

Sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género y violencia en personal directivo estatal del IMSS. Acercamiento cualitativo, 2011ⁱ

23

Lic. Alma Gloria Nájera Ahumada

Licenciada en Sociología y candidata a maestra en Ciencias Sociomédicas, UNAM. Jefa del Área de Género y Salud en el IMSS

Ana Elena Maldonado Ortega

Candidata al título de licenciada en Derecho, Universidad Latina. Coordinadora de programas del Área de Género y Salud en el IMSS

Lic. Guadalupe Ponce de León Gómez*

Licenciada Cirujana Dentista, UNAM, diplomados en Economía de Servicios de Salud, Género y Violencia familiar, UNAM

Coordinadora de programas del Área de Género y Salud en el IMSS.

Introducción

Los trabajos concertados internacionalmente para buscar la equidad entre las mujeres y los hombres iniciaron en 1979 con la Convención sobre la Eliminación de todas la Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), posteriormente siguieron las conferencias internacionales de Población en El Cairo (1994) y de la Mujer en Beijing (1995) que marcaron pauta y establecieron compromisos con la eliminación de las desigualdades de géneroⁱⁱ en el mundo, asimismo impulsaron en un número considerable de países, en unos antes que en otros, y también algunos con mayor compromiso que otros, políticas con el fin de abatir esas desigualdades.

Desde hace 30 años se han realizado infinidad de acciones, programas y estrategias que se han monitoreado y evaluado desde distintas ópticas y acercamientos; en ese tenor se inscribe este trabajo. En México, es a partir de finales de los años noventa y principio de este siglo que se coloca en los programas

* Correspondencia: alma.agn@gmail.com; anitamaldonado19@gmail.com; goros9.1@hotmail.com

ⁱ Este artículo se deriva de un diagnóstico de sensibilización y conocimiento sobre perspectiva de género y atención de la violencia de género entre el personal directivo de las entidades federativas que se encargan de las acciones dirigidas a atender la violencia de género en el IMSS y fue desarrollado en el Área de Género y Salud de esa institución.

ⁱⁱ Al referirnos a género aludimos a la construcción social que se hace alrededor de las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres, que define formas de comportamiento y relación que permean todos los espacios sociales, y varían en el tiempo y en cada cultura. A su vez, esto determina y conforma prácticas sociales diferenciadas, lo que, al mismo tiempo, implica para la salud diferentes formas de enfermarse y morir, entre otros factores. Por lo tanto, en los servicios de salud deberían considerarse estas diferencias en los diagnósticos, en los tratamientos, entre otros elementos. Esta categoría ha tenido una serie de aproximaciones desde lo académico en diversas disciplinas, sociología, antropología, psicología,^{1,2,3} hasta lo político a través de los movimientos feministas,^{4,5} así como en el quehacer gubernamental.⁶ Lo mismo ha sucedido en el sector salud y con mayor especificidad en la salud reproductiva.⁷

de la administración pública y en el sector salud, aunque es necesario reconocer toda la labor realizada por las feministas, incluso antes de 1979, así como su trabajo para lograr que se insertaran los asuntos relacionados con los derechos de las mujeres en la agenda pública.ⁱⁱⁱ

Lo anterior está plasmado en una serie de documentos legales que se aprobaron o publicaron en la primera década del nuevo milenio, cuando se concretaron la lucha y los esfuerzos que se han llevado a cabo por lo menos dos décadas antes. Así, las principales leyes al respecto son: Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas. Y también es importante mencionar que desde el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, y sus respectivos sectoriales, ya se consideraba la perspectiva de género y actualmente es uno de los tres ejes transversales de la política nacional.

En este contexto, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) las acciones se han enfocado en dos líneas: la primera es la sensibilización sobre perspectiva de género al personal de salud con el fin de transversalizarla en todos los programas, y la segunda, es la atención de la violencia de género en pareja.^{iv} Respecto a esta última línea, la NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios de prevención y atención,^v ha impulsado y obligado al sector salud a incorporar esta temática.

En el IMSS se iniciaron las acciones sobre género y violencia de género a finales de la década de los noventa, con el diseño y levantamiento de la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente.^{15,16,17} Como resultado de los hallazgos de ese estudio, e impulsados por el contexto nacional e internacional del que emanaban –para los países involucrados– compromisos para iniciar trabajos en los distintos ámbitos de gobierno, se llevaron a cabo talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud reproductiva en las oficinas estatales, cubriendo 90% de las entidades entre 2000 y 2003. Aun

cuando desde el año 2000 se realizaron diferentes procesos de sensibilización y capacitación, éstos no fueron continuos, no se monitorearon ni se evaluaron y posteriormente se redujo la estructura y presupuesto en la institución,¹⁸ con lo que se interrumpieron los talleres y otras actividades.

Derivado de la política federal, en 2011 se retomaron las acciones de género, por lo que este estudio surge como necesidad de contar con un panorama de la situación, dada la interrupción que se produjo, pero con el conocimiento de que se habían continuado acciones en algunas entidades.

