

**Violencia conyugal y salud pública:
El sector salud y el derecho de las mujeres
de vivir una vida sin violencia**

Lea Guido L.

La presente reflexión es elaborada desde una perspectiva de género y salud pública. El análisis aborda por qué la violencia conyugal hacia la mujer es un problema de salud.

Se define a la violencia entre seres humanos como una forma de relación social, cuyo objetivo es la dominación y control; que se expresa a diferentes niveles de la realidad social, en múltiples expresiones, causa daño físico y emocional e impacto en las condiciones de vida de quien o quienes la viven en forma directa o son testigos de ella.

Como señala Foucault,¹ pareciera que la violencia ha sido regulada y no prohibida, y el cuerpo humano ha sido objeto del poder; afirmación que sugiere que la economía de lo ilegal y lo ético ha sido modificada a lo largo de la historia. ¿Puede el sector salud contribuir al respeto de los derechos humanos de las mujeres para vivir una vida sin violencia? ¿O los tomadores de decisiones dejarán a la ética individual de cada prestatario de salud el apoyar o no a las mujeres víctimas de violencia?

¹ Michel Foucault. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI, México, 1996.

La salud pública

El conocimiento sobre la violencia conyugal ha evolucionado. No es sólo por los datos de estudios académicos que se le define como un problema de salud pública; hay otros aspectos sociales y culturales que van más allá de la visión médica o epidemiológica que han incidido en catalogarla como tal. La violencia como situación social ha tenido visibilidad gracias al movimiento feminista; esta forma de evidencia podría ser análoga con la que otros movimientos sociales han ejecutado en aspectos que lesionan sus derechos y bienestar, tal como el movimiento obrero y la lucha por mejores condiciones de trabajo, los movimientos contra el racismo o el movimiento actual contra el trabajo o la explotación sexual de niños y niñas. Esos eventos están relacionados con la tesis de que *los avances de los derechos de las personas contribuyen a un concepto positivo de la salud, no como ausencia de enfermedad.*

² Jaime Breilh. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología.* Ceas, Quito, 1994.

³ Raynald Pineault y Calore Daveluy. *Planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias.* Masson, Madrid, 1987.

La salud pública, como lo señala Breilh,² Pineault y Daveluy,³ convoca diferentes campos y saberes. La salud pública es definida como una disciplina sin fronteras, que no se reduce a una práctica institucional ni a un área del conocimiento. Está sintetizada en el saber social y las capacidades de una sociedad para producir y proteger la salud. Otra característica de la salud pública es el estudio de la salud colectiva y la ubicación de las situaciones particulares individuales en contextos más amplios.

La salud pública tiene puntos de partida interdisciplinarios; su centro de interés y objeto de estudio son los diferentes aspectos,

determinantes en el bienestar humano tanto físico como emocional, sean éstos biológicos, psicológicos, sociales, relacionados con la cultura, el entorno y las respuestas sociales existentes (San Martín,⁴ Breilh,⁵ Castellanos,⁶ Farmer).⁷ Los determinantes han sido operacionalizados de diferentes maneras; este trabajo los plantea a partir del concepto de las *condiciones de vida*, entendiéndolas como el proceso reproductivo de toda la sociedad, que tienen un carácter dinámico y pueden mejorar o deteriorarse por modificaciones en los procesos naturales y sociales. Las condiciones de vida se pueden operacionalizar en cuatro grandes campos:

- la dimensión de los procesos marcadamente biológicos, relacionados con el potencial genético y las capacidades inmunológicas.
- La dimensión que aborda procesos relacionados con lo ecológico, condiciones de hábitat, ambiente laboral y residencial.
- La dimensión de los procesos de introyección de las formas de conciencia y conducta, de creación de los hábitos.
- La dimensión de los procesos relacionados con la organización social de la economía y su articulación con la producción, distribución, consumo de bienes y servicios.

Toda esa multiplicidad forma un todo, con contradicciones en cada dimensión entre el impacto de los procesos reproductivos y las respuestas sociales compensatorias.⁸

⁴ Henán San Martín, Antonio Carlos Martín y José Luis Carrasco de la Peña. Ediciones Díaz Santos, Madrid, 1985.

⁵ Breilh, *op. cit.*

⁶ Pedro Luis Castellanos. "Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico", en *Taller Latinoamericano de Medicina Social. IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social*, Medellín, 1987.

⁷ Paul Farmer. *Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes*. 1999, fotocopia.

⁸ Pedro Luis Castellanos. *Sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. os/os, 1991. Borrador de trabajo.

Esta forma de pensar la salud como una construcción social, además de relacionarla con los determinantes mencionados, la vincula a los derechos y las desigualdades sociales, sean éstas sobre la base del género, clase, étnicas, culturales, edad u otra índole.⁹

⁹ *Idem.*

El tema de las desigualdades sociales y la salud ha cobrado importancia en el debate de salud pública tanto en los países de altos ingresos como en los del tercer mundo, en el análisis de las diferen-

¹⁰ Murray et al. "Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales: ¿qué debemos medir?", *Boletín ONI*, núms. 10-15, 2000.

cias en salud entre países, grupos sociales y entre individuos.¹⁰

Un factor explicativo de las brechas en las situaciones de salud son las *iniquidades en salud*, definidas como condiciones injustas que pueden ser modificadas por intervenciones políticas, económicas y técnicas. Éticamente lo evitable es un factor clave, porque si no puede ser transformado, no puede ser injusto. La identificación de una iniquidad implicaría fortalecer la igualdad de oportunidades para los diferentes grupos, distribución de recursos de un modo más justo, reforzar los derechos y la autoestima. Esto tendría un impacto positivo, además del acceso a servicios de salud de calidad.

