

Revista Patagónica de Bioética

Año 6, N° 12



Tarsila do Amaral, Oleo sobre tela.

Equipo Editorial

Directora

Marcela Olivero

Editora

Nadia Heredia

Editorxs Asociadxs

Andrea Macías

Carolina Angelini

Cecilia Labriola

Marcela Fontana

Mercedes Moglia

Mónica Oppezzi

Rubén Monsalvo

Secretaría General:

Fuentes Zúñiga Ximena

Información sobre la Revista

Publicada desde el año 2014 por la Dirección de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

ISSN 2408-4778

Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no representan, necesariamente, el punto de la Dirección de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

Revista Patagónica de Bioética

Publicación semestral on-line

Año 6, N° 12

Directora: Marcela Olivero

Editora: Nadia Heredia

E-mail: bioeticaeinvestigacionnqn@gmail.com



Licencia Creative Commons BY/NC/SA

Se puede reproducir el material citando el origen, sin fines comerciales y sin modificaciones.

Dirección de Bioética

Ministerio de Salud, Provincia de Neuquén

(0299) 449 5590 - 4495591 int 7550

Av. Antártida Argentina 1245, Edif. CAM 3 - CP 8300- Neuquén Capital Provincia de Neuquén

Sumario

Editorial

<i>Nadia Heredia</i>	6
----------------------------	---

Artículo inédito

En miras de transitar un camino de reconocimiento social e igualdad de derechos para las personas trans , por Andrea P. Zeballos y Alicia A. González	9
--	---

Sección Conversando comunitariamente

La libertad de pensamiento como ética democratizadora de la vida , por Jorge R. Negrete	15
--	----

Estudio descriptivo de la mortalidad por homicidio. Provincia del Neuquén- Argentina Período 1986- 2015 , por Malco Francisco Elder y Diego Zunino	25
---	----

Artículos Becas SISNe

Autopercepción de los cambios en mujeres víctimas de violencia de pareja que pasaron por un equipo interdisciplinario específico entre los años 2015 y 2017 en la ciudad de Zapala , por Pamela Acosta, Marcia Alem, Graciela Hervas y Graciela Vazquez	46
--	----

La heteronormatividad institucionalizada: Representaciones de trabajadorxs de salud sobre personas LGTTB en el hospital de la ciudad de Centenario, 2016-2017 , por Fabiana Garavaglia, Claudia Baffo, M. Cecilia Ziehm, Valeria Flores, M. Leonora Jáuregui y Bruno Viera	65
---	----

Noticias/Novedades

DOCUMENTOS ELABORADOS POR LA DIRECCIÓN DE BIOÉTICA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19

ASPECTOS BIOÉTICOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS INTERNADAS Y SUS VÍNCULOS AFECTIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 , por Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías, Marcela Olivero	77
--	----

Instrucciones para lxs autorxs	9
---	---



Editorial

La marea fue verde, y el eclipse histórico también se vio de ese color. Se termina un año completamente atípico, que ha puesto en jaque nuestras más sólidas convicciones. En lo económico, en lo político los debates aún continúan. El valor de lo público, como espacio social asignado para el cuidado de las poblaciones más vulneradas, exige hoy ser más que una reflexión. Implica una puesta en marcha de acciones inéditas que intentan poner freno a lo desconocido: el escenario de pandemia provocado por el COVID 19. El personal de salud fue primera línea de un cuidado colectivo que requirió innumerables esfuerzos que interpelan en el accionar cotidiano aquellas falsas convicciones, que sostienen, por ejemplo, que somos egoístas por naturaleza. Nadie se salva, ni se ha salvado solx. Eso aprendimos o al menos, deberíamos poder pensarlo, en su merecida profundidad.

El presente número es el resultado de un gran esfuerzo. Nuestrxs principales interlocutorxs han estado desde marzo de este año en tareas que han exigido cuerpo, sentires y saberes a tiempo completo en la atención de nuestra comunidad. Sin embargo, la tarea de investigar, reflexionar y compartimos en escrituras es otra actividad que aún en tiempos pandémicos, seguimos considerando relevante. Ha sucedido algo, que también quisiéramos compartir en este espacio editorial. La RPB va adquiriendo un lugar en el ámbito de la salud, en los ámbitos filosóficos, en espacios educativos y en nuestra comunidad en general. Así es que en las convocatorias abiertas hemos recibido artículos referidos a la bioética desde distintas universidades, equipos de investigación de salud regionales y colegas de Latinoamérica que empiezan a sentir esta publicación como una posibilidad de reflexionar a partir de la bioética, el compromiso social desde el cual todx otrx nos interpela.

De esta forma, sucedió que sin ser un artículo temático, el género como punto de partida de la reflexión es un eje que se despliega en varias de las secciones de esta Revista. En nuestra sección de **Artículos inéditos**, las filósofas Andrea Zeballos y Alicia González, nos proponen leerlas *En miras de transitar un camino de reconocimiento social e igualdad de derechos para las personas trans*. El artículo remarca que el hecho que “los estereotipos de género tienen influencia en la construcción de la identidad de las personas

desde la etapa previa a su nacimiento, desde el momento mismo en que se les asigna un sexo determinado” tiene implicancias negativas para la infancia como momento de conformación de subjetividad. En los ámbitos de la atención en salud esta estereotipación y hasta reproducción de patrones patologizante de lxs cuerpxs y conductas, también puede tener consecuencias directas con la atención que se brinda. Este es precisamente el tema que aborda el artículo *La heteronormatividad institucionalizada: Representaciones de trabajadorxs de salud sobre personas LGTTB en el hospital de la ciudad de Centenario, 2016-2017*, de Fabiana Garavaglia, Claudia Baffo, Cecilia Ziehm, Valeria Flores, Leonora Jáuregui y Bruno Viera. Allí, experiencias cotidianas del ámbito de la atención en salud son analizadas por fuera de la heteronormatividad aprehendida: “He hablado con una compañera de que viene un travesti, ¿no? A la sala. Y se arma el debate de dónde lo ponen, si en la sala de mujeres o en la sala de hombres” (E1). La invisibilización como una forma de discriminación, la patologización de las Identidades Trans o el desconocimiento de la legislación vigente, se transforman en pistas para pensar espacios de atención en salud para todxs, donde la única norma sea el respeto al Otrx, donde lo normal sea desaprender lo que entendemos por normal.

En la Sección **Conversando comunitariamente** compartimos dos artículos que ponen el foco en dos aspectos de uno de los problemas abordados en varias de las contribuciones recibidas: la violencia. *La libertad de pensamiento como ética democratizadora de la vida*, de Jorge R. Negrete propone una reflexión en torno a las posibilidades de romper con el reduccionismo académico de las relaciones verticalistas y racionalmente centradas. El alcance simbólico de la violencia en el reduccionismo que propone la academia tradicional ortodoxa occidental es lo que Jorge Negrete nos invita a cuestionar radicalmente, como una forma de empezar a recuperar el sentido democrático de las pluralidades negadas. Sentipensarnos más allá de los binarismos aprendidos. El segundo artículo *Estudio descriptivo de la mortalidad por homicidio. Provincia del Neuquén-Argentina Período 1986- 2015*, de Malco Elder y Diego Zunino, aborda directamente el fenómeno de las violencias, materialmente plasmadas en el acto del homicidio para posibles intervenciones desde la atención en salud.

Como otra de las consecuencias que genera el patriarcado en sus formas más sutiles de comportamiento, como es el espacio familiar, como resultado de una Beca SISNe, el Equipo Interdisciplinario de Violencia Familiar del Hospital Juan Pose, de Salud Pública de la Provincia del Neuquén, nos habla sobre la *Autopercepción de los cambios en mujeres víctimas de violencia de pareja que pasaron por un equipo interdisciplinario específico entre los años 2015 y 2017 en la ciudad de Zapala*. Nuevamente, el valor de lo público se pone de manifiesto en los resultados que arroja el estudio, en tanto las mujeres que fueron parte del

dispositivo lograron romper el círculo de la violencia y pensar sus vínculos desde otras perspectivas: “el equipo fue mi mayor sostén, me ayudó a crecer, y ver mi capacidad”; “el trabajo con el equipo sirvió para distanciarme del círculo vicioso de la violencia, para poder reconstruir mi relación con mi hija adolescente”, señalan.

Finalmente, en la **Sección Novedades** compartimos un nuevo documento elaborado Dirección de Bioética en el contexto de la pandemia COVID 19, *Aspectos bioéticos para el acompañamiento a personas internadas y sus vínculos afectivos durante la pandemia por COVID-19*, elaborado por Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías y Marcela Olivero. El objetivo, es ofrecer un material que aporte a la toma de decisiones del personal de salud en temáticas tan sensibles como es el derecho al acompañamiento de personas en el contexto de la atención y cuidado de la salud, sus posibilidades, la implicancia en los procesos de fin de la vida, son precisamente un enfoque necesario, en clave bioética de la noción de cuidado.

2020, año histórico si los hay. Queremos dejarles un gracias infinito al personal de salud que nos ha cuidado desde el primer momento, y desde antes también. La vida, como valor comunitario nos requiere atentxs a lo que vendrá. Que sea mejor, que sea más justo. Que la salud se viva como derecho, que sea Ley. Hasta la publicación que viene, queridxs lectorxs.

Nadia Heredia

¡Pasen y lean!



Artículos inéditos

En miras de transitar un camino de reconocimiento social e igualdad de derechos para las personas trans

*Nosotras sí hemos avanzado
hoy somos sujetas de derecho*
Loana Berkins

Andrea Paola Zeballos¹
Alicia Alejandra González²

Resumen

Con esta investigación pretendemos poner en cuestión las dificultades con las que se encuentran las diversidades sexuales, las cuales se presentan no solo en el reconocimiento social, sino especialmente en sus derechos a la salud, vivienda digna, planificación familiar, inserción laboral, educación, entre otras. En principio comenzaremos por definir en términos generales, la concepción de bioética, luego pondremos en tensión la perspectiva biologicista con la que se ha enmarcado nuestra sociedad, seguidamente iremos al punto central de la investigación, a partir de los interrogantes expuestos a continuación: ¿Qué implica ser una persona con identidad trans en nuestro país? ¿Se garantizan sus derechos?

En este sentido, retomaremos la normativa legal vigente en nuestro país, en torno a la Ley de Identidad de Género N° 26743 para profundizar las implicancias que ha tenido desde su sanción y qué aspectos aún hoy en día no se garantizan en el efectivo derecho de quienes requieren su implementación.

¹ Profesora en Filosofía por la Universidad Nacional del Comahue. Docente I.F.D. N.º 9 Centenario, Neuquén. Contacto: andreazeballos83@gmail.com. Fecha de envío 17 de Diciembre de 2020.

² Profesora en Filosofía por la Universidad Nacional del Comahue. Docente E.S.R.N. N.º 71 Allen, Río Negro. Contacto: alejangon@gmail.com

Palabras claves: Bioética- género- transexualidad - derechos – identidad de género – políticas públicas.