El objetivo específico fue obtener un diagnóstico sobre la sensibilización y conocimiento de la perspectiva de género y la atención de la violencia de género en el personal encargado de atender este tipo de situaciones en el IMSS. En este sentido, se consideró que la forma más pertinente de acercarse a la realidad es a través de un estudio cualitativo exploratorio.

Mientras que la capacitación es la preparación para la aptitud o capacidad de realizar actividades y procesos, la sensibilización es una actividad concientizadora que remueve las actitudes indiferentes respecto a un problema social, propicia la acción y busca cuestionar prejuicios mediante la reflexión y el conocimiento.^{19,20,21}

Así, se retomó esta última como herramienta para crear conciencia, vía la reflexión y el abordaje de aspectos ocultos o naturalizados en las relaciones de poder entre las personas y los grupos sociales,²² como es el caso de las relaciones producto de la construcción social de género y de la violencia de género, constreñidas al ámbito doméstico por mucho tiempo.

Desde la agenda política internacional, en particular desde Beijing 1995, se concibe la sensibilización como medio para alcanzar la igualdad de oportunidades entre las mujeres y los hombres, por lo que es imprescindible generar procesos de cambio en el plano personal e institucional para conformar políticas, programas y proyectos con una visión de igualdad y equidad para mujeres y hombres.²³

ⁱⁱⁱ Los distintos grupos de feministas en México iniciaron acciones para atender la violencia contra las mujeres, el primer Centro de Atención a Mujeres Violadas, (CAMVAC), surgió en 1979; en la década de los ochenta proliferaron los centros de atención, pero también las ONG (Organizaciones no Gubernamentales), para mayor detalle se puede consultar Herrera.⁸

^{iv} Entendemos a la violencia de género como cualquier acción u omisión dirigida por parte de un hombre a una mujer que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público, y que deriva de la construcción social del género. El concepto ha evolucionado y en función del instrumento de referencia, ya sea nacional o internacional, encontramos diferentes acepciones; en el ámbito académico también ha presentado cambios y se observa su desarrollo conceptual.^{10,8,11,12,13,14}

^v Esta es la segunda versión de la norma y fue publicada en abril de 2009, mientras que la primera data de 1999.

En este sentido, se considera que la sensibilización es fundamental para que el personal de salud, combinando sus habilidades con otras disciplinas, ponga en marcha iniciativas dirigidas a fomentar la igualdad entre ellas y ellos. Sensibilizar en género implica que quienes juzgan, administran, elaboran presupuestos, toman decisiones, definen lineamientos para la contratación laboral, entre otras actividades, abran los ojos y vean, escuchen y toquen la realidad y la problemática de las desigualdades e inequidades de género en los servicios de salud.

En este contexto cobra importancia la sensibilización como un proceso continuo, abierto y transversal, a mediano y largo plazos, que sirve como estrategia para promover cambios de actitudes y mentalidades, ruptura de estereotipos, compromiso de los agentes sociales y adquisición de valores más igualitarios; lo que permite apropiarse de esta perspectiva en forma gradual para incorporarla transversalmente.

La metodología y los datos

Se utilizó metodología cualitativa, pues nuestro interés fue conocer el significado que el personal directivo estatal otorga al género y a la violencia de género, para comprender los significados e interpretaciones que permitan acceder a la subjetividad^{vi}, dado que ésta se construye en ese proceso, el sentir, las valoraciones y los pensamientos son producto de situaciones sociales.^{24,25,26}

El personal entrevistado estuvo integrado por mujeres y hombres adscritos a las áreas de trabajo social, enfermería y medicina, quienes se

encargan de dirigir, supervisar y coordinar los programas de salud en las oficinas estatales del IMSS, lo cual incluye las acciones y estrategias dirigidas a género y violencia de género, por lo que conforman el grupo privilegiado para aportar opiniones y visiones sobre la temática que nos ocupa.

Por consiguiente, fueron considerados como informantes clave, pues además de tener visión directiva, también están cerca de la operación de los programas en las diferentes entidades federativas; su experiencia, conocimiento, proximidad y visión de conjunto, los conforma en grupo con acceso a información estratégica sobre las acciones de esta problemática.

Además, comparten entre sí el hecho de pertenecer a la colectividad encargada de salvaguardar la salud, desde la prevención hasta la atención, incluida la violencia de género y la perspectiva de género aplicadas a la salud.

Al ser personajes cruciales para impulsar la operación de los programas, resulta fundamental que posean sensibilización y conocimiento sobre las implicaciones del género y la violencia de género en el quehacer del que son responsables.

La técnica para recolectar la información fue mediante grupos focales porque permiten la reconstrucción colectiva del fenómeno a estudiar, además es una técnica que se ha utilizado en el campo de la salud para abordar diferentes problemáticas, aspectos y procesos socioculturales, así como para acceder a conocimientos y actitudes.²⁷



Acervo de la Dirección de Salud Reproductiva. Jurisdicción Coatzacoalcos, Ver.