La referencia en la literatura de salud a desigualdades sociales o iniquidades generalmente se centra en el tema del ingreso y se hace poca referencia a otras desigualdades sociales. Sin duda el ingreso es clave para referirse a la mortalidad prematura, pero se olvidan factores como el género, que es estructurante en todo grupo humano y que se articula con todas las jerarquías sociales, como clase, edad, etnia, religión, para mencionar las más importantes; que son

indispensables porque marcan la diferencia en el acceso a servicios, derechos y libertad de opciones. Si queremos conocer sobre las condiciones y calidad de vida de las personas, necesitamos conocer:

no sólo del dinero que tienen o del que carecen, sino también qué tan capaces son de conducir sus vidas. ...Deberos saber de sus expectativas de vida... sobre su salud y los servicios médicos, conocer su educación –y no sólo la disponibilidad de ésta... sobre el trabajo, si es satisfactorio o tediosamente monótono ...si las relaciones entre los patrones y la mano de obra es humana o denigrante. Es necesario saber qué privilegios legales y políticos disfrutan los ciudadanos, qué libertades tienen para conducir sus relaciones sociales y personales. Es necesario saber cómo están estructuradas las relaciones familiares y las relaciones entre los géneros...¹¹

¹¹ Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (comps.). *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.

¿Qué define a la violencia conyugal como problema de salud pública?

Castellanos plantea como misión de la salud pública la transformación de la situación de salud para que no interfiera con las posibilidades de desarrollo humano, tanto a escala individual, de grupo y societal. Y agrega que la situación de salud está relacionada, por una parte, con quién explica el problema y desde qué puntos de vista lo describe y lo explica. Según este autor, una situación de salud-enfermedad es:

- Una selección de problemas que afectan a grupos humanos seleccionados.
- Una enumeración de hechos relevantes que describen los problemas seleccionados.
- Una explicación de las relaciones entre los diferentes procesos, niveles y espacios donde se produce el problema.

¿Qué problemas afectan a las mujeres que impiden su desarrollo humano y bienestar? La situación y condición de las mujeres han sido sujeto de estudios, han dado lugar al desarrollo de investigaciones en diferentes disciplinas e incluso a la creación de una nueva disciplina denominada generología, que abarca el análisis de las relaciones sociales entre los sexos, las semejanzas, diferencias e identidades de género a lo largo de la vida.¹² La selección

¹² Juan Fernández (coord.). *Género y sociedad*. Pirámide, Madrid, 1998.

y análisis de los problemas que afectan tanto a las mujeres como a los hombres deben pasar bajo el tamiz de género; los problemas de salud sean específicos de las mujeres o de los hombres, o compartidos por ambos, tienen consecuencias sociales diferenciadas según el género. En el caso de la violencia conyugal implica hacer una lectura de cómo ésta afecta la vida de las mujeres, describir las características, la magnitud e impacto en el bienestar, así como

¹³ W. Dab "Epidemiologie", en *Sante publique*, bajo la dirección de Gilles Brucker y Didier Fassin, Marketing, París, 1989.

las teorías y modelos que ubiquen el papel del sector salud. Nos proponemos utilizar como guía a W. Dab¹³ quien contempla seis fases para establecer un problema de salud pública.

¿Qué es un problema de salud pública?

Se llama problema de salud a una situación de anomalía, un acontecimiento o situación planteada por uno de los actores de salud. El concepto de actores es más amplio que personal médico o paramédico, y el hecho a revelar no está caracterizado sólo por una patología, puede ser una enfermedad o una condición, un daño potencial, etc. En el caso de la violencia conyugal hacia la mujer, la revelación o visibilidad está vinculada a una historia de la condición de las mujeres. En forma casi anecdótica se puede señalar lo ocurrido en 1971 en Inglaterra, una marcha de 500 mujeres y niños que hacían demandas en relación con el costo de vida; esa movilización social logró la creación del centro Chicwick's Women's Aid. Las mujeres en sus reuniones comenzaron a revelar que eran maltratadas por sus compañeros, la severidad y el tipo del maltrato variaba en cada historia particular.¹⁴

Las historias de vida o testimonios son la primera forma y técnica de revelación utilizada por las víctimas de violencia y por el movimiento social para iniciar las denuncias. La violencia en contra de la mujer va a ser redescubierta, tanto en crónicas de las iglesias, juzgados y periódicos del periodo colonial y postcolonial en las Américas; en las colonias bajo dominio español o inglés aparecen relatos relacionados con el castigo a la esposa, que era tolerado e incluso legal en ciertas condiciones.¹⁵ Desde los años setenta hasta el presente, grupos como los de Chicwick's Women's Aid han

¹⁴ Emerson Dobash y Russell Dobash. *Violence Against Wives: a Case Against the Patriarchy*. The Free Press, Nueva York, 1979.

¹⁵ Eugenia Rodríguez Sáenz (ed.). *Entre silencios y voces: género e historia en América Central (1750-1990)*. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, San José, Costa Rica, 1997.

proliferado con el esfuerzo del movimiento feminista, tanto en los países ricos como en los llamados del tercer mundo.

¿Qué describen los testimonios? Varias investigaciones en contextos culturales diferentes, describen los relatos de mujeres víctimas, los tipos de violencia y que una misma persona puede sufrir varios tipos de violencia. En esos relatos la violencia psicológica es la constante que acompaña en los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres, y una misma mujer puede padecer diferentes eventos de violencia en su vida. Algunas formas de violencia pueden estar en el relato y no haber sido percibidas como tales por la mujer, como el sufrimiento psicológico que pasa a ser parte cotidiana de la vida de éstas.

¿Se conoce la importancia del problema de la violencia conyugal

Estimar cuántas personas son afectadas por la violencia conyugal ha sido un proceso relacionado con estudios académicos. Las apreciaciones dependen de las definiciones que son utilizadas, los propósitos de las investigaciones, así como las condiciones y contextos culturales en los que se indaga, rangos de edad y metodología de investigación utilizada. Los sistemas de información institucionales y registros estatales y, en particular, del sector salud, tienen serios vacíos y es hasta recientemente se toman medidas al respecto. Fue en 1993 cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció la violencia hacia la mujer como un problema de salud pública, y en 1996 lo hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las definiciones

La violencia conyugal o de pareja es conocida por diferentes apelativos: violencia hacia la mujer, mujer maltratada, violencia doméstica, violencia marital, violencia intrafamiliar hacia la mujer, relación de violencia, violencia íntima. En muchas ocasiones estos diferentes conceptos son usados en forma intercambiable pero cada uno de esos términos tiene significados específicos; por ejemplo, ésta es una definición del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OMS/OPS, con el propósito de crear indicadores en relación con la violencia de pareja: "The number of women age 15 or higher who have been beaten or physically mistreated in the last 12 months divided by the number of women age 15 or higher". Esta sería una definición operativa y restrictiva.