El concepto de Bioética refiere, en principio, a la Ética aplicada a la vida. Este término está constituido por las palabras griegas bios y ethike, el concepto engloba a la biología, la moral, la ética y la ciencia. Esta concepción de Bioética se utilizó en 1971 en el libro *Bioethics. Bridge to the Future* escrito por el oncólogo Van Rensselaer Potter.

La bioética como disciplina e interdisciplina es algo reciente, si la comparamos con otras, por ello, se constituye en un constante devenir, porque de manera permanente se abren nuevos desafíos en la vida humana que requieren un planteamiento ético de revisión paulatina, un compromiso con esta generación y con la futura.

La problemática en relación a la bioética y género, que intentaremos abordar con esta investigación, trata de poner en foco los discursos históricamente centrados en la concepción biologicista, desde un binarismo de género en el que se busca hacer ver que la transexualidad es una patología, o una anormalidad que “habría que corregir”.

“El discurso secular de la ciencia moderna está basado en la creencia en el progreso indefinido de la razón, en la posibilidad de realizar juicios de verdad y en los principios del positivismo. Consiste en una cultura basada en la creencia en la verdad científica universal por oposición al oscurantismo religioso, el fanatismo o los particularismos folclóricos. Es un proyecto cuyo mundo conceptual es fértil en polarizaciones dicotómicas, es decir, se encuentra dividido en pares opuestos irreconciliables tales como el ámbito público/privado, hombre/mujer, sujeto/objeto, comunidad/individuo, nacional/internacional, Estado-derecho/religión, sano/enfermo, solo para nombrar algunos de los innumerables binomios que atraviesan y nublan o limitan la comprensión del mundo que nos circunda” (Saldivia Menajovsky, 2017:55)

Además debemos considerar que nuestra sociedad se caracterizó por ser heteronormativa y patriarcal, sosteniendo durante décadas el discurso estereotipado que determina las funciones y actividades que deberían llevar a cabo las personas desde el momento de su nacimiento. En este sentido, se han establecido reglas y normas en función del sexo asignado al nacer, y con ello una mirada tipificada que conlleva el “ser hombre o mujer “ desde una perspectiva sesgada del comportamiento

binario. Así, las mujeres fueron consideradas social e históricamente, desde temprana edad, en un único rol específico como era el de prepararse para la vida adulta, formar una familia heterosexual y seguir con el mandato social de educar a sus hijos. Sin embargo, en lo que respecta al rol o función social asignado a los varones, se los consideraba más fuertes y “mejor” preparados para realizar tareas fuera del ámbito doméstico, como proveedor familiar de los recursos económicos. De esta manera, a quien pretendiera evadir estos parámetros históricamente impuestos, se los desplazaba y hasta condenaba socialmente.

“La matriz cultural- mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género- exige que algunos tipos de “identidades” no puedan “existir”: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son “consecuencia” ni del deseo ni del género” (Butler, 2007: 72)

Los estereotipos de género tienen influencia en la construcción de la identidad de las personas desde la etapa previa a su nacimiento, desde el momento mismo en que se les asigna un sexo determinado, en este sentido y con respecto a las infancias esto se intensifica en los diferentes eslabones de la vida, familiar, institucional, cultural, donde se naturalizan determinadas prácticas estereotipadas:

“la ley argentina es original en cuanto a ser la primera legislación en la materia en el mundo que recepta el derecho a la identidad de género de lxs niñxs sin límite de edad. (...) Es destacable que con la inclusión en sus postulados del derecho a la identidad de género de lxs niñxs, la ley recepta un concepto paradigmático: lxs niñxs como sujetos de derecho”. (Saldivia Menajovsky 2017:149-150).

Un claro ejemplo del mencionado derecho en relación a las infancias es el de Luana, la primera niña trans que obtuvo su D.N.I. con el nombre coincidente con su género autopercebido. En la entrevista brindada por su madre, Gabriela Mansilla, a Página 12 en el año 2013 se expone que Luana nació con genitales masculinos como su hermano mellizo y los padres le asignaron en principio, el nombre Manuel. En este sentido la señora Mansilla al respecto comentó que desde que pudo hablar, al año y medio de vida, Luana empezó a repetir la frase: “Yo, nena”, “yo, princesa”, y a ponerse ropa de ella y pedir muñecas para jugar. La madre manifestó que “A los cuatro años eligió un nombre femenino y pidió que la llamáramos así. Nos dijo que si no le decíamos así no nos iba a contestar.”

Como expusimos anteriormente la identidad no es algo fijo ni estático sino que se construye desde los primeros años de la vida de las personas, como se observa en la experiencia vivenciada por la niña Luana, la cual se constituye en un caso ejemplificador en nuestro país, que sentó un precedente y obtuvo respuesta legal al requerimiento.

Como dice Judith Butler en *El género en disputa*. El feminismo y la subversión de la identidad: “¿Qué significado puede tener entonces la “identidad” y cuál es la base de la presuposición de que las identidades son idénticas a sí mismas, y que se mantienen a través del tiempo como iguales, unificadas e internamente coherentes?” (Butler 2007:70)

Hacia una despatologización de la transexualidad

De esta forma arribamos a otro de los objetivos que dan curso a esta investigación, que consiste en reconocer que el derecho a la salud es uno de los derechos inalienables para todas las personas, sin distinción de orientación o identidad de género.

En relación a ello, debemos considerar que a partir de 1990 la Organización Mundial de la Salud estableció que la homosexualidad era una variante de la sexualidad humana, para dejar de lado la condición de “desorden mental”, concepción que subyacía hasta ese entonces. Este cambio fue fundamental para lo que vendría luego, en términos de identidad de género y diversidad sexual, dando lugar al inicio de la despatologización de todo aquello que durante mucho tiempo fue considerado “anormal” o patológico por los discursos científicistas del siglo pasado.

A partir de allí, comenzaron a ponerse en funcionamiento en nuestro país distintas líneas de revisión del estado de situación, para dar inicio a la ampliación de derechos, establecidos en las leyes sancionadas posteriormente para tal fin. Por caso nombramos a la Ley de Identidad de Género, la Ley de matrimonio igualitario y la Ley 23592 Art. 1 de la Constitución Nacional (sobre actos discriminatorios), ya que pensar desde una perspectiva de género implica poner en cuestión, revisar estas prácticas y concepciones que conllevan intrínsecas, profundas desigualdades e inequidades, provenientes de la matriz biologicista que no deja lugar a la alteridad ni a la disidencia, de identidades otras, en particular para este trabajo las identidades trans.

La ley de Identidad de Género N° 26743 sancionada en mayo de 2012 por el Congreso argentino, ubicó a nuestro país a la vanguardia mundial en materia de derecho a la identidad de género, brindando la posibilidad a las personas trans a ser

reconocidas desde su identidad autopercebida, desde un género vivenciado, construido social y culturalmente, dejando atrás aquella perspectiva biologicista.

Otro dato no menor es que esta ley establece que los tratamientos médicos sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio, garantizando una cobertura de las prácticas en todo el sistema de salud, tanto público como privado, con una perspectiva de género no patologizante de las identidades trans.

La promulgación de la ley es garantía de una serie de derechos adquiridos, que implican la posibilidad de una vida plena y digna para las personas trans, que contemple prácticas médicas, a fin de garantizar su salud integral y acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Aún así, se sabe que muchos derechos no se cumplen y que las personas trans sufren, en ocasiones, vejámenes y destratos al momento de asistir a algunos centros sanitarios. En este sentido, se siguen evidenciando algunas actitudes discriminatorias hacia la atención requerida por las personas trans, lo que conlleva a la necesidad de promover y difundir de manera más efectiva, campañas de educación en materia de género en los organismos de salud tanto públicos como privados.

Además retomando lo relacionado con la legislación en materia médica, en nuestro país también se consideran, en relación a los derechos humanos y en cuanto a la orientación sexual e identidad de género, los Principios de Yogyakarta y tomaremos como base el Principio N° 18 que establece la necesidad de protección contra abusos médicos, en la que las personas no deberían ser obligadas a someterse a ningún tratamiento o procedimiento ni a exámenes médicos o psicológicos, por motivos de su orientación sexual o identidad de género. Este principio también sostiene que la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son patologías por lo que no deberían ser sometidas a tratamiento alguno, a menos que la persona en cuestión así lo requiera

Si bien estas leyes han generado avances al respecto del reconocimiento de los derechos de las personas trans, resulta importante también destacar, que es necesario que se avance de manera integral en sus derechos a la salud, vivienda, educación, inserción laboral, entre otras materias pendientes para este grupo social vulnerado estructuralmente.

Por todo lo expuesto anteriormente y a modo de arribar a una conclusión abierta a futuras investigaciones, observamos que la realidad de las diversidades sexuales en nuestro país está atravesada por un contexto en gran medida, de persecución,

exclusión, marginación y privación de derechos, basada en una asociación estereotipada y hasta violentas, entre ciertas características del orden de lo corporal y lo sexo-genérico con valoraciones morales negativas.

En este sentido estimamos que se requiere de una imperiosa necesidad de generar políticas públicas para la inclusión real en la sociedad para las personas trans y que sean consideradas en sus derechos básicos e imprescincibles, ya que es evidente que son ellos quienes tienen menores posibilidades de gozar de una vida digna y plena de derechos, porque el estigma y la discriminación no lo permiten. Otros ejemplos de esta situación que hemos desarrollado tienen que ver con la baja esperanza de vida de la población trans la cual es inferior al promedio estándar, por motivos de ser en muchos casos, víctimas de violencia por transfobia y homofobia, como así también observamos que las personas trans se ven restringidas a realizar actividades laborales en empleos formales, dando lugar así a situaciones de pobreza e indigencia por parte de quienes se ven afectadxs. Por último, pero no menos acuciante, es el aspecto inherente al acceso y permanencia en la educación formal, dado que se ven generalmente obligadas a desertar de las instituciones por motivos varios, entre ellos y mayoritariamente, la discriminación.

Sabemos que en nuestro país y en nuestra región, los derechos ganados son producto de la lucha y la demanda colectiva, sin las cuales la visibilización de identidades de género otras, hubieran quedado relegadas al olvido, al silenciamiento y a la marginalidad.

Este es un camino que comienza a transitarse y que aún se encuentra en los inicios de su recorrido; por ello, como sociedad, tenemos la responsabilidad ética de acompañar estos procesos de reivindicación mediante la lucha social y colectiva por el reconocimiento de las personas trans y de toda diversidad o colectivo, que tenga sus derechos vulnerados.

En este sentido nos hacemos eco de las palabras de Judith Butler, quien se pregunta en *Deshacer el género*:

“Si yo soy de un cierto género ¿Seré considerado todavía como parte de lo humano? ¿Se expandirá lo “humano” para incluirme a mí en su ámbito? Si deseo de una cierta manera ¿Seré capaz de vivir? ¿Habrá lugar para mi vida y será reconocible para los demás, de los cuales dependo para mi existencia social?”
(Butler 2004:15)

Bibliografía

Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós

Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós

Carbajal, M. "Lo que devuelve el espejo" Recuperado en <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-225462-2013-07-28.html>

Saldivia Menajovsky, L. (2017). *Subordinaciones invertidas. Sobre el derecho a la identidad de género*. México: Ediciones UNGS.