^{vi} Entendiendo la subjetividad como un ámbito propio de cada persona, pero eminentemente social.

En dos momentos diferentes, se llevaron a cabo cinco grupos focales durante el año 2011: Tlaxcala en el mes de mayo y Morelos en noviembre, mismos que se detallan en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Características de los grupos focales. 2011

Evento y lugar	Grupo focal	Entidades participantes	Especialidades				Sexo	
			Médico/a	Trabajo Social (licenciatura)	Otra*	Enfermero(a) Salud Pública	M	H
Oaxtepec, Morelos. Reunión Nacional de Actualización de la Coordinación de Programas Integrados de Salud	1	Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima y Chiapas	13	7	1		13	8
	3	Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur, Yucatán, Zacatecas, Distrito Federal Norte y Sur	14	17			12	9
La Trinidad, Tlaxcala. Curso Nacional de Actualización para Coordinadoras Delegacionales de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud	4	Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Estado de México (Naucalpan)	13	7	1		9	12
La Trinidad, Tlaxcala. Curso Nacional de Actualización para Coordinadoras Delegacionales de Enfermería de Prevención y Atención a la Salud	2	Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco y Estado de México (Naucalpan)				14	14	
	5	Tlaxcala, Veracruz Norte y Sur, Yucatán, Zacatecas, Distrito Federal Norte y Sur				14	14	
Total			40	31	2	28	62	29

*Los dos personajes de salud que no corresponden a las especialidades registradas son un ingeniero y un contador

La información derivada de los grupos focales se sistematizó a través de la revisión de las posibles categorías derivadas del discurso de los prestadores de servicios. Después se seleccionaron las relacionadas con la sensibilización y el conocimiento sobre género y violencia de género. Finalmente, el discurso fue clasificado de acuerdo con las categorías que emanaron de la técnica de recuperación.

El análisis se llevó a cabo con base en preceptos metodológicos y teóricos enmarcados en el interaccionismo simbólico y el constructivismo que abordan lo subjetivo y lo consideran producto de lo social, lo histórico y del contexto inmediato.^{28,29,30}

Sensibilización y conocimiento sobre género y perspectiva de género

La sensibilización y capacitación requieren trabajo individual, reflexión colectiva y asimilación de información capaz de proporcionar herramientas conceptuales y propiciar la revisión de conductas y comportamientos, individuales y colectivos, enfocados hacia la erradicación de prácticas que deseamos desplazar y transformar, las cuales fueron identificadas por los grupos focales:

Hay un aspecto que no debemos de perder de vista, la fase de sensibilización. (4H)^{vii}

Además, el personal directivo estatal entrevistado identificó al género como la construcción social del sexo que condiciona comportamientos diferentes para mujeres y hombres en todos los ámbitos de su vida, incluida la salud y la atención que se otorga. Sin embargo, en el discurso también se pudo observar que otras personas necesitan reforzar su conocimiento de esta categoría:

Es un fenómeno social de cómo nos enseñan a ser hombres, de cómo nos enseñan a ser mujeres, el rol que vamos a desempeñar socialmente de hombre o de mujer. (1M)

Además del rol que nos identifica cualidades biológicas y es la diferencia entre un hombre y una mujer. (1H)

Comentaba que esto depende de cada profesión, ya que si estuviéramos entre biólogos hablaríamos del macho y la hembra, y si estamos hablando entre médicos, hablamos de un género masculino y femenino y lo relacionamos no sólo en el aspecto orgánico, sino en el aspecto hormonal o también en el genético, entonces a final de cuentas, en cada disciplina, en cada ciencia, se va teniendo un concepto de un término. (1H)

Más bien eso es sexo, se dice mente, cuerpo y espíritu para referirnos al ser humano, y yo creo que se requiere de un pensamiento muy revolucionado. (1H)

Dicho personal reconoció que esta construcción influye en su desempeño:

Se involucran los sentimientos, situaciones personales; la educación y conducta influyen (...) somos viscerales en la atención ¿no? (3M)

De tal forma, se observa que una parte del personal encargado de los programas de salud en las delegaciones –incluidos los de género y violencia de género–, tiene la concepción de que el género es una construcción social que se despliega a lo largo de la vida de manera diferente para las mujeres y los hombres. Sin embargo, no todas ni todos lo entienden, por lo que se requiere un constante reforzamiento de estas nociones.

En cuanto a la sensibilización, debe mencionarse que para algunas personas sí es relevante en sus vidas y también para la atención a la población derechohabiente, sin embargo, hay quienes no alcanzan a identificar la utilidad y beneficios de estar sensibilizados y conocer el concepto de género en la salud.