El National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC) utiliza el concepto de *intimate partner violence* relacionado con la violencia física, sexual y psicológica en la pareja.

Walker¹⁶ define como mujer maltratada a la que ha

sido golpeada y/o atacada psicológicamente, en forma severa por un hombre (algunas veces por otra mujer) con quien ella ha estado en una relación de romance íntimo y que con esta actitud él utiliza coerción para hacer lo que quiere, sin importarle sus derechos o sus deseos.

¹⁶ Leonor Walker. *La mujer maltratada*. Denver, 1993.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE -10) que permite una nomenclatura internacional de enfermedades, incluye eventos de violencia

conyugal en la sección Agresiones (relacionadas con el lugar de ocurrencia de la causa externa): homicidios, lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier medio, excluye lesiones debidas a intervención legal (Y35) y operaciones de guerra (Y36). Los códigos serían de X85 a Y09. Y de especial referencia a la *violencia conyugal de la Y04 a la Y09*. Por ejemplo, la Y09 que se refiere a homicidios, intento de homicidio, homicidio premeditado y homicidio casual.

Lo anterior ayuda a una codificación, pero da por sabido cada uno de los conceptos y posiblemente excluye ciertas manifestaciones de la violencia conyugal.

En muchas ocasiones en la violencia hacia la mujer por su pareja no está presente la fuerza física, ya que las pautas culturales avalan cierto tipo de hechos violentos en los cuales se utiliza principalmente el control y la coerción; por ejemplo, las relaciones sexuales forzadas, humillación, aislamiento u otras formas más sutiles de dominio. Los conceptos de control y coerción son importantes para definir otras formas de violencia en las que existe ausencia de la violencia física.

Muchas definiciones no incluyen lo que se entiende por violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia y coerción económica y patrimonial, dados los diferentes contextos culturales, en los cuales la víctima no es reconocida siempre como tal. Las listas de acciones de violencia pueden ampliarse o restringirse según los casos y contextos. Planteamos con fines ilustrativos cinco tipos de violencia que sufren las mujeres por sus cónyuges y que son frecuentes en sus relatos:

Violencia física. Son las acciones que ocasionan daño físico interno o externo y pueden provocar la muerte: golpes, empujones, jalones de pelo, bofetadas, mordiscos, quemaduras, cuchilladas, intentos de asfixia, pellizcos, patadas, estrangulamiento, lanzamiento de objeto, intento de asesinato, secuestro, cortaduras, amordazaduras, etcétera.

Violencia emocional. Conocida como psicológica, incluye las acciones que tienen como propósito denigrar, controlar y bloquear la autonomía de otro ser humano: expresiones verbales y corporales que no son del agrado de la persona, uso de armas para atemorizar, aislamiento, ridiculizaciones continuas, indiferencia, descalificación, amenaza a ella o a los hijos, control de los movimientos de la víctima: salidas, celos excesivos, etcétera.

Violencia sexual. Es todo acto que con intencionalidad sexual realiza una persona de forma directa o indirecta, en contra de la voluntad de otra persona, o bien cuando esta persona no tiene condiciones para consentir un contacto sexual o tocamientos no deseados. Penetración de cualquier objeto por vía vaginal, anal o bucal de manera forzada o sin el consentimiento de la pareja. Forzar a tener relaciones sexuales, forzar a relaciones en presencia de otros o con otros.

Violencia patrimonial o económica. Son aquellas medidas tomadas por el agresor u omisiones que afectan la sobrevivencia o bienestar de la mujer y sus hijos. Se refiere a la des-

trucción de bienes muebles e inmuebles, recuerdos familiares o de propiedad de la víctima; transformación, sustracción, falsificación de documentos; incumplimiento de las obligaciones económicas para la manutención; esta forma también tiene relación con la negligencia.

Negligencia y abandono. Descuido de las actividades básicas de la actividad diaria que generan deterioro de las condiciones de vida de la persona víctima y su seguridad. Particularmente esta forma de violencia es grave cuando la persona víctima tiene limitaciones físicas o cognitivas, o existe dependencia económica del agresor; negar atención médica y medicamentos cuando lo requiera.

Este artículo utiliza los conceptos de violencia de pareja y/o conyugal o íntima al referirnos a patrones de conducta de dominio y coerción que incluyen violencia física, sexual, psicológica, patrimonial, coerción económica, negligencia o abandono, que adultos o adolescentes usan hacia su pareja o expareja, casados o en unión de hecho, heterosexuales, homosexuales o lesbianas. Esta formulación pretende contener los principales tipos de violencia en las relaciones de pareja.

Sobre los tipos de violencia y su prevalencia

La violencia física es una de las formas más comunes y más estudiadas de violencia hacia la mujer en caso de pareja. Este hecho ocurre

en diferentes contextos culturales, grupos sociales y religiosos. Así lo demuestra la selección de encuestas analizadas por el *Informe del Population Report*, series L, 2000:8. Este documento contiene información sobre 50 encuestas basadas en muestras representativas realizadas en los diferentes continentes; éstas reportan que entre 10 y 50% de las mujeres entrevistadas contestan haber sido maltratadas físicamente por su compañero en algún momento de su vida. Datos de estudios de prevalencia basadas en muestras representativas en América Latina plantean que de cada cien mujeres mayores de quince años, entre 20 y 50% han sido víctimas de violencia.¹⁷ La amplitud de estos rangos puede estar relacionada con las definiciones de violencia utilizadas, el instrumento, tipo de preguntas, quién hace la pregunta, el contexto o ambiente y las condiciones culturales en las que se realizó la entrevista.