Sección Conversando comunitariamente

La libertad de pensamiento como ética democratizadora de la vida

Jorge R. Negrete³

Sumario

Introducción

La dimensión sentí-pensante del homo sapiens: entre la reproducción y la creación

El distanciamiento a la violencia del centrismo

Democratizar la vida. Una bioética filosófica

Conclusiones

Introducción

Entre la escala axiológica existe un valor que se distingue, al seno de los consensos sociales, por su importancia. Refiero a la libertad, valor que, incluso, se configuró como la principal finalidad de las revoluciones burguesas del siglo XVIII. La

³ Abogado, maestro y doctor en derecho por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Maestro en derechos humanos por la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Docente universitario en la cátedra de filosofía del derecho y derecho constitucional. Contacto: jornegrete@gmail.com

libertad, pues, dentro de las formas de organización socio-política de las comunidades occidentales se ha instalado y resignificado no sólo como un valor, sino como un derecho, un principio y una finalidad en sí misma.

Partiendo de estas aseveraciones, el diálogo debe migrar de posición, ya no para discutir lo valioso de este valor y su rol dentro del sentido que socialmente se le da, sino para que sustantivamente se puedan determinar sus alcances, significados y su forma de practicarla en tanto acción subjetiva.

Pensar que la libertad es el mero hecho de elegir algo de entre varias opciones no es sólo sesgar su entendimiento, sino radicalizar un reduccionismo. La libertad, pues, no sólo se somete a la posibilidad de elegir, sino a saber por qué se elige lo que se elige; dicho de otra manera, la libertad de elección se ve limitada bajo el manto de la libertad de pensamiento, cuya formulación de esta última es verla como la variable independiente de la primera de ellas. Esto es, la libertad de elección se subsume a la libertad de pensamiento como una genuina manifestación de la voluntad subjetiva.

En este sentido, existen, cuando menos, tres colocaciones epistémicas en torno a la libertad, dos de ellas ya mencionadas: la del psicologismo apegada a la libertad de pensamiento; la del sociologismo, regularmente, simpatizante con la libertad de elección como objeto susceptible a ser analizado; y una tercera sumamente discutida, y sin evidencia científica, hasta ahora, que pueda verificar su enfoque, se alude a la biológica, que, en palabras de Hawking refiere a que, aunque nosotros sintamos que escogemos lo que hacemos, nuestra comprensión de las bases moleculares de la biología demuestra que los procesos biológicos están regidos por las leyes de la física y la química y que, por lo tanto, están tan determinadas como las órbitas planetarias.

A este último enfoque le podemos denominar determinismo biológico y es, de alguna manera, una especie de anti-empirismo en los términos planteados por Hume en su obra *Tratado de la naturaleza humana*, en la cual señala que la volición conductual del humano, como psicología de las afecciones del espíritu, se encuentra condicionada por sus pasiones y lo social. En esta lógica es que, el determinismo biológico se contrapone al empirismo como fundamento decisional de la subjetividad humana.

Para los efectos de este ensayo, la posición gnoseológica se instaure en el diálogo entre la dimensión del psicologismo y el sociologismo, configurando, entonces, el ir y venir de ideas entre el *por qué* hago lo que hago -psicologismo- y el *cómo* hago lo que hago -psicologismo; ello, no por una indiscriminada decisión, sino porque abordar el escalón del determinismo biológico requeriría de una mayor rigurosidad metodológica. Además, por ser un objeto de estudio cuyo estado del arte se encuentra avanzado sólo hasta la construcción de una teoría efectiva, la cual, en sí

misma, no es acabada por abordar un objeto de estudio de alta complejidad analítica, sólo sirve como un modelo de prospección hipotético-deductiva para realizar alguna serie de determinaciones lógicas.

Para tales efectos, el primer capítulo desarrolla unas breves reflexiones en torno al enfoque parametral con el que se ha modelado la investigación de corte científica en occidente, minusvalorando la potencialidad heurística de la emocionalidad subjetiva; en un segundo momento se dialoga sobre la siempre violencia que engendra cualquier centrismo, dado que, todo centrismo busca, ya sea por mera inercia, flagrante o veladamente colonizar saberes y, finalmente, se presentan algunas notas, ejemplificando mediante la situación universitaria, sobre los límites que se guarda la reducida libertad de elección como forma para democratizar las decisiones de la vida, entendiendo que una verdadera bioética se da, sí y sólo sí, la subjetividad del ser cognoscente se desarrolla mediante la libertad de pensamiento.

La dimensión sentí-pensante del homo sapiens: Entre la reproducción y la creación

Un día de estos, mientras reflexionaba sobre un libro que tengo mucho ánimo de escribir, escuchaba “Cantata BWV 208” de Bach, al tiempo que observaba, por medio de mi monitor, una pintura de Tarsila Do Amaral⁴; entonces, a partir de esa articulación que agudizó mi aparato perceptivo sensorial, surgieron una serie de pensamientos que pienso, vale la pena compartir.

La música me significó tranquilidad y catalizó mi imaginación. Las imágenes me generaron quietud mental; es decir, un no pensar articulado de un sólo percibir. En su conjunto me significaron un refrendo de que la emotividad moviliza mi razón, mi pensamiento crítico, alternativo, complejo y hermenéutico.

Esto me hizo comprender, desde una colocación distanciada a la lógica hegemónico-occidental, la relación de las dicotomías mente-cuerpo; razón-emoción; razón pasión. Esta lógica hegemónica con pretensión de universalismo tiene una historia socio-cultural en occidente a partir de la propia moral socrática, aquella moral - y ética- del conocimiento como elemento necesario para hacer el bien, cuya profundización se da con los racionalistas del renacimiento y la ilustración europea.

Pienso pues, que estas dicotomías son limitativas y en consecuencia dañinas, porque implican, en el mejor de los casos, denostar y en el peor, olvidar el primer móvil que motiva a la razón a accionarse, aludo a la emoción (emotividad); quiero decir, que el primer incentivo volitivo es, pues, no la razón misma, sino la dimensión

⁴ (1886-1973) Pintora brasileña más representativa de la primera fase del movimiento modernista brasileño.

emocional del ser. Es bajo este posicionamiento epistémico que se debe buscar la reivindicación de la emoción en la generación del conocimiento; situación que implica distanciarse de este pseudo-racionalismo objetivista en los procesos instaurados por la ortodoxia académico-científica que limitan la imaginación, la creatividad y la innovación en la dinámica heurística humana. El no asumir esta dimensión epistémica, impide la existencia de un proceso dialéctico y dialógico integral, disminuyendo y ahogando la potencialidad heurística de sus efectos.

Esta relación dialógica y dialéctica, y de permitírseme el término preciso, creo que podría ser identificable el vínculo relacional bajo el tamiz de la anadialéctica entre el pensar y el sentir. Es, entonces, como ya manifesté, hablar de una relectura que posibilita la reivindicación de la emocionalidad como catalizador primario en el desarrollo y creación de conocimiento. Encuadramiento que se constituye como la condición de posibilidad para manufacturar ideas más allá del habitualismo de lo dado, y no sólo ser, en muchos casos, un deficiente repetidor, o, en pocos casos un excelente replicador de la ortodoxia tradicional en los procesos de investigación, pero que, a pesar de la excelencia, no deja de ser replicador.



Tarsila do Amaral (1933). *Operarios*.
[Óleo sobre tela]

El centrismo de lo “racional” que determina qué es lo que es conocimiento, qué no lo es, así como el sentido ético del mismo –qué y cuál es el buen conocimiento- invisibiliza el potencial de una de las aristas más importantes del ser cognoscente, cognoscible y autocognoscible; refiero al pensamiento. Asumir que la razón, en una atmósfera de solipsismo, es la única condición de posibilidad para generar lo heurístico es desconocer el prisma que representa el ser pensante y sintiente; es, pues, ocultar que el *homo sapiens* es, verdaderamente, un *homo sentisapiens*.

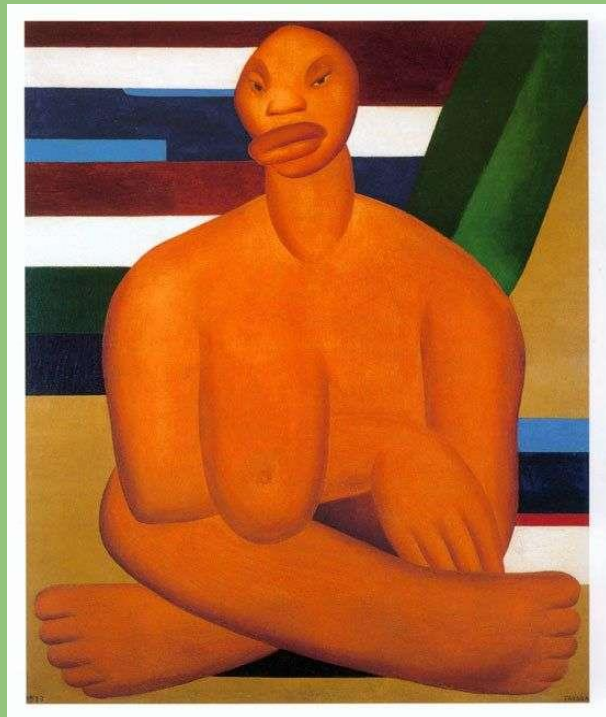
Somos seres sentipensantes (percepción, sentido y pensamiento), es por ello que esta colocación crítico-epistémica rechaza el totalitarismo del antropologismo de la Europa renacentista y de la ilustración. Es, visto desde la otra cara analítica, el esfuerzo por instaurar a los aparatos perceptivos individuales generadores de emociones en una diametralidad horizontal con respecto al pseudo objetivismo

racional. No se puede negar que muchas de las categorías y objetos de estudio que, desde el cientifismo ortodoxo, han sido sujetos de profundas aproximaciones intelectivas, se han gestado al seno de la emotividad y el sentimiento; *i.e.*, el racismo, el feminismo, el patriarcado, las propias teorías críticas, entre otros.

Finalmente, creo, entonces, que muchos de los cánones metodológicos con que se intenta construir conocimiento científico al seno de los Institutos de investigación en la academia tradicional ortodoxa occidental, al minusvalorar a la emotividad como parte del proceso heurístico, castra la potencialidad del ser para edificar, a través de la razón, sus capacidades cognitivas, sus limitaciones de abstracción y sus alcances de pensamiento. Repensar al ser como ser pensante para migrarlo a lo *sentí-pensante* es otorgar la posibilidad para que éste pueda salir de la repetición de lo ya existente y dicho, para asentarse en la atmósfera de la innovación y la (re)creación. Es, en términos platónicos, salir de la caverna diseñada por los determinismos de la vida socio-cultural hegemónica.

El distanciamiento a la violencia del centrismo

Distanciarse de cualquier centrismo, implica tener autonomía libertaria, entendiendo, pues, que la autonomía no se da en función de la posibilidad de elegir entre lo dado, sino en la medida en que tenemos libertad de pensamiento como condición previa a la libertad de elección. Entonces, la autonomía libertaria se basifica en una ética práctica, la ética de las posibilidades, la cual, a su vez, encuentra residencia en la pluralidad y la democracia sustantiva.