Importancia de la inclusión de la perspectiva de género en los programas de salud

El fin último de la perspectiva de género es alcanzar la equidad, entendida como la distribución justa de recursos y beneficios entre mujeres y hombres conforme a normas y valores culturales para reducir los desequilibrios socioculturales sobre los que se establecen las desigualdades;³¹ sin embargo, una parte del personal no tiene claridad sobre lo que implican estas acciones:

Como Institución sí hay esa equidad, lo que falta es una cultura, ¿sí?, esto va aunado a lo que dicen: la mujer es la cuidadora (...) ni el hombre ni la mujer van por gusto a la atención (...) Ya no lo veo con perspectiva de género, es una cultura en donde yo no quiero saber cómo estoy, la institución ofrece las mismas posibilidades de atención. (4M)

Este testimonio nos permite observar que el abordaje con perspectiva de género implica tratar a las mujeres y a los hombres con base en sus diferencias. Incluso una parte del personal entrevistado entiende la equidad de género como un aspecto dirigido sólo a las mujeres:

Casi la mayoría (...) cuando se menciona equidad de género, se piensa nada más en el feminismo (...) ve al hombre, como a la mujer, busca la equidad entre los dos. (5M)

En el caso de la salud, la equidad tiene como propósito eliminar diferencias que sean injustas, innecesarias y evitables en los distintos procesos de salud-enfermedad-atención y tener presentes las

^{vii} En la notación (4H), el número 4 significa que la persona que habla pertenece al grupo focal 4 y la letra H indica que quien habla es hombre y cuando la que interviene es mujer, aparece la letra M.

diferencias en esos procesos, tanto para mujeres como para hombres, y atenderles de manera diferenciada conforme a sus necesidades.

Durante los grupos focales, las personas entrevistadas afirmaron que al aplicar la perspectiva de género a la salud se logrará que el personal considere las necesidades particulares, biológicas y socioculturales de la población derechohabiente, tanto de mujeres como de hombres y que sean visibles en las unidades médicas, de modo que cuando hagan uso de los servicios sea también para su autocuidado y no sólo para el de otras personas. Asimismo, puedan apropiarse de los conceptos y abordar la salud desde la perspectiva de género, además de que el personal esté en posibilidades de responder a las necesidades de salud asociadas con las diferencias entre mujeres y hombres.

Convencernos nosotros mismos como trabajadores de esa equidad de género, porque si nosotros no estamos convencidos, jamás vamos a poder transmitirlo a los demás. (5M)

Siguiendo a García,³² aplicar la perspectiva de género al proceso salud-enfermedad ayuda a entender las desigualdades injustas, innecesarias y evitables como:

- Desórdenes alimenticios asociados con paradigmas de belleza en peso e imagen corporal y con el atributo de apariencia física en la valoración social de la mujer.
- Baja asignación de recursos dirigidos a realizar investigaciones sobre anticoncepción, de manera específica a la relacionada con la tecnología anticonceptiva para hombres.
- Abuso de intervenciones médico-quirúrgicas de cesáreas e hysterectomías.
- Esterilizaciones masculinas en proporción de 1 por cada 300 femeninas, pese a que la vasectomía es una intervención más sencilla, económica y menos invasora que la salpingoclasia.

El personal directivo estatal entrevistado reconoció la necesidad de incorporar la perspectiva de género no sólo en los servicios de salud sino también en las empresas y en los programas estratégicos CHIQUITIMSS, JUVENIMSS, PREVENIMSS, los cuales deben diseñarse con esta perspectiva, lo que permitirá grandes beneficios para la población derechohabiente:

Es evitar daños a la salud ¿no? Y hacer más participe, sobre todo, al hombre en el cuidado de los hijos (...) Mejorar las condiciones de salud de acuerdo a las necesidades que, por género, cada uno tiene. (2M)

Podemos trabajar ahorita en CHIQUITIMSS y JUVENIMSS todo esto de equidad de género. (4H)

También trabajar con las empresas (...) Ahí involucrar toda esta estrategia. (4M)

Trabajar con perspectiva de género también implica contar con datos desagregados por sexo, hacer uso del lenguaje incluyente y no sexista^{viii}, con el fin de que no se invisibilice a las mujeres, así como incorporar los derechos humanos. El personal de salud debe tomar en cuenta que se trabaja con mujeres y con hombres con una historia, no con objetos para obtener números y metas.

Esto permitirá que las personas adopten medidas de autocuidado y disminuyan los riesgos para su salud, por lo que es necesario que las y los profesionales de este ámbito se involucren en el aprendizaje de los aspectos sociales:

Dentro del sector salud (....) decimos ¿cuántas madres capacitaste? ¿Por qué madres y no decir padres? ¿No? Cuando el niño no va a vacunarse, el regaño es para la mamá y no para el papá (...) todavía en el sector falta mucho por avanzar en ese aspecto. (1M)

La perspectiva de género en los servicios de salud busca que el cuidado de enfermas/os esté a cargo de todas las personas que integran la familia, mujeres y hombres por igual, ya que independientemente del sexo, tienen las mismas capacidades para establecer una dinámica de corresponsabilidad para el bien de la persona que se encuentra enferma y para quienes la cuidan. No atender los diagnósticos o los tratamientos de acuerdo con sus necesidades puede provocar iatrogenias. Así, lo primero es identificar las diferencias y en consecuencia actuar. Además, la sobrecarga para las mujeres que cumplen con el rol de cuidadoras, impacta en su salud por el descuido que tienen hacia sí mismas.