¹⁷ Lori Heise, A. Raikes, C. Watts y A. Zwi. "Violence Against Women: A Neglected Public Health Issue in Lessdevelopped Countries", *Social Science and Medicine*, núm. 39, 1994, pp. 1165-1179.

Violencia emocional, sexual y feminicidios

Sobre los otros tipos de violencia la información es menor, particularmente en lo que se refiere a la violencia sexual, no obstante resulta obvio que la violencia física o sexual va acompañada de un sufrimiento psicológico y es muy probable que alguien que utiliza la fuerza la use en un buen porcentaje para forzar a relaciones sexuales. La encuesta nacional realizada en Canadá por el Canadian Center for Justice, entre enero y febrero de 1993, plantea que medir la magnitud del problema no necesariamente mide la atmósfera de terror y

miedo que las víctimas sufren. Más de un tercio de las mujeres encuestadas declararon haber tenido miedo de perder la vida en algún momento de la relación. El tener miedo a la pareja o compañero de vida es un indicador de violencia que debe ser tomado en cuenta para la indagación; puede indicar una situación de alto riesgo; por ejemplo, la existencia de armas en la casa.

Las mujeres jóvenes adultas y mujeres mayores son más vulnerables a asaltos sexuales por su compañero o excompañero que por un extraño u otro miembro de la familia. Entre 33 y 46% de mujeres

¹⁸ American Medical Association. "Violence Against Women: Report from JWA", en JWA, núm. 267, 1992.

víctimas de violencia física por su pareja reportan haber sido forzadas a tener relaciones sexuales.¹⁸

Los actos coercitivos y de control suelen tomar diferentes formas, pueden ser letales. En 1996, 30% de las mujeres asesinadas en los Estados Unidos de Norteamérica fueron muertas

¹⁹ National Center for Injury Prevention and Control, en www.cjpc.usdoj.gov, 1998.

por su pareja (National Crime Victimization Survey-NCVS).¹⁹ Según el reporte de la Oficina Federal de Investigación (F.B.I.), la relación entre mujeres ase-

sinadas por su pareja, exesposo o novio en 1992 fue de 28% (1 414)

²⁰ Fernando Vélez. "III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables", en *Hoja Informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo*, as, 1999.

en contraste con 3% de hombres. El 12% de las mujeres asesinadas en Colombia fueron por maltrato conyugal.²⁰

En cuanto a la violencia económica, patrimonial y negligencia, la información puede ser captada en las estadísticas por medio de las demandas de pensiones alimenticias y judiciales o por estudios de caso, pero es poca la información. No encontramos encuestas que se refieran específicamente a estos aspectos de

violencia. Según C. Claramunt, especialista en mujeres que han sido víctimas de violencia en Costa Rica, este subregistro puede tener la explicación de que la violencia es más practicada y tolerada a causa de la paternidad irresponsable muy amplia en la mayoría de los países de América Latina.

Consecuencias de la violencia conyugal en la salud de las mujeres. Algunas evidencias

Impacto en el bienestar y la salud mental. Las víctimas de violencia conyugal tienen las mismas reacciones que otras víctimas de traumas. Durante la agresión, su primera reacción es la protección y la supervivencia, reacciones emocionales y confusión.²¹ Los efectos psicológicos del abuso en muchas mujeres son más debilitantes que el efecto físico: miedo, ansiedad, estado de cansancio, trastornos de sueño y depresión. Los trastornos psicológicos son uno de los efectos más comunes de la violencia conyugal hacia la mujer.²² Ellsberg²³ señala que un estudio en los EE.UU. encontró que 25% de las mujeres anglo-americanas y 50% de las mujeres afro-americanas que se habían intentado suicidar tenían antecedentes de haber sido víctimas de violencia conyugal.

²¹ *Idem.*

²² M. Koss. "The Women's and Mental Health Research Agenda: Violence Against Women", en *American Psychologist*, núm. 45, 1990, pp. 374-380.

²³ Mary Ellsberg et al. *Confitas en el infierno*. UNW, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Managua, 1998.

El estrés daña la salud. La violencia psicológica está relacionada con el estrés, condiciones de violencia, aislamiento, entre otras. La continua ansiedad, inseguridad y baja autoestima tienen un podede-

²⁴ Wilkinson y Marmot. "Social Determinants of Health: the Solid Facts", en <http://www.who.dk/healthy-cities>.

roso efecto en la salud: depresiones, aumenta la susceptibilidad a infecciones, diabetes, aumento de la presión en la sangre y riesgos de ataques cardíacos.²⁴

Violencia y salud reproductiva y sexual. Investigaciones realizadas en Estados Unidos de Norteamérica y Nicaragua plantean que una de cada cinco mujeres embarazadas son maltratadas físicamente, siendo la agresión a la mujer más frecuente y severa durante el embarazo; la mujer víctima de violencia tiene más riesgo de dar a luz un niño o una niña con bajo peso al nacer; el estudio fue publicado en el *Journal of American Medical Association* y es el seguimiento por

²⁵ J. McFarlane, B. Parker, Soeken y L. Koullock. "Assesing for Abuse During Pregnancy Severity and Frequency of Injuries and Associates Entry into Prenatal Care", *JMA*, núm. 267, 1992, pp. 3176-3178.

tres años de una cohorte de 691 mujeres blancas, afroamericanas e hispanas por A. McFarlane *et al.*²⁵

²⁶ *Idem.*

²⁷ *Idem.*

Los resultados de un estudio en el Hospital Regional de León, en Nicaragua, revelaron, luego de controlar otros factores de riesgo, que la violencia durante el embarazo contribuye a un bajo peso al nacer.²⁶ Ellsberg²⁷ plantea que las adolescentes sufren mayores riesgos de maltrato durante el embarazo y que constituyen un grupo altamente vulnerable.