Tarsila do Amaral (1923). *A negra* [Óleo sobre tela]

Esto se ejemplifica a través de la experiencia de los feligreses católico-cristianos, cuando afirman ir a la iglesia por convicción propia sin la coacción externa de algo o alguien; sin embargo, nunca se preguntan las razones por las cuales toman esa decisión, ya que el proceso de instrucción y llenado de sus categorías mentales

se hizo en un momento de debilidad cognitiva -cuando son niños y su proceso de maduración cognitiva es más vulnerable-.

En esta tesitura, un centrismo puede, desde la sutileza del pensamiento, insertarse y normalizarse en determinados contextos sociales, a través de la construcción de categorías de pensamiento que se utilizan para interpretar y procesar los entornos y la vida misma, razón por la cual, metodológicamente, una forma de distanciarse, bajo la filosofía de la sospecha, del centrismo son los análisis etiológicos que, prácticamente, se manifiestan hacia la pregunta de los *por qué*s.

Otra forma de evitar el centrismo, es la escucha convivencial, la escucha como antónimo de violencia. La violentación también se da cuando no se cuida la escucha del otro, cuando se le superponen palabras no dichas mediante la subjetivación del receptor; es, pues, un ocultamiento del sentido del emisor. Es el sujeto-otro construido que bien apuntó Feinmann. Este tipo de escucha garantiza la visibilización horizontal; es la representación del ojo que se da cuenta que es observado por su otro semejante.

Esto se manifiesta de muchas maneras, pero una sumamente clara de apuntarlo es cuando *i.e* un profesor, de cualquier nivel educativo, se ha regido bajo el manto del dogmatismo año tras año, repitiendo interminablemente la misma narrativa y cuando un educando cuestiona el discurso movilizándolo del posicionamiento del profesor, éste no abre su escucha al habla del alumno, sólo denosta el planteamiento para seguir con su perpetua disertación. Es decir, no existe una colocación horizontal frente al cuestionamiento, lo cual, evidencia una forma de violencia simbólica frente al emisor de la pregunta; esto, pues, es lo que se busca minimizar con la aplicación de la categoría de la escucha convivencial.

Este acercamiento a la violencia debe analizarse a la luz de la libertad, dado que el centrismo -configurado por la no escucha, por la escucha vertical y la imposición ideológica- limita cualquier tipo de libertad en ejercicio, ya sea la de pensamiento y/o la de elección.

Esto reviste importancia porque cuando la libertad y sus limitaciones a partir de la violencia del centrismo se prefiguran como parte de una comunidad socio-política, la incidencia de la manipulación libertaria es asunto de interés público, porque los miembros de dicha comunidad, al ser sujetos a un determinado centrismo -sobre todo ideológico-, garantizarán su yugo permanente y trascendentalmente. De ahí la necesidad de observar el pensamiento crítico como estructura fundamental para la

deconstrucción de lo que, quienes dominan, insertan en el ideario colectivo como lo normal y lo mejor.

Democratizar la vida. Una bioética filosófica

Hace algunos días, participé en un álgido debate sobre la educación, el adoctrinamiento y la casi invisible línea que los distingue. Esa charla me inspiró a escribir estas últimas líneas del ensayo.

Mucho se habla sobre democratizar las universidades como un elemento fundamental en la mejora de éstas, es decir, muchos y muchas refieren a que la intervención de las y los alumnos en la toma de decisiones universitarias, generaría un espacio de mayor beneficio para estos. Democratizar la universidad, entonces, ha sido visto como un proceso de descentralización en la toma de decisiones universitarias; decisiones de naturaleza institucional educativa, como lo son, la elección de la plantilla docente, la infraestructura o transformación arquitectónica del espacio destinado para la enseñanza e, incluso, sobre las materias y sus respectivos contenidos programáticos.

Al pensar en esto me surgió una interrogante, ¿es, en realidad, una verdadera democracia universitaria la incidencia del alumnado en la toma de decisiones de esta naturaleza? Después de reflexionarlo, llegué a la conclusión que no. Explico los *por qué*.

Me parece que la democratización de la universidad va más allá de lo superfluo y vacío que es elegir el tipo de infraestructura que nos gusta, la plantilla docente que queremos o las materias y el contenido de sus programas de estudio; claro, estas elecciones forman parte del proceso de democratización universitaria, sin embargo, las estimo como medidas insuficientes para mejorar los índices sustantivos en la educación, no sólo de nuestro país, sino de Latinoamérica.

La democracia, desde sus elementos mínimos de entendimiento, alude a un ejercicio en el que las personas de una determinada comunidad socio-política, toman decisiones para sí mismas, ya que dichas decisiones inciden en su vida pública. En consecuencia, debemos cuestionarnos, si estas decisiones no son genuinas y se encuentran previamente condicionadas -o peor aún- determinadas por factores externos, esto es, por alguien más, ¿Son en realidad un ejercicio democrático? Quiero decir, si previamente a que tomemos las decisiones, ya se ha violado nuestra libertad ideológica sin habernos dado cuenta. Creo, pues, en que nuestras decisiones no son

verdaderamente nuestras, sino que sólo estamos reproduciendo ideas y decisiones ajenas. Entonces, reproducir mecánicamente ideas ajenas ¿es en verdad una acción democrática o sólo es una acción con apariencia democrática pero que en el fondo no es, sino, un autoritarismo muy bien ejecutado?

En este sentido es que busqué contestarme el primer interrogante que me hice. Y la respuesta fue, que para democratizar a la universidad se necesitaba más que involucrar al alumnado en la mera toma de decisiones superficiales que se plantearon al principio. ¿Cuál sería, pues, una forma más cercana a la democracia de democratizar a la universidad? Un primer planteamiento es entender que el alumnx debe tomar decisiones propias y no reproducir las de alguien más. Esto se logra a través de una pedagogía que estimule el pensamiento crítico, reflexivo y creativo del alumnx, donde se le enseñe verdaderamente a pensar y no sólo a memorizar dogmáticamente fechas de nacimiento de héroes nacionales, artículos de las leyes o conceptos que olvidará saliendo de su examen.

Democratizar la universidad implica, entonces, educar para crear, reflexionar y criticar, no adoctrinar para que lxs alumnxs reproduzcan lo que nosotrxs -como docentes- queremos que reproduzcan mecánicamente. Este último proceso, a lo que llamo adoctrinamiento, es desconocer la naturaleza racional y humana de lxs alumnxs, cosificándolxs y reduciendo su esencia a una mera cosa, a un mero recipiente, que debe ser llenado porque ellxs son incapaces de llenarse a sí mismos. Es, desde mi perspectiva, atentar contra su dignidad como seres pensantes, creativos y capaces.

Logrando esta emancipación intelectual, ahora sí, se estará en condiciones de que libremente, lxs alumnxs puedan decidir, crítica, reflexiva, racional y creativamente el diseño de sus aulas e institución, su claustro docente y el contenido de sus planes de estudio; antes de esto, lo único que se generaría es una especie de acción manipulada por quienes toman las decisiones de forma centralizada para legitimar sus acciones institucionales dentro de la universidad.

Esta vía no es una panacea que nos permita recuperar la verdadera democracia universitaria, pero sí representa una acción eficaz tendiente a ello. Ahora mismo estamos viviendo un proceso de extinción de la universidad democrática como tierra fértil del pensamiento genuino, para migrar a la empresa mercantilista que sólo produce mano de obra técnica y engranajes mecánicos que hacen posible la reproducción de un sistema que cada día amplía brechas sociales y excluye más a lxs excludxs e invisibiliza más a lxs invisibilizadxs.

Ya bien lo ha apuntado el filósofo coreano Byung-Chul Han (2014): “el dataísmo -la mera recolección de datos y su aprendizaje acrítico y dogmático- es una forma de pornografía que anula el pensamiento”. El pensamiento no puede ejercerse con los meros datos, se necesitan estímulos más allá de la frialdad de los números o la cantidad de información; basta con echar un vistazo al hiper-conocimiento al que todos somos susceptibles de alcanzar mediante las nuevas tecnologías, pero que cuyo contenido no tiene sustancia, mutándose en información superficial que se burla flagrantemente de la naturaleza racional del humano.

Con esto no defiendo posturas escépticas en torno a la escuela, sólo busco sacudir el pensamiento de quienes estamos insertxs en el mundo de la educación, a fin de trastocar aquella estandarización ética con la que se justifica, por alguna extraña e irreflexiva razón, que la escuela prevalece como un bien superior a cualquier otra acción, sin pensar, en realidad, el fondo de lo que ésta es y debe ser.

Este ilustrativo ejemplo, local si se quiere ver así, muestra como la libertad de pensamiento -como variable independiente a la libertad de elección- es una herramienta fundamental para democratizar la vida y, en consecuencia, apuntar a una verdadera ética de la vida; la vida se debe de vivir libremente y no bajo yugos ideológicos impuestos en la inmadurez cognitiva del sujeto.



Tarsila do Amaral (1924). Morro da favela [Óleo sobre tela]

Cualquier humano al haber nacido en un mundo construido de una determinada manera, piensa que esa es la única forma de manifestación de la vida social, natural, política y cultural, lo cual genera una serie de condicionalidades al ejercicio libertario que emergen a partir de circunstancias políticas, económicas, geográficas, temporales, físicas y sociales. Sin embargo, comprender en un primer momento que la manifestación de la vida puede ser múltiple y uno sólo unívoca, puede llevarnos a potenciar nuestra imaginación en términos heurísticos y, en corolario, manufacturar otras formas de vida, quizá más justas en términos sociales. Quizás no, pero cuando menos se garantiza la pluralidad y no el centrismo violento anti-bioética que impera en las sociedades latinoamericanas a partir del dogmatismo religioso y el tótem del mercantilismo y la monetarización como teleología última en el sentido del quehacer socio-colectivo.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD POR HOMICIDIO.
PROVINCIA DEL NEUQUEN-ARGENTINA- PERÍODO 1986 - 2015**

Malco Francisco Elder⁵
Diego Oscar Zunino⁶

RESUMEN

Estudio epidemiológico descriptivo, de la mortalidad por Homicidio en la Provincia del Neuquén, en el período 1986-2015. Se analizó la mortalidad por Homicidio por considerarlo uno de los indicadores más completos, comparables y precisos para mensurar la violencia en una sociedad.

En el período estudiado se registraron 1379 fallecimientos por Homicidio, de los cuales el 89 % fueron hombres y dentro de ellos el grupo etario más afectado resultó el de 15 a 29 años. Los hombres presentaron una tasa de 17,1 por cien mil habs. y las mujeres de 2,2 por cien mil habs. La relación H/M es de 7,8. Se observó una tendencia al aumento en el último quinquenio (2011-2015) para hombres. Impresiona como un fenómeno mayoritariamente urbano. Se observó la diferencia en los registros según lugar de ocurrencia y residencia. Las armas de fuego presentaron una tendencia en aumento con respecto al uso de arma blanca y otros métodos.

