

COMPRENSIÓN SOCIO-ÉTICA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTADO ARAGUA, VENEZUELA.

UNDERSTANDING SOCIAL ETHICS OF GENDER VIOLENCE ON PRIMARY CARE PERSONAL. ARAGUA STATE. VENEZUELA.

Marbella Camacaro Cuevas¹; María Naranjo^{2,3}, Karina AbouOrm Saab¹

ABSTRACT

Gender violence is a priority issue of human rights of women and Venezuela, he has placed on its agenda with the enactment of the Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence (2007). In order to analyze the level of socio-ethical attention on gender violence that has medical staff of primary care network Municipality Girardot understanding, a descriptive, cross-sectional study with a field design. The population was medical staff working in this municipality, which was selected through a non probabilistic intentional sampling 56 people, for data collection was applied an instrument with open and closed questions, following validation and pilot. Results show that 64.24% of the / as medical / as respondents not having attended any victims of gender violence; 62.50% consider attending victims may not report cases of violence by not witness it; 30.35% state that drugs and alcohol are factors that cause aggressive behavior in men; with mental and psychosocial disorders whose behavior prevails in 55.34% and 58, 92% believe that the first signs of aggression in the couple start in dating. These results suggest that gender violence is not identified as a public health problem and that there is ignorance of the legal norms that justify the non reporting of the incident by not having witnessed and still prevalent conception of gender violence crossed by myths and cultural assumptions.

KEY WORDS: Domestic violence, violence against women, medically qualified health personnel.

RESUMEN

La violencia de género es un tema prioritario de los derechos humanos de las mujeres y Venezuela, lo ha colocado en su agenda con la promulgación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Con el objetivo de analizar el nivel de comprensión socio-ética, relativo a la atención de la violencia de género que posee el personal médico de la red de atención primaria del Municipio Girardot, se realizó un estudio descriptivo, transversal, con un diseño de campo. La población correspondió al personal médico que labora en este Municipio, de la cual fue seleccionada, mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional 56 personas, Para la recolección de datos fue aplicado un instrumento con preguntas abiertas y cerradas, previa validación y prueba piloto. Los resultados refieren que 64,24% de los/as médicos/as respondieron no haber atendido víctimas de ningún tipo de violencia de género; 62,50% considera que de atender víctimas no pueden denunciar los casos de violencia por no ser testigos de la misma; 30,35% manifiestan que las drogas y el alcohol son factores que originan las conductas agresivas en los hombres; con trastornos mentales o psicosociales cuya conducta prevalece en 55,34% y 58, 92% estiman que los primeros signos de agresividad en la pareja empiezan en el noviazgo. Estos resultados sugieren que la violencia de género no es identificada como un problema de salud pública, y que existe desconocimiento de la normativa legal porque se justifica la no denuncia del hecho por no haber sido testigo y sigue prevaleciendo una concepción de la violencia de género atravesada por mitos y supuestos culturales.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género, violencia contra las mujeres, capacitación médica, personal de salud.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género constituye un problema de salud pública y de violación de los derechos humanos de las mujeres, enraizada en las características

patriarcales de las sociedades donde prevalecen estructuras de subordinación hacia las mismas, comprenderla obliga a insistir en su especificidad, lo cual es posible desde el género.¹ Esta problemática es una discusión prioritaria en la agenda de los derechos humanos de las mujeres. En Venezuela, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, contempla específicamente, atribuciones del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Artículo 21), para ejecutar planes de capacitación e información para el personal de salud que labora en los establecimientos con el objetivo de que actúen adecuadamente en la atención, investigación y prevención de la violencia de género.²

Recibido: 30/04/2015 Aprobado: 20/05/2015

¹Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro" Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. ²Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon", ³Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo- Núcleo Aragua.