Paradójicamente la mujer es la que menos se cuida, aunque acude con más frecuencia a consulta (...) es enfermera del resto de la familia (...) se le asigna el rol de cuidadora (...) Muchas veces nosotras no lo asumimos, se nos asigna. (2M)

^{viii} Este lenguaje, sea en imagen, verbal o escrito, debe ser utilizado en todos los documentos, videos, materiales que se producen en las instituciones de salud, en la comunicación no verbal y verbal, de manera específica o colectiva mediante los medios de comunicación masiva, como la prensa electrónica o impresa, radio y televisión, que se empleen para difundir cualquier asunto relacionado con la prestación de los servicios de salud.³³

Si el personal de salud es sensibilizado en perspectiva de género, identificará que la mujer tiene una fuerte carga de cuidado y buscará la forma de motivar para que éste se distribuya entre las demás personas integrantes de la familia o con apoyo de redes. Lo anterior redundará en la salud de esa mujer y en la de quienes la rodean. A su vez, el personal podrá identificar diferencias en las necesidades específicas de atención de hombres y mujeres en los diagnósticos y tratamientos, es decir, agregará a sus saberes médicos la perspectiva de género como una óptica que le permitirá identificar multiplicidad de factores y necesidades diferenciadas.

Es importante resaltar que el personal de salud del IMSS está interesado en seguir recibiendo sensibilización y capacitación para otorgar el servicio con perspectiva de género y ser punta de lanza en su incorporación en los servicios de salud, como lo ha sido con otros programas de la institución:

Creo que la parte más importante de todo esto es sensibilizar. (...) Si hemos podido sacar adelante PREVENIMSS, hacer muchas cosas que están causando alto impacto a nivel nacional. (...) Ahorita estamos en la parte final, para afinar los detalles y ahora sí, empezar a trabajar. (4H)

Cabe mencionar que el personal entrevistado señaló que vive inequidades y desigualdades en su ámbito laboral, las cuales son producto de la construcción social del género reproducido al interior de la institución.

Violencia

Por normatividad, al sector salud le corresponde atender de manera integral la violencia de género y la NOM-046 contiene los criterios específicos. En este sentido, el personal de salud entrevistado manifestó su interés por adquirir conocimientos y mostró una actitud en pro de la perspectiva de género para que la atención de la violencia sea adecuada, pues de lo contrario, se puede propiciar mayor violencia.

Durante las entrevistas, las personas integrantes de los grupos focales repasaron los tipos y modalidades de la violencia de género.^{ix} Es importante aclarar que antes de interrogarlas sobre la violencia de género en específico, durante la primera parte de la entrevista, se les preguntó acerca del género, la perspectiva de género y la violencia. Esto seguramente está asociado con la obligación de atender conforme a la norma antes mencionada.

Las personas entrevistadas consideraron que la violencia adopta diferentes formas y pareciera estar en todos lados; en las sociedades actuales nos relacionamos de manera violenta, tanto en lo público como en lo privado, entre las y los prestadores de servicios, entre mujeres y hombres. Además, la repetición del patrón proviene de generaciones anteriores, es decir, la violencia se manifiesta como un aprendizaje social, se produce entre los distintos actores del ámbito laboral y entre quienes prestan servicios. También reconocieron otras situaciones que impactan en los servicios de salud, como:

La repetición del patrón de violencia, cuando se está viviendo personalmente impide una atención con calidad. (...) Yo tengo una mala experiencia con una compañera en quien nosotros identificábamos maltrato por parte de su marido, ella nunca se atrevió a contar ni a platicar, hasta que un día ya no llegó al servicio porque su esposo la había matado, entonces creo que por mi compañera (...) el instituto merece que haya un lugar donde se pueda hablar. (5M)



Acervo de la Dirección de Salud Reproductiva.
Jurisdicción Coatzacoalcos, Ver.

^{ix} Los tipos y modalidades han ido modificándose y enriqueciéndose; De acuerdo con el instrumento de consulta, puede haber variaciones. En el ámbito académico este concepto, sus tipos y modalidades han evolucionado.^{10,11,13,14}

Respecto a la competencia, hostilidad y trato duro por parte de las prestadoras de servicios hacia otras mujeres, y entre ellas mismas, según Lagarde³ ocurre debido a falta de sororidad, ausencia de hermandad entre mujeres, como un aprendizaje de género.

Luego las más férreas contra las mujeres son las mismas mujeres, porque un hombre que es violento, es favorecido por la misma madre, (...) y con los hombres somos más blanditas, esto también está demostrado, ¿no? (1M)

Asimismo, consideraron que al tomar en cuenta sólo a las mujeres que viven violencia por parte de sus parejas, y no atender a los hombres que son violentos, sólo se está resolviendo la mitad de la problemática, en tanto que una atención integral debiera incorporarlos para que tengan la posibilidad de frenar esa violencia, en particular, la que dirigen hacia las mujeres. Este comportamiento se repetirá mientras no se trabaje con ellos la violencia.