Planificación familiar. La violencia por el compañero íntimo impide a muchas mujeres el uso de medios de planificación familiar y en muchas ocasiones se incrementa la violencia cuando el compañero descubre que la mujer está utilizando algún método de planificación. Muchas mujeres en Nicaragua y El Salvador señalan que ellas

²⁸ Lea Guibó. *Analyse de la situation de la santé au niveau local selon les*

no deciden sobre el control de nacimiento.²⁸

La violencia conyugal o de pareja incrementa la vulnerabilidad de la mujer ante enfermedades de transmisión

sexual. Limita la posibilidad de la mujer de negociar con su compañero el uso del condón.²⁹ Alrededor de 14 millones de mujeres se encuentran infectadas con VIH y la tasa de mujeres con esta epidemia continúan aumentando. Un estudio realizado por la OMS encontró como factor de riesgo para muchas mujeres con pareja estable la dificultad de tener relaciones sexuales seguras.³⁰

condition de vie par sexe-genre, (Etude d'une experience en Amérique Centrale). Memoire MA, Toulouse, 1995.

²⁹ *Idem.*

³⁰ Claudia García Moreno y Charlotte Watts. "Violence Against Women: its Importance for HIV/AIDS Prevention". WHO, 2000.

Mujeres asesinadas durante el embarazo. El análisis de mujeres que murieron durante el embarazo en Estelí, Nicaragua, en 1999, mostró que un tercio de las muertes estaban relacionadas con violencia conyugal (Ministerio de Salud). De igual manera, en la India, reportes verbales de autopsias realizadas en tres distritos de Maharashtra revelaron que 16% de todas las muertes durante la preñez estaban relacionadas con violencia de pareja.³¹ El Instituto de Medicina Legal de Colombia refiere que la violencia intrafamiliar contribuyó con 24% de lesiones personales, de las cuales la violencia conyugal representaba 68% y 93% de este maltrato.³²

³¹ *Idem.*

³² "Violencia Intrafamiliar" en Programa Mujer, Salud y Desarrollo en Hoja informática del <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdp/muje.htm>.

Los costos económicos y sociales de la violencia conyugal. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)³³ tipifica los costos de la violencia, y adaptó esta tipificación en relación con la violencia hacia la mujer:

³³ *Violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción.* Documento preparado para el Seminario BID, Cartagena, 1998.

Costos directos relacionados con el valor de bienes y servicios usados para tratar o prevenir la violencia. En ellos estarían los gastos de los servicios públicos y privados, sistema judicial, policía, salud, organismos no gubernamentales, albergues para mujeres maltratadas, comisarías y otros servicios sociales.

Costos no monetarios relacionados con el dolor y sufrimiento individual y de las personas testigos, particularmente niños; morbilidad no siempre atendida por los servicios de salud públicos o privados, mortalidad debida a feminicidios y suicidios, abuso de alcohol, drogas, desórdenes en alimentación, sueño, sexuales, etcétera.

Efectos multiplicadores económicos: impactos macroeconómicos, en el mercado laboral y productividad intergeneracional implican una participación menor de las mujeres en el mercado laboral, menor productividad, menores ingresos, ausentismo, impacto intergeneracional en los niños manifiestos en problemas escolares. Los efectos multiplicadores sociales estarían relacionados con transmisión intergeneracional de las relaciones de violencia, calidad de vida reducida, erosión de la convivencia (capital social), impacto en los procesos de democratización en la familia y la sociedad.

El Banco Mundial estimó que anualmente hay nueve millones de dólares de vida saludable perdidos en el mundo por concepto de violaciones y violencia de pareja. Estudios realizados en Nicaragua en 1997 estimaron los costos aproximadamente en 29.5 millones de dólares que equivaldrían al 1.65% del PIB. Se encontró que las mujeres que vivían situaciones de violencia utilizaban con mucho más frecuencia los servicios.³⁴

³⁴ *Ibid.*

¿Qué conocimiento se tiene de los determinantes?

Contestar a esta pregunta significa dar pistas sobre por qué sucede la violencia conyugal

En la búsqueda de una etiología de la violencia se han desarrollado diferentes perspectivas teóricas con diversos énfasis. Sobre los determinantes de la violencia conyugal en las ciencias sociales existe una variedad de teorías con los énfasis de las disciplinas y las perspectivas desde donde es analizado el problema. Utilizamos dos grandes corrientes de pensamiento, que no excluyen las particularidades ni las intersecciones entre los dos agrupamientos. Como toda tipología tiene sus límites y opciones.

Los instintos, lo genético y la violencia conyugal

Varias teorías enfatizan los aspectos psicopatológicos del agresor y el problema de la violencia conyugal, catalogado como un comportamiento raro o anormal, explicado por problemas de personalidad, enfermedad, dependencias de alcohol, droga u otro tipo. El origen de la patología puede ser por anomalías de origen biológico o por historia personal, en la que se necesita un tratamiento o una cura ante tales síntomas. El hombre agresor en este esquema no es responsable de sus actos; se utilizan incluso algunos términos psiquiátricos para describir este problema como una enfermedad, agresividad pasiva, personalidad con desórdenes, antisocial y desorden de per-

³⁵ Damián O'Neill. "A Post-structuralist Review of Theoretical Literature Surrounding Wife Abuse", vol. 4, núm. 4, Sage, 1998, pp. 457-490.

³⁶ *Idem.*

variedad.³⁶

En el énfasis sobre las causas intrasíquicas de la violencia se han hecho observaciones y estudios de caso sobre la personalidad de hombres agresores, entre los déficits presentados están baja autoestima e incapacidad de expresar sentimientos.³⁷

³⁷ *Idem.*

Teorías psicosociales. Integran explicaciones de factores sociales a los comportamientos individuales; en este grupo ubicamos la perspectiva sistémica, ligada en sus orígenes a la teoría general de sistemas: es un abordaje psicoterapéutico y una de sus características es la de terapia familiar, se centra en la familia y la pareja como sistemas abiertos, ven a la violencia como disfunciones de las relaciones, imposibilidad de comunicar, y ésta es vista como un campo de estudio, de articulación y desarticulación de las relaciones. La terapia es juzgada como la intervención más apropiada, a fin de crear una interacción más saludable. Existen críticas en el seno de esta misma corriente, desde una posición feminista en lo que respecta al tratamiento de la violencia y los problemas del poder y control en las relaciones de parentesco.³⁸

³⁸ Mory Elkaïn. *Panorama des thérapies familiales*. Saül, París, 1995.