Correspondencia: bellacarla1802@hotmail.com

La violencia de género ocurre en todos los ámbitos sociales. Los centros de salud representan un espacio importante, por ser el primer eslabón donde acuden las víctimas y cuya responsabilidad es atender, prevenir, denunciar y erradicar la violencia de género, específicamente la violencia intrafamiliar y la sexual, debido a que ambos tipos de violencia en muchos casos puede ser mortal.³ Estudios a nivel mundial han demostrado y destacado el impacto dramático que tiene este tipo de violencia en las sociedades. En el ámbito de la salud la violencia se ha aceptado como un problema de salud pública, debido a que una de sus consecuencias es la lesión física, la cual provoca demanda de atención médica, discapacidad o la muerte. Sin embargo, el problema va más allá del ámbito de la salud física, siendo de fundamental importancia los daños psicológicos y el impacto social que ocasiona. La magnitud de la violencia se refleja en el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, desequilibrio emocional, discapacidad permanente o temporal.⁴

En Venezuela la obtención de datos sobre la Violencia contra las Mujeres, continúa siendo una limitación grave para la comprensión del problema, para diseñar estrategias asertivas, para conocer su magnitud y alcance en la calidad de vida de ese gran sector de la población sumida en el terror de la violencia doméstica. De un total de 2.827 datos registrados en el año 2003 y primer semestre del 2004, encontramos que el maltrato se concentra en jóvenes menores de 25 años y en mujeres hasta los 40 años (74,52%).⁵ Parece no importar el índice educativo ni la edad de la mujer para que sufra violencia basada en el sexo. Entre los mayores riesgos para la salud de las mujeres está la violencia doméstica, algunas estadísticas refieren que cada 10 días muere una mujer por violencia de género en Caracas.⁶

Lo anterior refleja la necesidad de prestar atención adecuada desde el sector salud, a las víctimas de violencia y visibilizar la violencia de género como un problema de la salud colectiva. Los centros de salud representan un espacio fundamental para esto, por lo que es necesaria la generación de conocimiento que permita mejorar el trabajo que se realiza desde los servicios de atención primaria por ser los primeros donde acude la víctima de violencia. En este sentido, en el presente estudio se planteo como objetivos, analizar la comprensión socio-ética sobre violencia de género que tiene el personal médico que labora en la red de atención primaria del Municipio Girardot a fin de establecer el nivel de preparación del personal médico para la atención en salud de las víctimas de violencia de género, determinar el nivel de comprensión del personal médico sobre el origen de la violencia de género y generar aportes que puedan

contribuir al diseño de políticas y programas para brindar atención adecuada a las víctimas de violencia que acuden a los centros de atención primaria del Ministerio de Salud.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con un diseño de campo. La población correspondió al personal médico que labora en la red de atención primaria del Municipio Girardot en el estado Aragua, que cuenta con el mayor número de establecimientos de atención primaria de esta entidad federal. La muestra quedó conformada por 56 personas, utilizando para su selección un muestreo no probabilístico, de tipo intencional donde se incluyeron médicos/as cirujanos y médicos/as integrales comunitarios. La técnica de recolección de datos consistió en la aplicación de forma directa, previo consentimiento informado de las personas, un instrumento con preguntas cerradas y abiertas, el cual fue sometido previamente a una prueba piloto, para su validación.

Una vez aplicados los instrumentos a las preguntas abiertas se les realizó un análisis de categorización y con el programa Excel se registraron, tabularon y clasificaron las preguntas cerradas.

El análisis de resultados se llevó a cabo, utilizando la perspectiva de género, la cual permite captar el sentido de muchas prácticas y conductas, individuales e institucionales, prácticas individuales e institucionales para visibilizar aspectos relativos a la violencia de género que otros paradigmas obvian.⁷ Si precisamos algunos aspectos metodológicos, podríamos decir que el género es una categoría social como lo son la raza, la clase, etc. que atraviesa y es atravesada por todas las otras categorías sociales, y que como tal tiene su base material en un fenómeno natural que es el sexo.⁸

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo conformada por 56 personas, de las cuales 57,14% correspondieron a médicos/as cirujanos/as y 41,07% a médicos/as integrales comunitarios; 60,71% son mujeres mientras que 39,28% hombres. Así mismo, 51,78% pertenecían a grupos de edades entre 20 y 25 años, 25% entre 26 y 30 años y 23,18% a mayores de 30 años.

