceptuales específicas que aludían a violencias por motivos de género.

En este contexto de reconocimiento de un no-registro de las violencias por razones de género, omitiendo rotundamente mencionarlas en las historias clínicas o mencionándolas solapadamente como lesiones, traumatismos, golpes, etc., cabe preguntarse la naturaleza de esto que podrían llamarse *olvidos*, o sub registros de las violencias por razones de género pero que, en cambio, en esta sistematización se procuró denominar *ausencias*.

Para tratar de comprender este fenómeno de ausencia de registros -o de registros ausentes- se recurrió a los aportes de Boaventura De Sousa Santos (2006), que sostiene que lo que no existe en nuestra sociedad -occidental, positivista, capitalista, colonial, patriarcal- es producido activamente como no existente, como una alternativa no creíble, como una alternativa descartable, invisible a la realidad hegemónica del mundo.

Si pensamos en el campo de la Salud, donde se sitúa este estudio, el conocimiento científico biomédico se erigió hegemónico en sus formas de pensar la salud y la enfermedad, marcando las teorías, los métodos y procedimientos para determinar cómo diagnosticar, tratar y curar. En palabras de Menéndez (2003) el biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas (p. 194).

Este modelo que logra sostenerse a partir de la subalternización de otros

discursos y prácticas, convive en constante tensión con otros modelos de atención en Salud y, por supuesto, con otras corrientes epistemológicas, como la epidemiología crítica, la epidemiología feminista, la salud colectiva, entre otras. La pregunta por las ausencias en los registros de las violencias por razones de género en salud necesariamente nos invita a reflexionar y a interpelar(nos) la naturaleza misma del saber-poder biomédico, y de las condiciones de posibilidad o imposibilidad que crea para nuestros discursos y nuestras prácticas como profesionales de la salud. Porque cuando se dice que este saber-poder que impone la ideología médica niega saberes *otros*, como los populares, ancestrales, campesinos; concibiéndolos como diría Boaventura, como tradicionales, atrasados, pre modernos; allí también se pretende ubicar al trabajo social, a nuestros conocimientos, a nuestros discursos y nuestras prácticas; y es que como sostiene Hermida (2017) el trabajo social es un locus de enunciación subalternizado. Pero bien sabemos que donde hay poder hay resistencias, y el trabajo social sabe resistir. Más aún: sabe cuestionar, interpelar, problematizar; trabajar con la palabra e instalar una pregunta ahí, donde otros ya parecen tener todas las respuestas.

En estas preguntas y problematizaciones quiero detenerme para concluir estas reflexiones finales, porque tal vez las preguntas sean la mayor contribución que este trabajo deje a disposición; para continuar los debates, profundizar las discusiones y, sobre todo, seguir pensando cómo mejorar nuestras prácticas para garantizar el acceso y el derecho a la salud de las mujeres que sufren violencias por razones de género y concurren al hospital.

Las preguntas por el registro de las violencias por razones de género en las historias clínicas, más precisamente, las preguntas por las ausencias *de* y *en* esos registros, trajeron como respuesta que a veces las violencias no se registran porque ni siquiera se detectan, y otras veces lo que se registran son los efectos observables de las violencias, pero sin argüir que ese cuadro de salud está asociado, presuntamente, a una situación de violencia de género.

No es a partir de los registros ausentes sino a partir de los efectos que esto produce, que se sostiene que hay mecanismos activos de producción de ausencias operando para invisibilizar no solo el registro escrito sino las intervenciones en situaciones de violencia por razones de género. Sucede que cuando el saber biomédico no puede nombrar la violencia, y la invisibiliza, lo

hace de manera tal como para no dejar registro escrito en la historia clínica, pero no completamente puesto que, como se describió oportunamente, a través de circuitos informales, imprecisos, espontáneos, inconstantes; las presunciones y alertas se hacen llegar al equipo especializado para los abordajes de las violencias por motivos de género en el hospital.

No podemos desconocer que para intervenir primero tenemos que poder detectar la violencia y, sin dudas, todavía se necesitan espacios de formación en la problemática; pero tampoco podemos desconocer que se trata de un problema de agenda de los estados, que se trata de una problemática reconocida, que continúa instalándose en las calles, en los barrios, en las casas y, también, en las instituciones.