Palabras clave: Violencia. Homicidio. Jóvenes. Urbano. Arma de fuego.

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio sobre los Homicidios, pretende ser un punto de partida para la investigación sobre las violencias en la Provincia del Neuquén.

1.1 Caracterización breve de la Provincia del Neuquén

La Provincia está ubicada en la Norpatagonia, constituida por 16 departamentos, habitada por 600.000 hab., distribuidos de manera desigual. La estructura poblacional es a predominio de niñez y jóvenes.

⁵ Médico Generalista. Epidemiólogo. Integrante del Sistema de Salud de la Provincia del Neuquén entre 1974-2008. Contacto: eldernqn1@gmail.com

⁶ Médico Psiquiatra – Integrante del Sistema de Salud de la Provincia del Neuquén entre 1990-2005. Psiquiatra Forense – Integrante del Poder Judicial de la Provincia del Neuquén 2006-2020. Contacto: diozun60@gmail.com

Hasta el Censo del 2001 la población crecía en proporción que supera el 50%, tanto por procesos migratorios como por crecimiento vegetativo.

La población de la Provincia cuenta en su constitución con un pueblo originario, el pueblo mapuche, distribuida en ámbitos urbanos y en comunidades cordilleranas.

El ingreso per cápita está dentro de los más altos del País, con una distribución no equitativa.

La matriz productiva se asienta en la producción de energía (hidráulica, gas y petróleo), en el turismo y en menor medida en la producción agro-fruti-hortícola-ganadera. Se perciben ingresos mediante regalías.

El empleo es generado por las actividades productivas mencionadas, sumándose el empleo público.

El proceso Salud-Enfermedad-Cuidado se encuentra determinado, además de los fenómenos productivos y demográficos mencionados, por factores socioculturales, ambientales, y el desarrollo del propio Sistema de Salud de la provincia

En las últimas décadas se han observado modificaciones, en el perfil de morbi-mortalidad, destacándose: Tumores, Enfermedades Cardiovasculares y metabólicas, Infectocontagiosas, Violencias, Adicciones, etc.

Se observa un progresivo desplazamiento de la Mortalidad Proporcional desde los grupos etarios infanto-juveniles hacia los grupos de mayor edad.

En ese sentido, las Violencias ocupan el primer lugar en los grupos etarios entre 1 y 44 años, significando un impacto de muerte prematura.

1.2 Violencias

La mortalidad por Violencias (Accidentes, Suicidios y Homicidios) representa el grado de violencia existente en una sociedad y muestra la falta de respeto por la existencia de las personas en su integralidad.

Es un fenómeno mundial y una problemática que afecta la vida de las personas y las poblaciones. Debido a su magnitud e impacto, como por sus consecuencias sociales y sanitarias, compete a los gobiernos y también a la ciudadanía, tomar medidas para prevenirla, controlarla y sancionarla. [1]

El homicidio, al tener como finalidad la eliminación de otras personas constituye la expresión más drástica de la violencia y uno de los indicadores más completos, comparables y precisos para mensurar la violencia en una sociedad.

Las víctimas de la violencia homicida trascienden a las personas fallecidas abarcando tanto a su círculo familiar y social cercano, como a toda la sociedad.

A nivel nacional existen investigaciones sobre el Homicidio. En la Provincia, no hemos encontrado estudios específicos.

Este estudio describió la violencia homicida en la Provincia de Neuquén mediante el estudio de la mortalidad poblacional por esta causa en el período 1986-2015, y pretende ser fuente de hipótesis para profundizar, mediante otros diseños investigativos, en el conocimiento del tema.

2. FUNDAMENTACIÓN

La violencia está presente en la vida de gran número de personas en el mundo y las afecta de un modo u otro.

La Organización Mundial de la Salud la define como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra una misma u otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La ubica como un problema de salud pública, de carácter prevenible y evitable.

La clasifica en violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva.

Cada año, más de 1,6 millones de personas fallecen por violencia. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

En el mundo durante el año 2012, unas 475.000 personas fallecieron por homicidio, con una tasa general de 6,7 homicidios por 100.000 habitantes. Las tasas fueron más altas en los países de ingresos bajos, como en la Región de las Américas y en la Región de África, donde la tasa fue de 28,5 y de 10,9 respectivamente. [1]

En la Región de las Américas se producían anualmente, en los inicios del Siglo XXI, según la OPS, cerca de 120.000 homicidios y 55.000 suicidios, predominando la afectación de jóvenes varones. [1]

Gomariz Moraga en “La devastación silenciosa” [2] refiere que el homicidio es en la región (América Latina) un fenómeno principalmente juvenil. A diferencia del resto del mundo, destaca, la población joven representa el 36,6 % del total de homicidios, frente al 16,1 % en África, el 12 % en Norteamérica, el 2,4 % en Asia, el 1,6 en Oceanía y el 1,2 % en Europa. Este fenómeno es de percepción difusa en las sociedades latinoamericanas. Visibilizar esta realidad fue el objetivo de su publicación.

En el documento de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [3] Estudio Mundial sobre el Homicidio del año 2013, aconseja vigilar los patrones regionales y la tendencia temporal y plantea que los datos arrojan una polarización del homicidio. América y África concentran una alta proporción, con importantes diferencias dentro de cada región y país. Describe que se encontraron tasas más altas en las ciudades más pobladas.

En el mundo el 80% de las víctimas son varones, siendo la tasa de homicidio en varones cuatro veces mayor que las de mujeres.

Describe tres tipologías: Homicidio vinculado a otras actividades delictivas, el relacionado con motivos sociopolíticos y el asociado a conflictos interpersonales. [3]

El Homicidio cometido por un compañero íntimo o un familiar es una forma de homicidio interpersonal que afecta a todos los países y corresponde a un 14% a nivel mundial. Las mujeres constituyen las dos terceras partes de este tipo de homicidio.[3]

El estudio destaca factores transversales externos que intervienen en el homicidio como las armas de fuego y el consumo de alcohol o de drogas.

En Argentina el Homicidio ha sido estudiado por Spinelli, Alazraqui [4], Fleitas Ortiz de Rozas [5], entre otros. Estas investigaciones de la mortalidad por homicidio en Argentina coinciden en señalar la ocurrencia de alrededor de 3000 homicidios por año, con una tasa nacional que fluctúa entre 4,2 /cien mil (año 1995) y 7,5/cien mil (año 2012), distribuidos en 86% hombres y 14 % mujeres, con alta concentración en jóvenes, el uso de arma de fuego fue el método utilizado más frecuente. Las zonas geográficas de mayor riesgo fueron: Regiones Noreste, Cuyo y Patagónica (Chubut y Neuquén).

En el estudio de Alazraqui y otros se relevan para la Provincia de Neuquén entre el año 2001 y 2005, correspondiéndole una tasa acumulada para los 5 años de 42,24/cien mil, ocupando el 5° lugar en el ranking del país. [4]

3. ANTECEDENTES

Son escasos los estudios o informes referidos a la temática del Homicidio en nuestra Provincia.

En la Publicación del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Neuquén, Evaluación Quinquenal años 1984-1988 [6], se presenta información vinculada a Mortalidad por Homicidio, en años previos al período abarcado por nuestra investigación.

- Otro estudio realizado en 1995, por M. Elder, acerca del riesgo de Mortalidad por distintas causas (período 1986-1994) en poblaciones fallecidas de origen chilena y argentina residente en la provincia del Neuquén, observó, respecto del Homicidio que esa población migrante casi duplicaba el riesgo respecto de la población argentina fallecida, tanto para Hombres como Mujeres. [7]

- En el estudio de A. Feltri [8] sobre Suicidio se destaca que en la Provincia de Neuquén las diversas causas violentas ocupan el primer lugar en la mortalidad prematura, tomando como indicador a los años de vida potencial perdidos.

4. MARCO TEÓRICO

Violencia es un concepto de características complejas, polisémicas y controversiales ideológicamente.

Distintos pensadores han abordado esta temática, resultando, en intentos explicativos parciales. H. Arendt le asigna un sentido instrumental, donde la violencia es un medio para la conquista del poder, F. Engels la valoriza como aceleradora del desarrollo económico, F. Fanon la define como la venganza de los desheredados y J.P. Sartre que la analiza en el universo de la escasez y la necesidad.

S. Zizek, en *Sobre la violencia* [9], describe las violencias subjetiva y objetiva, incluyendo esta última una violencia simbólica y otra sistémica (ligada al funcionamiento social y económico). Plantea que “deberíamos aprender a distanciarnos, a apartarnos del señuelo fascinante de esta violencia “subjetiva”, directamente visible, practicada por un agente que podemos identificar al instante... necesitamos percibir el trasfondo que generan tales arrebatos”.

Escribe: “el horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como un señuelo que nos impide pensar”, tildándola de “una operación ideológica por excelencia”.

Esta mirada es fundamental para evitar caer en reduccionismos y ocultamientos de la verdadera trama que sostiene la violencia.

Otro pensador que orienta el marco referencial de esta investigación es M. Wieviorka, quien en *Un Nuevo Paradigma de la Violencia* [10], describe cuatro niveles de análisis: el sistema internacional donde asigna a las consecuencias del neoliberalismo como la desigualdad, exclusión, la amenaza al trabajo, la capacidad de alimentar escenarios de violencia; los Estados que en una fase de declinación o carencia no logran inhibir la violencia física, pierden su control; los cambios sociales donde refiere que el desempleo, la precarización, la movilidad social descendente, no son directamente la génesis de la violencia, sino que muchas veces son el marco o caldo de cultivo existente a modo de injusticia, discriminación cultural y racial y falta de reconocimiento, alimentando frustraciones, que luego ante un hecho circunstancial, detonan graves episodios de violencia individual o colectiva; finalmente el individualismo contemporáneo situación de tensión entre la intención de consumir y la necesidad de ser reconocido como sujeto. La imposibilidad de lograr esos cometidos, sería fuente de ira y frustraciones.

Dice Wieviorka [10] que la violencia suele ser la voz de un sujeto no reconocido, rechazado y prisionero de la masa diseñada por la exclusión social y por la discriminación racial, emergiendo del choque de subjetividades negadas o destruidas. La violencia vendría a llenar el vacío dejado por los actores y relaciones sociales y políticas enflaquecidas.

Briceño-León en *La nueva violencia urbana de América Latina* [11] plantea que en la actualidad asistimos a un fenómeno singular al que denomina violencia delincencial urbana. Una violencia distinta, calificable de social, no política, que se expresa en las zonas pobres de grandes ciudades.

Entre los factores que están presentes en la cuna de esta violencia, destaca: el empobrecimiento y la desigualdad socio-económica; la exclusión laboral y escolar; la migración rural-urbana. Llama la atención sobre la disponibilidad de armas de fuego y la construcción de masculinidad. Refiere que la impunidad incide en la mayor o menor expresión violenta de una sociedad, tanto como la selectividad de los sistemas judiciales.