Por otra parte, a través de los grupos focales, fue factible identificar una serie de situaciones técnicas para la capacitación como: aprender a detectar la violencia, conocer los rasgos físicos, emocionales y psicológicos de quienes la viven; las probables repercusiones derivadas de su denuncia, los procedimientos para hacer el registro estadístico y otros conocimientos sobre el marco legal y las políticas públicas vinculadas con esta temática, en específico, respecto a la NOM 046, pues lo anterior está contenido en ella.

Las personas entrevistadas también se refirieron a los contenidos para sensibilizar al personal, lo que implica cambios en los patrones socioculturales que pueden tardar varias generaciones en consolidarse, como se observa en los siguientes testimonios:

Me enseñaron a defenderme como mujer (...) yo voy a abordar la violencia así, pero no siempre mi abordaje o enseñanza, va a ser el mejor, eso lejos de ayudar, hace más daño. (1M)

Si yo sufro violencia intrafamiliar, (...) con esa carga voy a mi área laboral (...), voy a reflejar con mi paciente lo que me hicieron, (...) aquí deberíamos primero, empezar con nosotros mismos y posteriormente manejar a nuestro derechohabiente. (2M)

Estamos reproduciendo los esquemas en el trato hacia el paciente, ¿no? El utilizar esos diminutivos que, sin duda, hacen menos al paciente, tenemos que evitar esa parte, empezar por nosotros mismos. (2M)

Admitieron también la falta de entrenamiento y de oportunidades para aprender a tratar los problemas de violencia en los servicios de salud y declararon no sentirse con capacidad o habilidad para preguntar y sin ánimo para dirigir en la práctica la atención de la violencia familiar. Otras personas han sentido ansiedad y frustración respecto a su habilidad para resolver o conducir la búsqueda cuando hay sospecha de abuso o maltrato,^{8,33} así como temor por las implicaciones posteriores:

Desgraciadamente la formación de los médicos está enfocada a lo curativo y al aspecto biológico, no al social, si todavía le agregamos otra cosa: ¿qué va a suceder si yo empiezo a investigar dentro de mis usuarios la violencia? ¿Me iré a crear algún problema de tipo legal? Porque después me van a decir que yo tengo que sustentar esas lesiones. (4H)



Yessica Sánchez Rangel

No sorprenden estas afirmaciones derivadas de componentes tan complejos y alejados de la práctica cotidiana del personal de salud que enfrenta esta problemática, así como otros impedimentos ocasionados por la relación que establecen con las y los pacientes y la función que como médicos llevan a cabo.^{8,34}

La formación y la práctica médica está marcada por el distanciamiento hacia las y los pacientes, comportamiento poco afectivo, rapidez en las consultas, es decir, una interacción poco cercana e insuficiente para propiciar mejores condiciones de vida a las mujeres, lo que hace que la relación personal médico-paciente, sea distante y desigual,^{3,34} lo cual dificulta la interrelación con la mujer que vive violencia.

Y es así porque la currícula de medicina carece de formación que permita atenderla,^{8,35} las mujeres, en lugar de sentir apoyo y resolver su problema, se enfrentan a una doble victimización por parte de las instituciones.

Asimismo, y a pesar de las dificultades, opinan que pueden trabajar con los recursos existentes, aunque también identifican que no hay personal suficiente para atender la problemática, en particular, en el área de psicología:

No necesitamos de mucho recurso, ésa es una realidad, el recurso somos nosotros. (4H)

Pero el otro grave problema del sector salud que tenemos, es que no hay expertos en él, en esta solución, porque si bien hemos logrado que algunas mujeres o algunas personas se preparen para detectar a mujeres que son violentadas y cómo derivarlas a instituciones donde les pueden prestar ayuda dentro de nuestra misma institución, son pocos los recursos o pocas las inversiones que se han dado sobre este tema. (1H)

En este sentido, saben que un equipo multidisciplinario es el que debe asumir la responsabilidad y reto de atender la problemática.

Es un grave problema de salud pública la violencia y así lo han interpretado todas las instancias de salud. En la Norma Oficial 046 viene bien definido el proceder de cada integrante del equipo de salud, No importa la categoría, con el hecho de que estemos laborando en salud, somos responsables del cumplimiento. (4M)

Aunque se refirieron a la transdisciplinariedad, también aportaron, desde su experiencia, que el equipo debe estar formado por especialistas de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, medicina familiar, atención médica, asistencia legal, antropología social y psiquiatría; además, enfatizaron la importancia de establecer una buena comunicación entre las personas especialistas, pues facilitaría el seguimiento de los casos.