Tampoco podemos atribuir los obstáculos en los registros a las condiciones laborales, que si bien repercuten en la labor diaria, en las mismas condiciones se llevan a cabo cotidianamente todas las entrevistas, todos los pases de sala, todas las consultas, internaciones, y todas las evoluciones y registros en las historias clínicas. No resulta coherente suponer, entonces, que el cansancio, la falta de espacio, las multitareas, etc. actúen como obstaculizadores al momento de registrar, únicamente, las violencias de género, pero sí permiten registrar todo lo demás. Pero claro está que *todo lo demás* es, en verdad, todo lo demás que “importa” en salud. Que constituye un *real problema de salud*. Y estos son los sentidos que disputamos desde el trabajo social. Los alcances y límites que se ponen en juego al momento de determinar los problemas de salud-enfermedad. En las mismas historias clínicas donde se observó la ausencia de registros de intervenciones por situaciones de violencias de género, se observó, también, registros que sí se referían a la violencia de género como tal. Sin maquillar los conceptos, sin omitir la evaluación profesional de quienes escribían, sin lugar a dudas. Los registros de las profesionales del servicio de Derechos Humanos así lo reflejaron. Se cae así ese supuesto que actúa obstruyendo los registros de las violencias de género porque “así no se puede escribir en la historia clínica” -como parece transmitirse, a modo de mito, dentro del hospital-. Se puede y se hace. No hay descuidos, ni olvidos, ni azar. Tampoco se trata de un plan macabro, cargado de conspiraciones para invisibilizar una problemática tan presente en nuestras sociedades. Sucede que, diariamente, en las instituciones que habitamos podemos contribuir a combatir las violencias por razones de género,

o a reproducirlas, con nuestros discursos y prácticas, con nuestras acciones u omisiones. Se lo debemos a las mujeres que sufren violencia y que concurren a los efectores de salud pública donde, quizás, tengan la única posibilidad de recibir ayuda. Pero nos lo debemos a nosotres también, porque las violencias por razones de género la padecemos todes, en tanto miembros de una sociedad que pretendemos democrática, libre y de iguales.

En este camino de construcción de democratización de las instituciones, de una salud pública con perspectiva de género y diversidad, y de un trabajo social crítico, feminista, descolonial y emancipador, reafirmo también mi compromiso, personal y profesional, por seguir contribuyendo a enunciar y denunciar lo que falta, pero sobre todo a transformar lo que tenemos. No habrá justicia social sin justicia de género y en pos de esta lucha, que continúa cada día, seguimos encontrando los fundamentos para cambiar la realidad que no queremos más.

*Que violenta la calma con la que los empachados nos
piden que agradezcamos las migajas.*

Nina Ferrari

Referencias Bibliográficas

- Agrimi J, Crisciani C. (2011). Les 'consilia' médicaux, Turnhout: Brepols, 1994. citado por Pomata G. Observation Rising: Birth of an Epistemic Genre 1500-1650. En: Daston L, Lunbeck E. Histories of Scientific Observation. The University of Chicago Press.
- Amorós, C. (2005). Dimensiones del poder en la teoría feminista. Revista Internacional de Filosofía Política, Núm. 25, pp. 11-34 Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa México.
- Bourdieu P. (2010). La dominación masculina y otros ensayos. Ed. Anagrama. Buenos Aires.
- Brull, D. (2021). Violencia de género y salud: alcances y límites en las intervenciones hospitalarias. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social, 5 (9). 75-93. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/35349> ISSN 2591-5339
- Carballeda, A. (1999). Algunas Consideraciones sobre el Registro dentro del Campo del Trabajo Social. Revista Margen. N°14. Buenos Aires. En: <https://www.margen.org/suscri/margen14/registro.html>
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen N° 65. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- De Miguel, A. (2015). La violencia de género: la construcción de un marco feminista de interpretación. Publicado en Mujeres en Red. El periódico feminista.
- De Sousa Santos, B. (2006). Capítulo I. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes, en Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Facio, A. y Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires. Año 3, número 6. ISSN 1667-4154, pp 259-294.
- Fernández Moreno, S. Y. (2008). La visibilización de la violencia de género:

reto para la política pública y para el saber sociodemográfico. Revista Papeles de población, n° 58. CIEAP/UAEM. México.