El Sector Salud debería tener una alta injerencia en la problemática de la violencia, implicándose en los distintos momentos: prevención, asistencia y rehabilitación y propiciando las condiciones para producir investigaciones.

La OMS plantea que la violencia es prevenible y evitable, alentando al estudio de situaciones particulares, a lograr el compromiso de distintos sectores de la sociedad. Propone, además, estudiar el origen del mayor riesgo de ser víctimas de violencia de algunos grupos.

Las muertes por violencia son responsables de la mayor cantidad de Años de Vida Potencial Perdidos. La atención de la violencia y sus consecuencias concentra altos porcentajes del gasto en salud.

S. Minayo [12] plantea la necesidad de superar la tentación de medicalizar la violencia, al mismo tiempo que, propender a una mayor especialización en los abordajes terapéuticos.

Alberto Pellegrini Filho [13] afirma que la violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, fundamentalmente por su influencia en el deterioro del entramado de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación. Plantea no tratar la violencia como una enfermedad ni limitarnos a identificar factores de riesgo aislados.

En su artículo Violencia y salud en Colombia (1997), Franco Agudelo [14], describe a la violencia como una actividad consciente e inteligente, con una clara finalidad, que se origina en las formas de relación entre humanos, y que es cambiante e histórica. Propone indicadores: tasas de morbi/mortalidad por causas externas; Años de Vida Potencial Perdidos; porcentaje de la mortalidad atribuible a causas externas; porcentaje de camas hospitalarias y de días de estancia hospitalaria [14]

Consideramos que requerirán análisis particulares los femicidios, filicidios, el “gatillo fácil”, el fenómeno homicidio-suicidio, etc., como así también el grupo de jóvenes varones ya que se encuentran sobre representados en la estadística.

5. OBJETIVOS

El objetivo general de la investigación es describir la mortalidad por Homicidios en la Provincia de Neuquén, en el período 1986-2015.

Los objetivos específicos son describir:

- la tendencia temporal de las tasas brutas por año y quinquenios, en hombres y mujeres;
- la contribución del homicidio en las defunciones por violencias;
- la mortalidad por homicidio según grupo etario;
- la contribución de cada grupo etario a la tasa de mortalidad por homicidio;
- la distribución geográfica o territorial por ciudades y agrupamiento de localidades;
- la distribución por método utilizado;
- Comparar el riesgo en hombres y mujeres;
- Explorar diferencias según el lugar de residencia y de la ocurrencia.

6. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de diseño retrospectivo y longitudinal. Se estudiaron tendencias y series temporales entre 1986 y 2015.

La población de referencia es la provincial y la población del estudio fueron las personas fallecidas por homicidio que residen en la Provincia, durante el período mencionado.

En este estudio se utilizará el término Violencias, que se corresponde en la CIE a Causas Externas, por encontrar al primero como más ajustado o expresivo respecto de la mortalidad por estos eventos.

La información se obtuvo a partir de fuentes secundarias.

Se registró el protocolo de investigación según la legislación provincial. (CAIBSH, 2011)

7. RESULTADOS

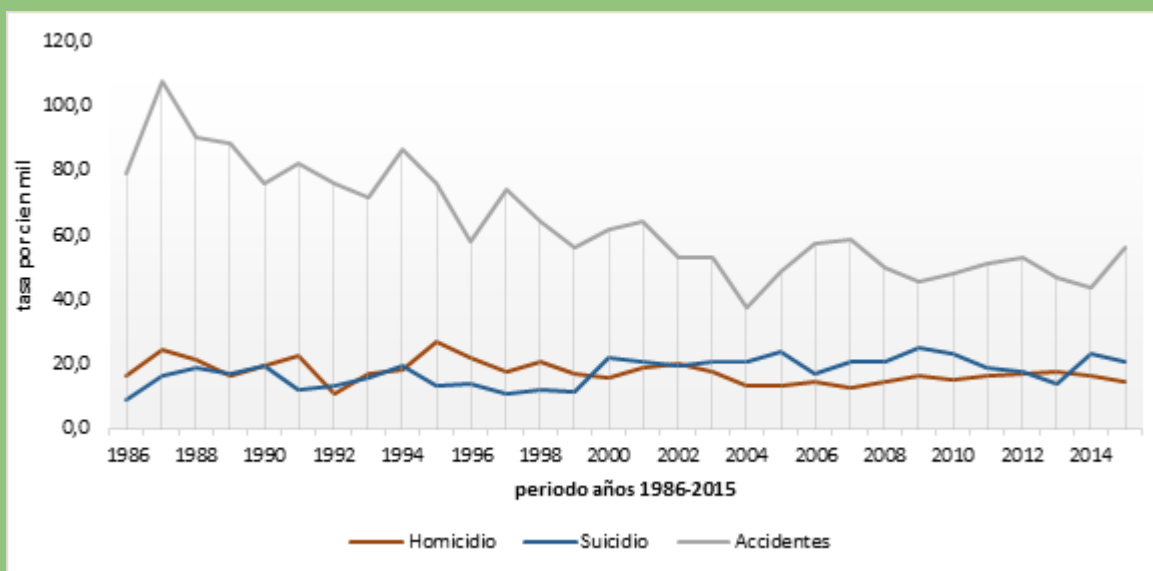
7.1 La mortalidad por violencias

Entre los años 1986-2015 se registraron en Hombres un total de 38.891 defunciones por todas las causas, correspondiéndole una Tasa de 543,4 por cien mil. Las violencias en varones se desagregaron en: Accidentes 4386 defunciones (tasa 61,3 por cien mil); Suicidios 1289 defunciones (tasa 18 por cien mil) y Homicidios 1223 defunciones (tasa 17,1 por cien mil).

En Mujeres los fallecimientos por todas las causas fueron 26.504 con una tasa de 372,6 por cien mil, distribuido en: Accidentes 1450 defunciones (tasa 20,4 por cien mil); Suicidios 247 defunciones (tasa 3,5 por cien mil) y Homicidios 156 defunciones (tasa 2,2 por cien mil).

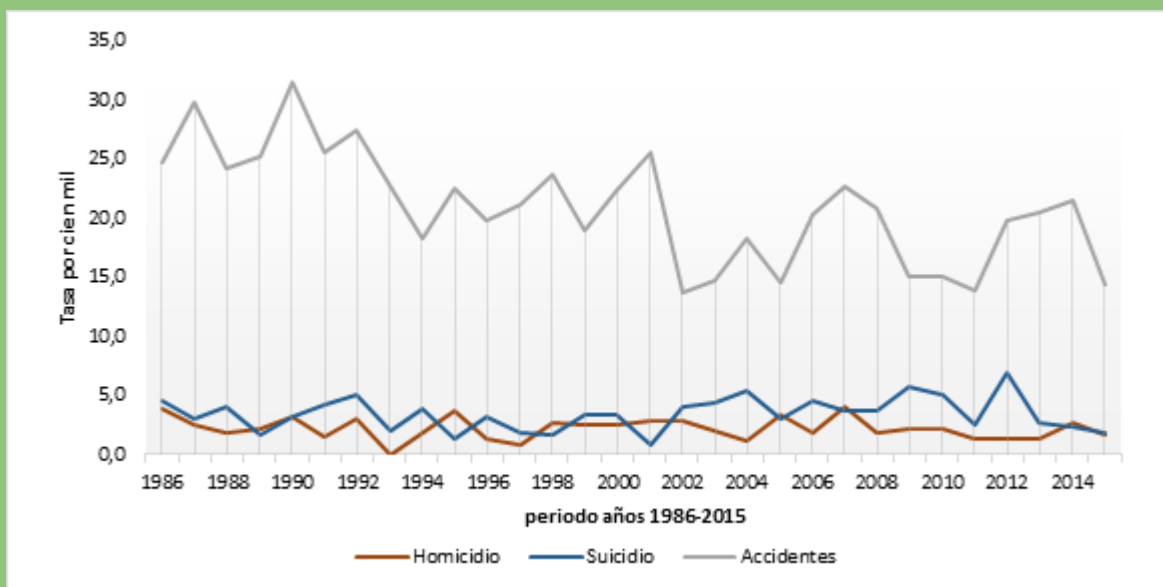
En los siguientes gráficos se muestran, para Hombres (N°1) y Mujeres (N°2), las tendencias de las Tasas de Accidentes, Suicidios y Homicidios por cien mil en el período estudiado, en base a la tasa anual.

Gráfico N° 1: Violencias. Tendencias de tasas de mortalidad de Accidente, Suicidio y Homicidio en Hombres por año. Período 1986-2015 - Provincia del Neuquén. (N=6898)



Elaboración propia. Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

Gráfico N° 2: Violencias. Tendencias de tasas de mortalidad de Accidente, Suicidio y Homicidio en Mujeres por año. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén. (N=1853)



Elaboración propia. Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén

Al observar los totales del período, tanto en número como en tasa por cien mil, los valores expresan preeminencia de los Accidentes por sobre los Suicidios y Homicidios, en Hombres y Mujeres.

En cuanto a la distribución proporcional de la mortalidad por violencias, se observa que corresponde en Hombres a un 17,7 % del total de muertes (N=6898) del período estudiado (1986-2015) y en Mujeres a un 7 % (N=1853).

Desagregando por los componentes de la mortalidad por violencias, para todo el período, se presenta la Mortalidad Proporcional en Hombres: Accidentes 11,3 %, Suicidios 3,3 % y Homicidios 3,1%. En Mujeres: Accidentes 5,5 %, Suicidios 0,9 % y Homicidios 0,6 %.

7.2 La Mortalidad por Homicidio

Durante el período estudiado se produjeron 1379 Homicidios en la Provincia de Neuquén, promediando un número cercano a 45 homicidios por año.

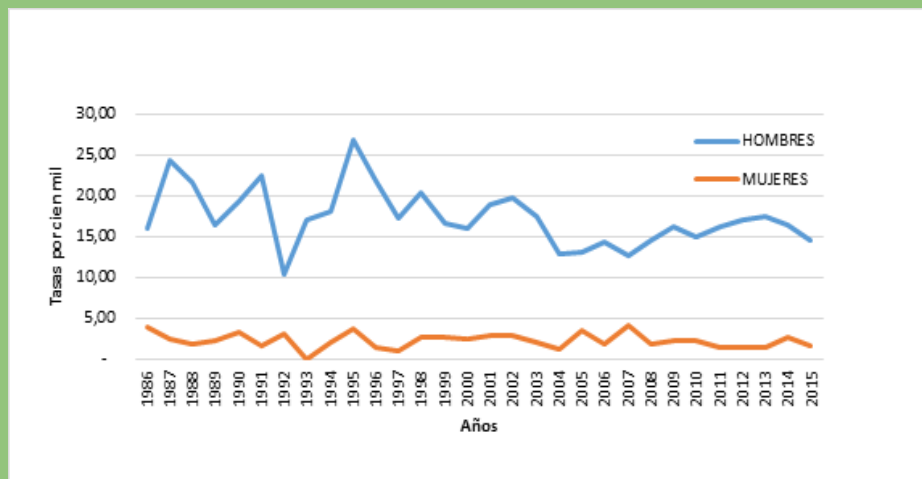
De estos homicidios 1223 fueron Hombres y 156 Mujeres, corresponde a 89% y 11%.