En este sentido, reconocieron la labor de trabajo social, destacando sus habilidades para detectar esta problemática y tratarla. En contraparte, declararon que médicas y médicos rehúyen esta misión, pero deben tratarla por el lugar estratégico y privilegiado que ocupan, ya que las mujeres acuden y les solicitan una ayuda que, paradójicamente, no está en su currícula ni en su formación.^{8,36,37}

En este sentido, las personas integrantes de los grupos focales reconocen capacidades distintas en las y los diferentes especialistas de la salud, cada cual necesario en diversos aspectos de la atención de la violencia de género: las médicas y médicos para detectarla en la exploración física e interrogatorio sobre algunos padecimientos y signos que están asociados, dado que, como se mencionó antes, las mujeres acuden principalmente con ellas y ellos; mientras que al área de trabajo social le reconocen la parte humana, capacidad de escucha y manejo desde lo emocional. Es un clamor que la problemática se atienda de forma integral, organizada y continua:

Yo creo que en la medida en que esto no lo tome en serio la Institución, –ahora sólo tocamos partecitas del problema–, no vamos a llegar a mucho. Tenemos que identificar claramente el problema, contar las muertes, contar los motivos de consulta, ver qué es violencia, los proyectos de investigación que den fuerza (...), mucho se queda en la parte romántica (...), cursos de sensibilización y no pasa de ahí (...), capacitación muy formal, desde quienes identifican los problemas, el médico familiar que está viendo que reiteradamente está siendo maltratada una señora, un señor, un adulto mayor, un niño, (...) los servicios, creo que ya tenemos que dar ese paso. (4 M)

Las personas que integraron los grupos focales abogaron porque se brinde una atención seria y de acuerdo con la gravedad de la violencia, de lo contrario, lejos de solucionarse, la situación puede empeorar, de modo que los programas y estrategias deben contemplar todas las aristas de este fenómeno tan complejo.

Hay que estructurar muy bien ese programa desde su primera etapa de la prevención, saber qué hacer en la atención, en la rehabilitación, si no, 30% de las parejas van a acabar en la cárcel, según las estadísticas que se han publicado de la violencia en las parejas, entonces el problema no es menor, es mayor, pero medio se conoce. (4M)

El personal directivo estatal del IMSS siente la necesidad de que se organice y se enfrente la problemática mediante la asignación de funciones y se aprovechen las potencialidades y los recursos existentes en la institución a través de su reorganización.

Sí queremos sensibilizar a nuestra población o a nuestros compañeros que están al frente, (...) les muestro, esto es lo que hubo en 2010, se lo muestro a la asistente médica, a trabajo social, a todos los que estamos, (...) qué te corresponde: nada más avisa, notifica, informa que alguien está siendo violentado. (4H)

En su discurso está presente que no tienen elementos para dar seguimiento a las mujeres violentadas, las refieren a instancias especializadas en el problema, pero consideran que la comunicación al interior del Instituto es deficiente, lo que dificulta dar seguimiento a las mujeres cuando se han canalizado, dado que no existen protocolos específicos.

Otro aspecto que destacaron, es la falta de coordinación entre los distintos sectores indispensables para enfrentar este fenómeno de manera integral y el más señalado fue el de impartición de justicia.

Conclusiones

Indudablemente se ha ganado terreno en materia de sensibilización en género. El personal de salud del IMSS reconoce la problemática de la violencia, tiene disposición para abordarla y también una actitud en pro de la incorporación de la perspectiva de género, siendo una exigencia para la institución y, en específico, para el área normativa encargada de esta problemática compleja, alcanzar las siguientes metas:

- Continuar con el diseño de programas de sensibilización y capacitación en contenidos técnicos de género y violencia de género para el reforzamiento en los niveles normativo, directivo y operativo.
- Diseñar estrategias para erradicar los temores del personal médico respecto a los aspectos legales, así como para el desarrollo de capacidades para la atención, dado que les genera miedos, culpas y sentimientos adversos en la atención de la violencia hacia las mujeres.

- Conformación de un equipo multidisciplinario para la atención integral.
- Desarrollar la normatividad interna específica, tanto para la inclusión de la perspectiva de género, como para la atención de la violencia.
- Empezar acciones para la transversalización de la perspectiva de género en los diversos programas del IMSS, así como la incorporación del lenguaje incluyente, lo que permitirá brindar los servicios de salud en un marco de derechos humanos y de igualdad.
- Propugnar para la incorporación de los asuntos de género y violencia de género en la currícula de la carrera de medicina.

Asimismo, los resultados sugieren algunas líneas de investigación futuras como la sensibilización de los directivos y tomadores de decisiones respecto a los cambios que se requieren para incorporar la perspectiva de género en la atención, así como investigar a profundidad las percepciones de las personas prestadoras de servicios durante la operación de los mismos.

Por otra parte, y aunado a lo anterior, se deben considerar en las investigaciones futuras los recursos, las condiciones de la institución, la gestión, la organización y las posibilidades para la institucionalización de la perspectiva de género, así como la sensibilización y capacitación del personal que trabaja directamente con la población derechohabiente, siendo también importante abordar a los máximos tomadores de decisiones en la cúpula, dado que en este tipo de temáticas, que no son biomédicas, pero sí impactan en la salud, la voluntad política es fundamental.