- Fuentes, P. (2001). Lo que el viento no se llevó... El registro de campo y su importancia en el proceso de intervención profesional del Trabajo Social. Ed. Espacio. Bs.As.
- Gutiérrez, M. 2015. Análisis sobre el tratamiento de la violencia de género desde la política socio-sanitaria en México Distrito Federal y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://cdsa.academica.org/000-061/771.pdf>
- Guzmán, A. (2015). Feminismo Comunitario-Bolivia. Un feminismo útil para la lucha de los pueblos. Revista con la A, n° 38. Disponible en <https://conlaa.com/feminismo-comunitario-bolivia-feminismo-util-para-la-lucha-de-los-pueblos/?output=pdf>
- Hermida, M. E. (2017). Contribuciones desde una epistemología plebeya al Trabajo Social frente a la restauración neoliberal. RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas, vol. 9, núm. 9, pp. 127-145. Universidad Nacional de San Juan. Argentina.
- Hermida, M. E. (2022). La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del Sur. ARTÍCULO SELECCIONADO - Abordajes UNLaR – ISSN 2346-8998 Volumen 7 – Número 13.
- Hernández Hernández, R. (2002). Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr v.18 n.2 Ciudad de La Habana.
- Isla, A. y Míguez, D. (2003). Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los 90. Ed. De las Ciencias. N° 54.
- Lerner, G. (1990). La creación del patriarcado. Editorial crítica.
- Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? Revista Médica de Rosario, 79: 136-141. Rosario.
- López Arellano, O. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. Revista Medicina Social, volumen 3, número 4.
- Martín, G. (2000) The tradition of violence in Colombia: Material and Symbolic

- Aspects. En Aijmer, G. y Abbnik J. (eds) Meanings of Violence. A cross cultural perspective. New York. Berg.
- Martínez, S. y Agüero, S. (2008). La dimensión político-ideológica del trabajo social: Claves para un trabajo social emancipador. Dunken. Bs.As.
 - Martínez, S. (2009). Sueños rotos, vidas dañadas: violencia hacia las mujeres en contextos familiares. Editorial Fundación La Hendija.
 - Martínez, S. (2020). Trabajo Social y Derechos Humanos: una lectura en clave emancipatoria. Revista A-intervenir. Editorial científica Universitaria. ISSN: 2591-3662. N° 11. Universidad Nacional de Catamarca.
 - Melano, C. (1992). El registro en Trabajo Social: estilos y lecturas. (Repensando lo obvio). En Revista Servicio Social & Sociedade N° 38, Sao Paulo.
 - Meler, I. (1998). Construcción de la subjetividad en la familia postmoderna. Un ensayo prospectivo. En Burin, M. y Meler, I. (compiladoras) Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad (pp. 373-398). Buenos Aires: Paidós.
 - Meler, I. (2000). El ejercicio de la sexualidad en la Postmodernidad. Fantasmas, prácticas y valores. En Meler, I. y Tajer, D. (compiladoras) Psicoanálisis y género. Debates en el foro (pp. 179-210). Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - Meler, I. (2015). La violencia nuestra de cada día. Diario Página 12.
 - Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud del 30 de abril al 7 de mayo de 1988. pp. 451- 464. Buenos Aires.
 - Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. Natura medica trix, N° 51.
 - Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, 8(1),185-207. [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1413-8123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>
 - Miranda Bastidas, C. (2020). Historia clínica: la escritura médica del relato del paciente a la narrativa médica. Revista Colombia Médica. Vol. 51 N° 1. Universidad del Valle, Cali, Colombia.
 - Pérez, C. (2010). Los registros escritos en trabajo social. pps. 88-108. En

Mallardi, M. y Oliva, A. (2011). Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social. Ed. UNICEN.

- Pombo, G. (2012). "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género". Revista Margen N° 66.
- Rodríguez, V. y Barrios, A. (2007). El equipo de salud en el ámbito comunitario. Propuesta de discusión en el marco del proceso de regionalización. Disertación para el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor: Dra. Alicia Sosa Abella Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo.
En:
<http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaEquipSalA mbCom.pdf>.
- Segato, R. (2016). Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. 2da edición. Prometeo libros. Buenos Aires.
- Segato, R. (2018). La guerra contra las mujeres. Segunda edición. Prometeo Libros. Buenos Aires.
- Souza Minayo, M. C. (2005). Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida. Revista Salud Colectiva 1(1), pp.69-78. La Plata. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a05.pdf>
- Tajer, D. (2014). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Tarducci, M. y Zelarallán, M. (2016). Nuevas historias: géneros, convenciones e instituciones, cap. 2, pp. 101-122 en Merchán, Cecilia y Fink, Nadia Ni una menos desde los primeros años. Educación en géneros para infancias libres. Argentina.

Páginas Web consultadas

- Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Oficina de Violencia Doméstica. Informe especial sobre adolescentes y mujeres afectadas por hechos de violencia doméstica con vínculo de pareja con su agresor, disponible en <https://www.ovd.gov.ar/ovd/archivos/ver?data=4291>
- Dirección de Políticas de Género MGP. Informe de gestión 2014-2019 <https://storage.mardelplata.gov.ar/index.php/s/xHHKxZf7YxogGZg?fbclid=IwAR1BQZbBeSTW0FZz01Q4eI52hiw9Q0qbh-goZrDkhCXdbbzbaNH8I9Sdz2E>
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Recomendaciones para la elaboración del sistema de registro de casos de violencia de género. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/ruc.pdf>