En relación a la atención de víctimas de violencia, 64,28% refirió (Tabla 1) *no haber atendido*

víctimas de ningún tipo de violencia de género durante su ejercicio profesional en la red primaria de atención; sin embargo, según datos nacionales e internacionales existe una alta incidencia en relación a la violencia contra las mujeres, por lo que este resultado puede estar indicando una falta de capacidad para la identificación de las víctimas.

En cuanto al origen de la agresividad de los hombres, 30,35% considera que las drogas y el alcohol son factores que originan las conductas agresivas (Tabla 3). Este resultado sugiere que en los/las profesionales que laboran en el nivel de atención primaria existe predominio de un mito social que relaciona el

Tabla 1. Atención a víctimas de violencia de género

Atención a las Víctimas	Frecuencia	%
Sí	19	33,92
No	36	64,28
No Respondió	01	1,76
Total	56	100

Con respecto a la potestad de denunciar hechos de violencia de género que tiene el personal de salud, 62.50% considera que *no puede denunciar porque no es testigo del hecho* (Tabla 2). Este resultado evidencia un desconocimiento de la ley por parte del personal que labora en los servicios de atención primaria, debido a que según esta normativa la violencia contra las mujeres dejó de ser considerado un problema privado y pasa a ser un problema de dominio público, donde el profesional que atiende a la víctima está en la obligación de denunciar el hecho.

origen de la agresividad con las drogas y el alcohol. Si bien es cierto que tanto las drogas como el alcohol pueden detonar las conductas agresivas, estas no constituyen el origen de las mismas, pues responden a factores educativos y estructurales de la sociedad.

Al indagar sobre el comportamiento social que prevalece en los hombres que ejercen violencia de género, 55,34% de médicos/as, (Tabla 4) estima que estos hombres ejercen este tipo de violencia, evidencian rasgos

Tabla 2. Potestad para denunciar el hecho de violencia de género

Potestad de Denuncia	Frecuencia	%
Ud. tiene potestad legal de denunciarla	09	16,07
No puede denunciar por no ser testigo del hecho	35	62,50
La potestad de denunciar es de la víctima	12	24,42
Total	56	100

Tabla 3. Origen de la agresividad de los hombres

Origen de la Agresividad	Frecuencia	%
Drogas y alcohol	17	30,35
Naturaleza masculina	04	7,14
Nivel socioeconómico	16	25,57
Construcción cultural de la masculinidad	19	33,92
Provocación de las mujeres	0	0
Total	56	56

Tabla 4. Comportamiento social de los hombres

Tipos de Comportamiento	Frecuencia	%
Patologías psiquiátricas	08	14,28
Aceptable dentro de lo social	25	44,64
Violento en público	10	17,85
Evidencia rasgos sociopáticos	13	23,21
Total	56	100

Tabla 5. Situaciones de ocurrencia de las acciones violentas

Acciones violentas	Frecuencia	(%)
En el noviazgo	33	58,92
Después del matrimonio	20	35,71
Tras tener los hijos	03	5,35
Al independizarse los hijos	0	0
Total	56	100

Tabla 6. Definición de violencia de género

Violencia de género	Frecuencia	(%)
Violencia independiente del género	13	23,21
Violencia específica contra las mujeres	05	8,92
No respondió	38	67,85
Total	56	100

de trastornos psico-sociopáticos. Esto corresponde a otro mito social que ha perdurado durante mucho tiempo generándose una justificación de los actos del agresor por considerarse un problema mental.