Referencias bibliográficas

1. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'. En: Lamas M. (Comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa/PUEG; 1996.
2. De Barbieri T. Sobre la categoría de género. Una introducción teórica metodológica. RIS mayo-agosto 1992; 6(2):50-66.
3. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM; 1990.
4. Valdez R. Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Torres M. (Comp.) La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México; 2004.
5. Serret E. El feminismo mexicano de cara al siglo XXI. El Cotidiano 2000 marzo-abril (100):42-51.
6. Cazés D. La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. México: Conapo; 1998.
7. Gómez E. Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2000.
8. Herrera C. Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México. México: UNAM/PUEG, Flasco, INSP; 2009.
9. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Presidencia de la República; 2013.

10. Castro R, Riquer F. Marco Conceptual. En busca de nuevas direcciones hacia las cuales mirar. En: Castro R, Riquer F, Medina ME. (Coords.) *Violencia de Género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*. México: INMUJERES/CRIM-UNAM/INEGI; 2004.
11. González S, Contreras J. La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS. En: Lerner S, Szasz I. (Coords.) *Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México. Tomo II*. México: El Colegio de México; 2006. p. 333-379.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México: Diario Oficial de la Federación; 2000.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. México: Diario Oficial de la Federación; 2008.
14. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México: Diario Oficial de la Federación; 2007.
15. Nájera A. Relaciones de Género. En: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados. Serie Investigación y Evaluación, No. 8*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados. Serie Investigación y Evaluación, No. 8*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Documento Metodológico, No. 7*. México: Coordinación de Salud Reproductiva-IMSS; 2000.
18. Cámara de Diputados. LX Legislatura. Propositiones con punto de acuerdo presentadas en la LX legislatura turnadas a comisión [Monografía en Internet]. México: Cámara de Diputados: c2006-2013[citado 2012 junio 26]; [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://sitl.diputados.gob.mx/proposiciones.php?filit=ALTERNATIVA&pert=&dot=D&comt=0>.
19. Chafetz J, Saltzman J. *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra; 1992.
20. Lerner G. *The Creation of Feminist Consciousness*. Nueva York: Oxford; 1993.
21. Instituto Nacional de las Mujeres-Instituto Politécnico Nacional (INMUJERES-IPN). *Perspectiva de Género en los Programas e Informes de la Administración Pública Federal. Cuadernos de Trabajo 4*. México: INMUJERES-IPN; 2008.
22. Fondo Social Europeo. *Proyecto Equal Malabaristas del Tiempo. Módulo II. La sensibilización como estrategia de cambio*. Granada: Fondo Social Europeo; 2005.
23. Papí N. Campañas de sensibilización para la conciliación de la vida laboral y familiar: una propuesta de investigación para la igualdad de género. En: Álvarez-Pousa L, Puñal-Rama AB, Evans-Pim J. *Comunicación e xénero: actas do Foro internacional celebrado en-liña e en Pontevedra, entre o 9 de outubro e 25 de novembro de 2006*. Alicante: Colexio Profesional de Xornalistas de Galicia-Observatorio Galego dos Medios; 2007.
24. Geertz C. *Descripción densa. La interpretación de las culturas*. México: Gedisa; 1991.
25. Ritzer G. *Fenomenología y etnometodología. Teoría Sociológica Contemporánea*. México: McGraw Hill; 1995.
26. Castro R. En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S. (Comps.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa*. México: El Colegio de México; 1996. p. 57-85.
27. Bitrán M. *Investigación en Educación Médica. Ars Médica* [en línea]; [consultado 26 junio 2012]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica15/Investigacion.html>
28. Mercado F, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Dossier [en línea]. 1999-2000 [consultado 26 junio 2012]. Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>
29. Ruíz J. De la Interpretación al lector. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996. p. 215-246.
30. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing Focus Groups. *BMJ* 1995;(311):299-302.
31. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). *Guía Conceptual para elaborar presupuestos institucionales con perspectiva de género*. México: INMUJERES; 2003.
32. García PE. Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud. En: Hernán M. *Salud Pública. Enfoque Bioético*. Caracas: Editorial Disinlimed; 2005.
33. Institute of Medicine. *Confronting Chronic Neglect: The education and training of health professionals on family violence*. Washington: National Academy of Sciences; 2002.
34. Castro R. *Habitus profesional y ciudadanía: hacía un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. En: Castro R, López-Gómez A. *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: U de la R/CRIM-UNAM; 2010.
35. Argüello H. Prevención y atención de la violencia familiar y de género. En: Freyermuth G. (Coord.) *Monitoreo de la atención a las mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud*. México: INMUJERES/CIESAS Sureste; 2011. p. 291-351.
36. Valdez R, Flores F, Juárez C. Representaciones sociales de la violencia hacia las mujeres embarazadas entre médicos y parteras durante la atención prenatal. En: López C, Uribe F, Vázquez J. (Coords.) *Globalización, Violencia y Derechos Humanos. Entre lo manifiesto y lo oculto*. México: ITACA/UAM; 2005.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas; 2002.