Para todo el período, en la Provincia, la tasa global fue de 9,7 por cien mil habitantes. En Hombres correspondió una tasa de 17,1 defunciones por cien mil, y para Mujeres de 2,2 por cien mil.

La relación Hombre/Mujer fue de 7,8 para los treinta años. Los hombres han estado expuestos a un mayor riesgo.

Observando el período, en Hombres la tasa más baja como la más elevada se encuentran en la primera mitad del período. Todo el período está caracterizado por oscilaciones. En tanto en Mujeres se observan tasas bajas, menores que en hombres y con oscilaciones. (Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3: Homicidio. Tendencias de tasas brutas de mortalidad en Hombres y Mujeres por año de ocurrencia. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén. (N Hombres=1223 N Mujeres=156)



Elaboración propia.

Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

Al observar la tendencia para los quinquenios se presenta en Hombres un paulatino descenso hasta 2006-2010, con un leve ascenso para el quinquenio 2011-2015. Para Mujeres asciende hacia 2001-2005 y 2006-2010, con ligero descenso para 2011-2015.

7.3 La mortalidad por homicidio según grupos etarios

La distribución por grupos etarios muestra diferencias en hombres y mujeres y también en la repercusión en cada grupo etario.

En Hombres de 0-44 años las proporciones correspondientes a homicidios superan a las de suicidios. En Mujeres en todos los grupos etarios los suicidios alcanzan proporciones mayores que los homicidios, salvo en el grupo de 0-14.

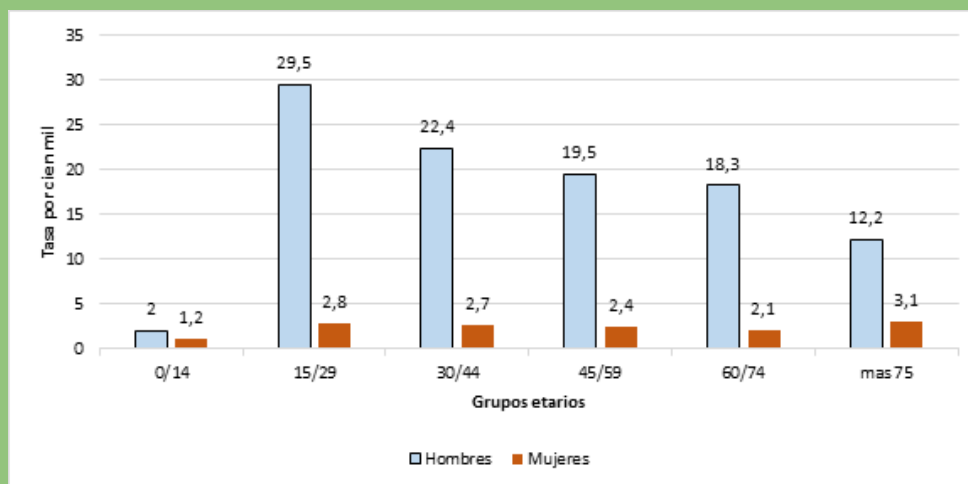
Observando la distribución por grupo etario de todos los Homicidios, en los 1190 Hombres (en 33 varones no quedó registrada la edad en la base de datos), se observa una mayor concentración en jóvenes, registrándose una contribución de 46 % del grupo de 15-29 años y asciende al 72 % al sumar el grupo de 30-44 años.

En Mujeres sobre un total de 153 fallecimientos (en 3 mujeres no se registró el dato de la edad), la distribución fue a predominio de grupos jóvenes, el 15-29 años contribuyó con un 34% y el de 30-44 años con un 26%.

Al observar las tasas específicas por grupo etario, en todo el período, se destacan tasas más altas o elevadas para hombres.

En Hombres, se observa que las tasas de Homicidio son menores en los extremos de la vida, siendo la menor la de 0-14 años. En Mujeres se relevaron tasas sensiblemente más bajas. (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4: Homicidio. Tasas específicas por cien mil según grupo etario en Hombres y Mujeres. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén. (N hombres=1190/ N mujeres=153)



Elaboración propia.

Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

La Mortalidad Proporcional por grupos etarios muestra para Hombres que el 75% de las defunciones corresponde a los grupos etarios de 15-29 y 30-44. El grupo de 45-59 años alcanza un 14 %.

En Mujeres la Mortalidad Proporcional por grupo etario, entre 15-44 años alcanza el 60%. Se destaca una proporción elevada en el grupo de 0-14 años (17%), valor que se diferencia del señalado para Hombres (4%).

Se estudió lo referido al diferente riesgo de homicidio en hombres y mujeres. Como se dijo, para todo el período en estudio esa razón del riesgo (RR) fue de 7,8 hombres por cada mujer. La diferencia más marcada se observó en el grupo de 15-29 donde el Riesgo Relativo H/M fue de 10,5.

En forma singular se estudió lo ocurrido en los homicidios de 0 a 1 año, arrojando una razón Hombre/Mujer, prácticamente sin diferencia, siendo esta de 1,08 (N=23).

Los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos.

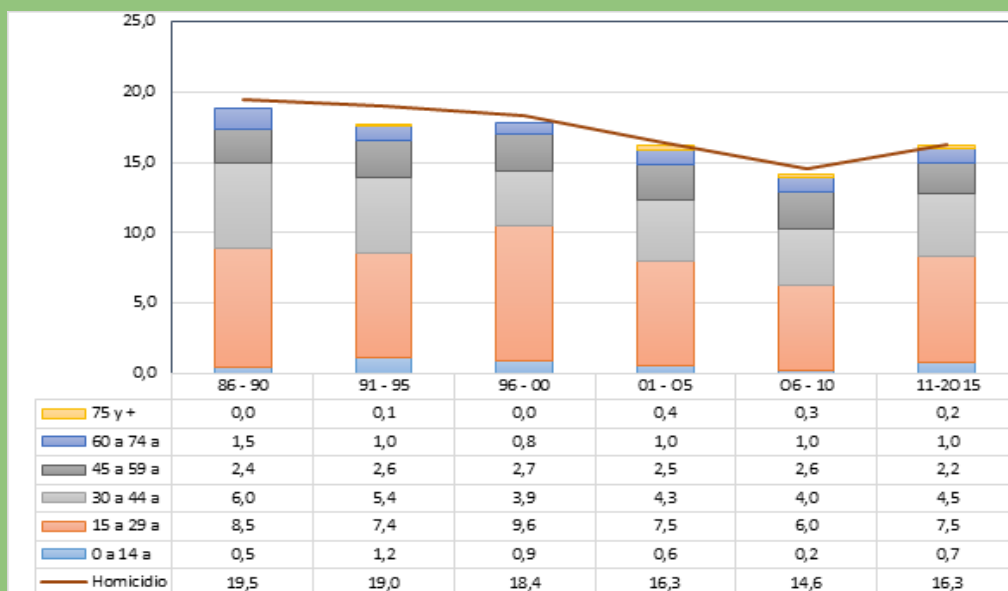
En Hombres el grupo etario con menor riesgo de homicidio es el de 0 a 14 años. Tomándolo como referencia, el grupo de 15 a 29 años le corresponde un Riesgo Relativo casi 15 veces mayor. Los grupos etarios intermedios aún presentan RR elevados y similares entre sí cercanos a 10. Están excluidas las defunciones por esta causa sin registro de edad (N=33).

Se estudió el Índice de Victimización Juvenil en hombres, tomando como modelo el utilizado por el Instituto Sangari (Mapa de violencia de Brasil) [15], resultando un valor de 239,8, que equivale a decir que el grupo de los jóvenes de 15-29 años tiene 2,4 veces más riesgo de ser víctima de homicidio, que el grupo de los no jóvenes.

En mujeres el grupo etario con menor riesgo de homicidio es de 0 a 14 años, y por consiguiente el menos expuesto. Al comparar con los grupos etarios subsiguientes, se observan RR levemente superiores. Están excluidas las defunciones por esta causa sin registro de edad (N=3).

La tendencia en hombres, muestra un aumento en los grupos más afectados (15-29 y 30-44) en el último quinquenio. (Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5: Homicidio. Contribución a la tasa específica según grupo etario en hombres y tendencia por quinquenios. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén.

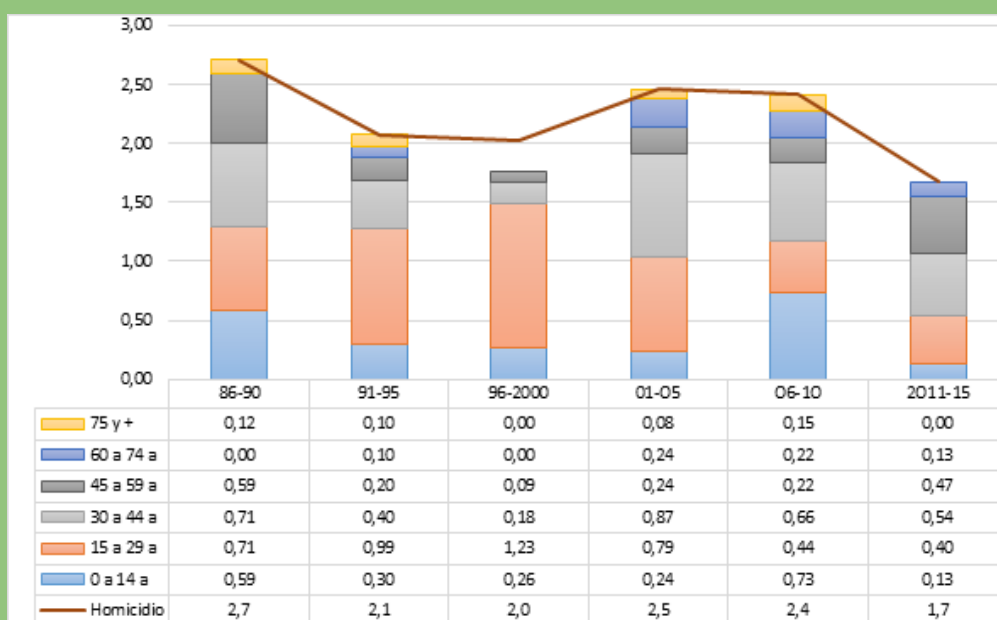


Elaboración propia.

Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

En cuanto a las mujeres, la tendencia por quinquenios de las tasas presenta altibajos, registrándose la más baja en el último quinquenio. (Gráfico N° 6)

Gráfico N° 6: Homicidio. Contribución a la tasa específica según grupo etario en mujeres y tendencia por quinquenios. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén.



Elaboración propia.

Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

Se estudiaron las tasas por cien mil de los Homicidios al interior del Grupo Etario de 15 a 29 años, en tres subgrupos de cinco años. En Hombres se evidencia una tasa más elevada en el subgrupo de 20-24 y en Mujeres en el de 25-29 años.

7.4 El Homicidio en el territorio

Se estudió la distribución geográfica procediéndose a relevar la frecuencia y distribución de Homicidios en algunas ciudades y agrupamiento de localidades de la provincia, según residencia.