En relación al inicio de las acciones violentas o primeros signos de agresividad en la pareja, 58,92% manifestó que estos signos aparecen durante el noviazgo (Tabla 5). Al preguntárles por una definición de violencia de género, 67,85% no respondió y 23,21% contestó que la violencia de género ocurre entre personas independientemente de su género, lo cual evidencia el desconocimiento de la especificidad de este tipo de violencia, tan sólo 8.92% respondió que se trata de una violencia ejercida específicamente contra las mujeres. (Tabla 6).

Estos resultados contribuyen a reforzar lo expresado anteriormente, en relación a la falta de conocimiento y de formación adecuada con respecto a este importante problema de salud pública, por parte de médicos/as encuestados/as.

DISCUSIÓN

Se constató que el mayor porcentaje 64.28% de los/as encuestados/as manifiesta no haber atendido víctimas de ningún tipo de violencia de género durante su ejercicio profesional en la red primaria, lo cual llama la atención porque estadísticas arrojadas por los propios organismos gubernamentales y declaraciones de la Dirección Regional del Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de género, indican que el estado Aragua está ubicado en el sexto lugar a nivel nacional en relación al número de casos de violencia hacia la mujer, teniendo al municipio Girardot como la primera jurisdicción en denuncias y casos presentados de este tipo.¹⁰

En relación a instrumentos legales que penalizan la violencia contra las mujeres, uno de los alcances fue desmitificar que dicha violencia era un problema privado, visibilizándolo como un problema de interés colectivo y de responsabilidad por parte del Estado. Sin embargo, cuando se indagó sobre la potestad que ellos/as tenían como personal de salud de denunciar cuando atendían víctimas de violencia de género, 62,50% consideró que no podía denunciar porque no eran testigos del hecho de violencia, constituyendo esto una situación preocupante para la adecuada atención/erradicación de este tipo de violencia ya que de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el

personal que atiende a la víctima tienen legitimación de denunciar.

El desconocimiento por parte del personal de salud en su obligación de denuncia no sólo impide la prosecución positiva del problema sino que agrava la impunidad en la violencia de género, lo cual es considerado uno de los obstáculos más difíciles de solucionar relativo a este tipo de violencia. Lo antes mencionado es referido en el Informe sobre la Democracia y los Derechos Humanos en Venezuela, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el cual aborda la problemática que acarrea la falta de sensibilización y capacitación de aquellos funcionarios/as que influyen directamente en la atención de las víctimas de violencia de género.¹¹

Es importante resaltar que la población objeto de estudio, a pesar de tener una formación universitaria, mantienen una concepción mitificada sobre la violencia contra las mujeres, la cual dista de la realidad científica de la misma. En relación a este planteamiento, se evidenció que 30.35% considera que las drogas y el alcohol son factores que originan las conductas agresivas por parte de los hombres; así mismo, 25,57% estima que ésta violencia se origina en poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Estos resultados expresan el desconocimiento de estos profesionales en relación a que la violencia de género se mantiene por factores estructurales de una sociedad patriarcal, ya que si bien es cierto que las drogas, alcohol y la pobreza son circunstancias de vida que favorecen la aparición de situaciones de violencia, estas no constituyen las razones de origen de la misma.

En relación al planteamiento anterior, estudios internacionales sobre el tema señalan que alrededor de 40% de los maltratadores no tiene problemas de abuso del alcohol. El consumo de alcohol puede ser un factor que ayuda a desencadenar actos agresivos, pero no es la causa del maltrato. El desempleo, la pobreza y el hacinamiento aunque no son causa de los malos tratos, sí influyen en los mismos, en tanto que esos factores pueden representar una amenaza al rol del hombre en el hogar.¹²

Otro aspecto que resalta es que, dada la construcción socio/cultural de la violencia contra las mujeres, prevalece la idea de que los agresores son hombres con trastornos mentales o psicosociales, mito que predomina en los/as entrevistados/as, ya que 23,21% manifestó que el comportamiento social que prevalece en los agresores es la evidencia de rasgos sociopáticos, sumado a un 14,28% que expresó que se debe a comportamientos que sugieren patologías

psiquiátricas. Al respecto, muchos estudios señalan que la construcción de la identidad masculina tradicional ocasiona en los hombres una represión de la esfera emocional, lo cual, los inhabilita o incapacita para la comunicación en la resolución de conflictos, determinando conductas agresivas para resolver conflictos con la pareja.¹³