Teorías del conflicto. Asumen que el conflicto es parte natural de la interacción humana aplicada en las encuestas de victimización conocida particularmente por la escala táctica de conflicto y vinculan

sonalidad.³⁵ Los límites de esta teoría estriban en la explicación centrada en el individuo que resulta limitada ante la amplitud social del problema y su

la violencia a las formas de resolución de las tensiones.³⁹ Respecto a este abordaje la principal observación es ubicar en el mismo plano la agresión que pueden hacer las mujeres en las relaciones de pareja sin tomar en cuenta las condiciones de género y de poder.

³⁹ Strauss et. al. "The Revised Conflict Scales (CIS2): Development and Preliminary Psychometric Data", *Journal of Family Issues*, núm. 17, 1996, pp. 283-316.

Teorías del aprendizaje social y roles. Ubican al agresor y la víctima como productos de un proceso de aprendizaje se relaciona con factores intrapersonales y del ambiente. Plantean la transmisión intergeneracional de la violencia, y desde esta óptica han realizado investigaciones sobre la historia de personas maltratadas en su infancia y que luego han sido agresores en sus familias o con su cónyuge. Sobre este particular se hacen las observaciones críticas de que el aprendizaje no está circunscrito al ambiente de la familia, la que está ubicada en un contexto más amplio.⁴⁰

⁴⁰ *Ibidem*.

Teorías elaboradas a partir de factores contextuales (desempleo, pobreza, alcoholismo, etc.) y su impacto en los individuos y en el funcionamiento de la pareja. La violencia es considerada como consecuencia de estrés y frustración. Se considera como un medio en el que se disipa la tensión; en este caso las mujeres y los hijos son los blancos de la agresión. La violencia toma la forma de una fuerza no controlada. Los límites y críticas de esta explicación son que no todas las personas en esas circunstancias son agresoras en sus familias ni con su pareja, y los riesgos de poner estos factores como causales. Por ejemplo, a mayor estrés mayor violencia. Si bien ciertas condi-

ciones pueden favorecerla *per se*, no son la causa de los actos violentos entre cónyuges.

Individuos -biología-sociedad

Teorías *sociedad-cultura y violencia*. Desde esta perspectiva la violencia conyugal está relacionada con la sociedad, las jerarquías sociales, clase, cultura y género, y la apreciación puede tener al menos dos perspectivas cuyos análisis juegan de diferente o de questa manera. Por una parte, los que relacionan la violencia con grupos sociales o condición cultural y, por otra, la posición que trata de desentrañar en el sistema social los determinantes que construyen la violencia.

La violencia es más común y más severa en los más pobres. Relacionan pobreza, frustraciones, características culturales, estrés y predisposición a conflictos conyugales.⁴¹

⁴¹ *Idem.*

Las investigaciones realizadas en este ámbito no han tenido resultados consistentes; sin embargo, apuntan a identificar ciertos factores sistemáticos: *la violencia afecta a las parejas más jóvenes -18 a 30 años- (son mayoritariamente las mujeres víctimas de violencia conyugal)*. La asociación entre consumo alto de alcohol y violencia física y sexual hacia la mujer,⁴² ya que desinhibe en ciertos tipos de abuso sexuales, pero ello no lo constituye categóricamente en una causa del abuso.

⁴² *Idem.*

Teoría del "exchange", concepto que relaciona la economía y el comportamiento individual; se refiere a la racionalidad de los agen-

tes y el costo beneficio, "people hit and abuse other family members because they can".⁴³

⁴³ R. J. Gelles. "An Exchange/Social Theory", en D. Finkelhor, R. Gelles G. Hottaling y M. Strauss (eds.). *The Dark Side of Families*, Sage, Beverly Hills, pp.151-165.

Desde otra perspectiva, las teorías de las relaciones sociales entre los sexos y la desigualdad social

La violencia conyugal está asociada con comportamientos de género, es un comportamiento social e históricamente construido. El habitus de control y dominio es de naturaleza social, ha sido regulado según los contextos particulares de cada sociedad. Hay una discusión sobre si sólo los factores de género son determinantes en el comportamiento agresor en la relación de pareja o es uno de los determinantes más significativos. Sin devaluar ese debate, las evidencias empíricas muestran que en la mayoría de los casos de violencia conyugal física y sexual, el agresor es masculino; en las relaciones heterosexuales algunas mujeres recurren a la agresión física, pero en la mayoría de veces es en defensa propia y, por otra parte, el uso de la fuerza por una mujer no tiene las mismas consecuencias al nivel de severidad en las lesiones.⁴⁴

Corsi (1994) propone un modelo integrativo desde una concepción sistémica para la comprensión de la violencia conyugal y de la familia, adaptando una propuesta de Bronfenbrenner; el modelo lo califica de ecológico, en el que considera los diferentes contextos en los que se desarrolla la persona. Considera tres niveles: el macrosistema que remite a formas de or-

⁴⁴ E. Dobash y R. Dobash, M. Wilson y Daly. *Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence*. *Social Problems*, 1992, 39(1). R. Gelles. *Violence Toward Men Fact or Fiction? A Report 9-1-94*, Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Chicago, 1994.

ganización social, creencias, estilos de vida (cultura patriarcal); el segundo nivel, exosistema, incluye las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual y el contexto más reducido. El microsistema se refiere a las relaciones interpersonales y de familia. Propone tratar el problema de la violencia de manera que permita comprenderse en una forma multidimensional y ecológica y propone acciones a diferentes niveles; la constatación de que las causas únicas de la violencia en general y de la violencia conyugal son criterios limitados y falsifican problemas. Como parte de la necesidad de construir teorías que partan de la complejidad, que reconozcan la unicidad y las múltiples expresiones de la violencia como instrumento de situaciones particulares. Proponemos un acercamiento pluridisciplinario desde una perspectiva de la complejidad; se propone *la comprensión de la violencia conyugal desde las condiciones de vida* (dimensiones que ya hemos mencionado) de las mujeres y los hombres como géneros y postula la interdisciplinariedad, que no significa negar las especificidades de las disciplinas, se sugiere reconocer el vínculo entre lo singular de la historia individual y la trama de relaciones sociales en la que esa persona, mujer u hombre,