Se evidenció que los/as encuestados/as en 32,92% reconocen que la agresividad de los hombres responde a la construcción cultural de la masculinidad y 44,64% refiere que la mayoría de los agresores tienen un comportamiento aceptable dentro de lo social, además 58,92% considera que el inicio de las acciones violentas aparecen durante el noviazgo. Estos datos pueden estar demostrando cambios en la concepción del personal de salud, en torno a la violencia de género.

Se concluye que los resultados obtenidos evidencian que este tipo de violencia no es identificada como un problema de salud pública por el personal médico de atención primaria del municipio Girardot, lo cual amerita por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud dar cumplimiento al artículo 27 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el cual contempla.

"El ministerio con competencia en materia de salud ejecutará los planes de capacitación e información, conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud que ejerce actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en esta Ley".

En este mismo orden de ideas, es de vital importancia que las universidades dimensionen su papel en materia de violencia de género, dando cumplimiento al artículo 25 de dicha Ley que establece:

El ministerio con competencia en materia de educación superior, desarrollará acciones para transversalizar los planes con la perspectiva de género y tomará las medidas necesarias para eliminar de los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación. Así mismo, tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de la violencia basada en género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia.

En este trabajo se evidencia, la existencia de una concepción de la violencia de género atravesada por mitos y supuestos culturales que traen como consecuencia la justificación de los actos de los agresores, la banalización del sufrimiento de las víctimas y la doble victimización de las mismas. Todo ello, impacta negativamente en la posibilidad de denuncia, prosecución positiva de los casos, erradicación y prevención del problema. Finalmente se recomienda, las casas de estudios, proponer la realización de planes de formación dirigidos no sólo al personal médico sino también al equipo de salud que labora en atención primaria; realizar talleres de formación a los estudiantes de medicina que realizan pasantías en los servicios de atención primaria e incorporar como parte de los programas que lleva el Ministerio de Salud la violencia de género como problema de salud pública.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo ha sido financiado por el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldón", Maracay, estado Aragua. Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Gita S, Asha I, Piroška Ó. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación ocasional N° 14 2005:6.
- 2) La República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Venezuela (2007).
- 3) Torres, F. La violencia en casa. Paidós, México.2001.
- 4) Hjar-Medina M, Flores-Regata L, Valdez-Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pública Mex. 2003; 45:252-258.
- 5) AVESA: Boletín en Cifras: Violencia contra las Mujeres Caracas, Venezuela 2003 - primer semestre 2004
- 6) Fundación Juan Vives Suría . Derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Serie Derechos Humanos N°2. Ministerio del Poder Popular para la Cultura. 2011.
- 7) Comesaña, G. La ineludible metodología de género. Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Universidad Nacional Experimental "Rafael María Baralt". Venezuela. 2004;8 (1)
- 8) Facio, A. Cuando el género suena, cambios trae. Mediateca de las mujeres. Universidad de los Andes. Fondo Editorial "La escarcha Azul". Mérida, Venezuela. 1995.
- 9) Pozzio, M. El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. Revista Salud Colectiva. Argentina. 2014; 10(3):325-337 Septiembre-Diciembre
- 10) El Periodiquito. [actualizado 24 nov 2014; citado 20 mar 2015]. Disponible en: <http://www.elperiodiquito.com/article/43810/Aragua-ocupa-el-sexto-lugar-en-casos-de-maltrato-a-la-mujer>
- 11) Baiz, R. Justicia y Género. Violencia de género contra las mujeres. Editorial Atenea. Caracas, Venezuela. 2011, p.p 139.
- 12) Guía de atención contra el maltrato. Emakunde 2006 p.p 35-36.
- 13) Corsi, J y cols. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina. 2002, p.p 128.