⁴⁵ Lea Guibó. "Deconstruir la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. Rol del sector salud", en *Memorias del seminario-taller Modelos en construcción para la atención integral a la violencia intrafamiliar y rol del sector salud*. Maragua, 1997. Mabel Burin. *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós, Buenos Aires, 1996. Cecilia Claramunt. *Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado*, *os/os*, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San José, Costa Rica, 1999.

se encuentra: género, edad, étnicas, de clase, religiosas. Reconocer el aspecto subjetivo, por parte del que quiere intervenir en el tema de la violencia, sea como investigador o en el trabajo directo con víctimas, tiene un enraizamiento social.⁴⁵

Reconocer la calidad y propiedad de las diferentes partes que intervienen en los procesos que cons-

truyen las relaciones violentas en la violencia de género y violencia conyugal hacia la mujer. Reconocer la interacción que existe entre esas partes y los efectos recursivos que generan. El efecto de la violencia se vuelve causa y viceversa originando una red de causas y efectos. El reconocimiento de las particularidades y de las interacciones permitirá realizar acciones en la totalidad de los procesos que construyen los hechos de violencia.

Esta propuesta reconoce que ciertos factores que pueden tener influencia o facilitan condiciones de violencia; por ejemplo, el alcohol y la pobreza según casos individuales, no son aplicables a una manifestación universal e histórica como es la violencia conyugal hacia la mujer. Las relaciones de violencia y dominación tienen múltiples expresiones que contribuyen al control, exclusión y supresión del otro, no sólo físicamente por la muerte, sino en su existencia social, y se expresa en diferentes niveles de la realidad social. El poder de dominación es una forma de relación social transversal en el sistema social que no puede ser equiparada a la casuística.

¿Qué objetivos y medios tendría una intervención en salud pública para el abordaje de la violencia conyugal?

La violencia conyugal hacia la mujer se expresa en las condiciones de vida de las mujeres a escalas macrosociales, mesosociales (sectoriales) y microsociales (locales o comunitarios, familia e individuos). Esos niveles son transversales en las relaciones sociales entre los sexos, las cuales construidas, vividas y reconstruidas han creado

habitus institucionales de políticas y de conducta hacia mujeres y hombres y de éstos entre sí.

La violencia hacia la mujer y la violencia conyugal no es una enfermedad, es una relación social que causa daño. Para desmontar los procesos (deconstruir) de relaciones violentas es necesario tomar medidas a esos tres niveles.

¿Cuáles han sido las respuestas sociales? ¿Qué ha brindado la sociedad hasta ahora?

Desde los años setenta en los países de Europa, en particular en Inglaterra en 1971, en Holanda en 1974, Alemania Federal en 1976, Francia en 1974, Estados Unidos y Canadá, el tema de la violencia emerge y los grupos de mujeres a mediados de esa década crearon estrategias y refugios de acogida para las mujeres maltratadas. En América Latina, en la década de los ochenta y noventa surgieron los centros de atención integral como una estrategia novedosa para

⁴⁶ "Violencia doméstica y sexual contra las mujeres", en *Hoja de Datos*, núm. 3, Santiago, 1994.

enfrentarla.⁴⁶ En centros de atención, las mujeres según sus recursos brindan asistencia médica, servicios jurídicos y organizan grupos de autoayuda. Algunas veces poseen un albergue para la protección de las mujeres maltratadas y sus hijos, pero éstos, en todo caso, han sido más limitados por razones económicas. Solamente dos países financian refugios y es uno por país. Ciertos centros brindan atención a los otros miembros de la familia afectados.

La incursión del Estado ha sido lenta e inicialmente relacionada con la legislación en torno a la violencia intrafamiliar. Canadá inició desde 1976 acciones en relación con los niños maltratados, en 1982 creó el Centro de Información sobre la Violencia en la Familia, en 1988 planteó una iniciativa nacional con asignación de presupuesto para la lucha contra la violencia intrafamiliar.

Encuestas de victimización con apoyo estatal se han realizado sobre maltrato de adultos mayores en Canadá en 1989, y con relación a la mujer en 1993. La división de estadísticas nacionales maneja información de encuestas de victimización de violencia hacia la mujer. De igual manera, el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades en EE.UU. realiza encuestas nacionales sobre violencia en contra de la mujer.

En Francia, la Comisión Violence à l'Encontre des Femmes, hizo un balance de la situación en 1995; en dicha comisión están representados ministerios, expertos y organizaciones no gubernamentales. Señalan avances sobre el plano legislativo y limitantes en el trabajo interministerial. Los prefectos departamentales formaron comisiones de acción contra la violencia a las mujeres, que reúnen a los poderes públicos y asociaciones no gubernamentales. La Comunidad Europea, en 1993, definió estrategias para la eliminación de la violencia en relación con las mujeres.

Una investigación sobre la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar fue realizada por la OMS⁴⁷ entre 1996 y 1998 en 16 comunidades de diez países de América Latina, de los cuales siete son de

⁴⁷ Montsenat Sagot et al. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar*. OMS/OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San José, Costa Rica, 2000.

Centroamérica y tres andinos; las 315 mujeres entrevistadas a profundidad revelan que la existencia de respuestas sociales son determinantes de la ruta crítica; es decir, son factores impulsores para buscar ayuda y están relacionados con las fortalezas individuales, el apoyo familiar o amigos y las respuestas institucionales.

Tradicionalmente, las acciones del sector salud se han limitado a la atención al daño y lesiones, sin vincularlas a una vigilancia epidemiológica ni a políticas. La mayoría de los servicios públicos de salud consideran la violencia conyugal o de pareja fuera del alcance de sus misiones; sin embargo, los proveedores de servicios de programas de salud reproductiva se encuentran en una posición única para

⁴⁸ Boletín de la *International Planned Parenthood Federation*, primavera, 2000.

identificar a las víctimas de violencia conyugal.⁴⁸ La violencia en la familia y conyugal no es todavía una política de salud pública en la gran mayoría de los países, como lo es el tabaquismo, los accidentes u otro problema.

Los objetivos de una intervención en salud pública en violencia conyugal hacia la mujer deben impulsar el desarrollo de políticas pertinentes en coordinación con otros actores sociales identificando las acciones necesarias según el contexto que contribuyan a la vigilancia social de la violencia, la prevención de la escalada del daño, la atención a las víctimas y la promoción de formas de convivencias no violentas.⁴⁹

⁴⁹ *Idem.*

¿Cuáles pueden ser los medios, las propuestas o estrategias?

Al situar el problema en el plano de la salud pública, y sobre todo interdisciplinario, nos referimos a propuestas de estrategias que den

pautas para respuestas sociales en el ámbito de la salud colectiva y ubiquen el papel del sector salud en un proceso social que contribuya a erradicar la violencia conyugal.

El conocimiento de experiencias locales en Canadá, Colorado en los Estados Unidos, en la municipalidad de Santiago de Chile, Centroamérica y otros países nos permitió en los últimos cuatro años trabajar una propuesta que ha sido desarrollada a escala sectorial y en niveles municipales y utilizada en diferentes situaciones particularmente en Centroamérica, adaptándose a cada contexto. Su construcción fue producto del intercambio de experiencias y contribuciones partiendo de la práctica desarrollada (Guido, *op. cit.*).

La propuesta es un conjunto de preposiciones de las que se puede deducir papel del sector salud y las acciones esenciales. Los efectos de la violencia conyugal sugieren diferentes niveles de intervención: individual, familiar, comunitario y societal. En cada nivel se plantean espacios de intervención y actores.

Se entiende la atención integral como un sistema que opera a diferentes niveles: macro, es decir, en las políticas públicas de Estado y normativas jurídicas; a nivel meso, en el nivel institucional sectorial, a través de los sectores que desarrollan normas y directrices; a nivel micro, donde se operacionaliza el sistema en espacios geográficos. Estos tres niveles desarrollan acciones integradas dirigidas a las personas víctimas, agresores, familia, comunidad y sociedad en general.

Los ejes que se trabajan son los siguientes: la detección-prevención, atención al daño y rehabilitación, la promoción de formas de

convivencia no violentas. Todas estas acciones desarrolladas mediante medidas integradas de carácter social, psicológicas, legales y biomédicas entre el Estado y la sociedad civil.

Los aspectos éticos de la propuesta

Reconocer que la violencia en las relaciones conyugales es una infracción criminal, implica un marco legal. Las acciones no deben generar revictimización por parte de aquéllos que pretenden apoyar a las víctimas de violencia. Deben ser acciones amigables que tomen en cuenta la ruta crítica que siguen las víctimas de violencia. Los episodios de violencia aumentan en frecuencia y gravedad y no desaparecerán si no hay una intervención consciente de la sociedad, comunidad, familias e individuos. La intervención debe contribuir al desarrollo humano de mujeres y hombres sin discriminación, sexo, creencia, opción sexual, raza y edad. En la atención de las mujeres adultas en los espacios de salud institucionales, debe respetarse la decisión de ellas respecto a la denuncia del agresor; sin embargo, hay casos cuando la víctima está en alto riesgo en que el personal de salud debe valorar medidas protectoras en coordinación con otras instancias de la red interinstitucional local.

El nivel meso ubica las instituciones individuales del Estado que, por medio de políticas, pueden influenciar en el desarrollo de acciones sectoriales ante el problema. Ahí se situarían el sector salud y los niveles normativos (rectoría, regulación, como se le califique según los procesos de reforma sectorial) y el desarrollo de acciones locales.

El área o territorio administrativo local de salud concierta las metas y objetivos en el abordaje de la violencia conyugal y desarrolla el apoyo técnico a las unidades de salud privadas o públicas de su territorio.

El trabajo en equipo entre los diferentes profesionales de la salud es fundamental para la adecuada atención integral de las víctimas, por lo que se sugiere que exista una persona o comisión, según la disponibilidad de personal de la unidad de salud, que coordine y dé seguimiento a las acciones de la institución en relación con la violencia conyugal; este esquema puede ser útil para otras formas de violencia en la familia. La atención debe ser interdisciplinaria y normada, en red, ya que no todos los recursos están en una sola institución. Las víctimas de la violencia pueden llegar a los servicios sea por emergencias, consulta externa, referidas por la comunidad. Es necesario que las personas de la comunidad tengan conocimiento de los servicios que brindan las instituciones locales.

¿Y la evaluación?

En general la evaluación de las propuestas o modelos en el ámbito de la violencia conyugal en el sector salud es reciente en los diferentes países. La evaluación se empieza a perfilar como un instrumento esencial; sugerimos tres instrumentos a utilizar, particularmente en el ámbito local o municipal al momento de escribir este trabajo.

Los planes estratégicos locales elaborados con los diferentes actores sociales institucionales y no gubernamentales contribuyen a

construir un modelo en redes para la atención integral. Es un instrumento de evaluación y contribuye a ubicar el papel del sector salud en una situación de carácter social; las experiencias obtenidas, particularmente en la región de Centroamérica, plantean el desarrollo de estrategias de vigilancia social de la violencia en la familia y en ella la violencia conyugal en el contexto local.

Otro instrumento es una evaluación rápida sobre la respuesta social a la violencia conyugal en el ámbito local, ésta puede ser utilizada al inicio del proceso para establecer una línea de base sobre las respuestas que están recibiendo las personas víctimas de violencia y para conocer las representaciones sociales respecto a la violencia conyugal a escala comunitaria y en los prestarios de servicios. La evaluación es menos un punto final que un punto de inicio para que una intervención se mejore.

Conclusión

La violencia conyugal como problema de salud pública se confirma en cada uno de los pasos planteados por Dab. Los objetivos de la salud pública pueden orientar a un enfoque pluridisciplinario y, por lo tanto, contribuir a enfrentar las manifestaciones de la violencia conyugal haciendo énfasis en la promoción de relaciones más equitativas y en la detección y prevención de la escalada del daño.