Tabla N°1: Homicidio. Defunciones, tasas de mortalidad específica, Mortalidad Proporcional y Razón del Riesgo por Localidades y total provincial, en Hombres y Mujeres. Período 1986-2015. Provincia del Neuquén.

LOCALIDAD	HOMBRES			MUJERES			
	Defunciones	Mortalidad proporcional	Tasa por cien mil	Defunciones	Mortalidad proporcional	Tasa por cien mil	Relación H/M
Neuquén	561	45,8	18,8	58	37,1	1,91	9,8
Cutral Có- Plaza Huincul	158	12,9	21,93	21	13,1	2,86	7,7
Rincón de los Sauces	31	2,5	18,64	6	3,6	3,89	4,8
Centenario	79	6,5	16,32	12	7,3	2,48	6,6
Plottier	36	3	9,5	6	3,6	1,6	6
Zapala	48	3,9	10,04	9	5,5	1,83	5,5
San Martín de los Andes	51	4,1	13,53	11	7	2,96	4,6
Junín de los Andes	33	2,7	16,96	4	2,3	2,1	8,1
Chos Malal	17	1,4	8,35	2	1,2	1	8,3
Villa La Angostura	7	0,6	5,38	4	2,3	3,27	1,6
Localidades Rurales	64	5,2	12,8	6	5,1	1,6	7,7
Otros	60	4,9		8	5,1		
Otros	78	6,3		9	5,7		

Total Provincial	1223	100	17,09	156	100	2,2	7,8
-------------------------	------	-----	-------	-----	-----	-----	-----

Elaboración propia.

Fuente: Dirección de Información de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

Se agruparon localidades cordilleranas rurales y con población menor de diez mil habitantes, incluyendo: Aluminé, Loncopué, Las Lajas, Mariano Moreno, El Huecú, Bajada del Agrio, Andacollo, Las Ovejas, El Cholar, Tricao Malal y Las Coloradas.

La tasa de mortalidad específica por Homicidio fue 12,8 por cien mil habitantes para Hombres y 1,6 por cien mil habitantes para Mujeres.

También se consideró el agrupamiento de localidades vinculadas a la actividad petrolera en la Provincia, que incluye: Cutral C6-Plaza Huincul, Rinc6n de la Saucos, Buta Ranquil-Barrancas, San Patricio del Chañar y Auelo.

Confluyen en estas localidades fen6menos de migraci6n intra y extraprovincial, situaciones de violencia, trata de personas, narcotr6fico, todo esto sumado a los riesgos inherentes al tipo y las condiciones de trabajo.

La tasa de Mortalidad por Homicidio fue de 19,9 por cien mil para Hombres y 2,5 por cien mil en Mujeres.

En la Ciudad de Neuqu6n, seg6n residencia, se produjeron el 45 % del total provincial de homicidios. Fueron 619 defunciones de las cuales 90 % fueron Hombres y 10 % Mujeres.

Entre los a6os 2006-2015, en el grupo etario de 15-29 a6os de varones, fallecieron 188 hombres por homicidio en la Provincia, de los cuales 108 (58%) en la Ciudad de Neuqu6n. El 67 %de esos j6venes fallecieron en los barrios del oeste de la Ciudad, destac6ndose por la mayor frecuencia los barrios de San Lorenzo Norte, Villa Ceferino, Gran Neuqu6n, Hip6dromo e Islas Malvinas.

Cabe observar que estos barrios presentan en su constituci6n una gran densidad poblacional, alta proporci6n de j6venes, en general de sectores populares, con problemas sociales m6ltiples en las 6reas de salud, empleo, psico-social, educaci6n, etc.

7.4. 1 Raz6n de Mortalidad por Homicidio

Al estudiar la diferencia entre la Tasa de Mortalidad bruta según residencia correspondiente a la ciudad de Neuquén, para el período 2001-2015, y aquella correspondiente a la ocurrencia de Homicidios en la misma, aun con domicilio por fuera de la ciudad, mediante la Razón de Mortalidad [16]. Se observa que es superior durante todo ese período salvo el año inicial del mismo.

Distintos sesgos podrían influir, como por ejemplo el traslado sanitario por derivación médica a centros asistenciales de mayor complejidad o que la persona fallecida no hubiera efectuado aún su cambio de domicilio.

En las ciudades de Cutral C6/Plaza Huinul y San Mart6n de los Andes se observ6 un resultado inverso a lo observado para la ciudad de Neuqu6n. En ambas se presenta una disminuci6n de los Homicidios ocurridos respecto de aquellos registrados seg6n residencia.

7.5 M6todo utilizado en los Homicidios

En hombres, tomando todo el per6odo (1986-2015), el homicidio por Arma de Fuego representa el 45,4% del mecanismo o medio para producirlo. En mujeres esa proporci6n alcanza un valor algo menor, un 38,5%.

En cuanto a los homicidios mediante la utilizaci6n de Arma Blanca representan el 33,9 y 19,9% para Hombres y Mujeres respectivamente.

El grupo que corresponde a Otros Mecanismos alcanz6 el 20,7 % en hombres y el 41,7% en mujeres.

Entre 2006-2015 la distribuci6n de las proporciones que alcanzan cada uno de los distintos mecanismos reflejan para Hombres: Arma de Fuego (43 %), Arma Blanca (35 %) y agresi6n con objeto romo (8 %) y en Mujeres: Arma de Fuego (30 %), Arma Blanca (20 %), Ahorcamiento (11,3 %) y negligencia-abandono (9,4 %), agresi6n con objeto romo y mediante el fuego cada uno con un 7,5 %.

8. DISCUSI6N

Este estudio inicia un recorrido de investigaci6n, para develar cuestiones subyacentes a la tem6tica de la violencia. Cada situaci6n violenta esconde condicionantes sociales y colectivos que superan lo biol6gico o psicol6gico.

Barradas Barata [18] destaca la epidemiolog6a descriptiva como herramienta de conocimiento, "un paso esencial en el estudio de una dolencia es describir precisamente su ocurrencia en una poblaci6n, mediante categor6as de distribuci6n temporal, espacial y seg6n atributos personales, buscando identificar un patr6n de ocurrencia y los grupos de riesgo. Lo descriptivo no niega ni destituye la debida interpretaci6n de determinada cuesti6n".

Dice Tosca Hern6ndez [17] "la violencia no solo significa los hechos que podemos ver, cuantificar, ubicar en contextos y determinar actores, sino tambi6n lo que acarrea en dolor, sufrimiento, tragedia, angustia, odio, miedo".

Se entiende que el estudio de la violencia implica la concurrencia de distintas disciplinas y enfoques, y se da en ese espacio relacional humano, donde el accionar violento comunica la negación de las otras personas.

Johan Galtung lo sitúa en tres momentos: los comportamientos agresivos o violentos; lo socio-cultural latente conformado por cogniciones que aprueban o no la violencia y lo estructural conformado por conflictos en las estructuras económicas-sociales-culturales.

Briceño-León [19] plantea tres niveles en la emergencia de la violencia. Aquellos que originan: desigualdad social, el desempleo, la familia desecha y la pérdida de valores religiosos; fomentan: organización territorial, la cultura de la masculinidad, el tráfico de drogas, la actuación de la Justicia Penal y facilitan el consumo de alcohol y el uso de armas de fuego.

8.1 Las violencias

Spinelli y otros [4] describen que, en las muertes por violencia, una proporción del 55,3% corresponden a Accidentes, 13,7% a Suicidios, Homicidios un 10,3 % y otras causas 2,7 % (con un proporción de ignorados de 18%). Dichos valores guardan similitud con los obtenidos por nuestra investigación, en la que sin considerar los ignorados muestran proporciones de 66,6, 17,5 y 15,7%, respectivamente, para Accidentes, Suicidios y Homicidios.

En ese estudio [4] la tasa de homicidio para Argentina fue de 6,5 por cien mil y para la Provincia de Neuquén cercana al 8,5 por cien mil. Se trata de tasas altas en el contexto nacional, solo superadas por pocas provincias (Chubut, Mendoza y Santa Fe). Neuquén ocupa el 5° lugar en ese ranking.

En el estudio de Fleitas Ortiz de Rosas [5], que toma el período 1997-2012, estudió 51.260 fallecimientos por Homicidio en Argentina. La tasa nacional en 2012 fue de 7,2 por cien mil y se observa un pico con la crisis económica-social del 2001-2002 y otro menor en el 2009.

Chubut con 15,7 por cien mil arrojó la tasa más elevada, seguida de Santa Fe (9,7) y Neuquén y Formosa con tasas de 9,4 por cien mil.

8.2 Masculinidad y violencia

El riesgo de morir, por los distintos tipos de violencias, es mayor para los varones.

En cuanto a los homicidios se registra el fallecimiento de 1223 hombres y 156 mujeres, en todo el período estudiado (1986-2015), lo que representa un 89 % y un 11 % respectivamente. En el estudio de Fleitas [5] las proporciones para todo el país, en el año 2012, son 86% para hombres y 14 % para mujeres.

En nuestro estudio, también se refleja esta diferencia, ya que, en los 30 años, fueron de 17,1 y 2,2 por cien mil respectivamente, con una Razón del Riesgo de 7,8.

A este respecto los trabajos de Spinelli [4] y Fleitas [5] muestran que los hombres presentan un riesgo alto de morir por homicidio respecto de las mujeres.

La tasa más alta es la del grupo de hombres de 15 a 29 años (29,5 por cien mil), seguida por el de 30-44 años (22,4 por cien mil). La tendencia por quinquenios registra un aumento en ambos grupos en el último quinquenio (2011-2015).

La localidad con mayor tasa por cien mil en hombres fue Cutral C6/Plaza Huincul con 21,9, seguida por Neuqu6n y Rinc6n de los Sauces con tasas cercanas a 19 por cien mil.

En Cutral C6/Plaza Huincul los medios de comunicaci6n han se~alado la preocupaci6n por la violencia en j6venes varones, mencionando a determinados barrios como problem6ticos y responsabilizando a las drogas. Profesionales del Hospital han presentado datos sobre la reiterada atenci6n por emergencia de hombres j6venes lesionados por violencia interpersonal.

La Unidad Centinela de Lesiones del Hospital Castro Rend6n de la Ciudad de Neuqu6n, destac6 en un estudio, la prevalencia de los traumatismos causados por otra persona, y el trauma con objeto punzo cortante. Ubicaron como primer factor de comorbilidad el consumo de alcohol.[28]

La Oficina de la Violencia Familiar del Poder Judicial mostr6 que, en estos 6ltimos a~nos, reciben por mes entre 1.500 y 1.700 denuncias por violencia de g6nero.

Edinilsa Ramos de Souza [20] menciona aspectos vinculados a modelos de masculinidad construidos a partir de valores patriarcales y machistas, que basan la virilidad en la competencia y la violencia f6sica.

En la adolescencia con grandes tensiones provenientes de una identidad en construcci6n que necesita ser reforzada por comportamientos reafirmadores, los j6venes se tornan agentes y blanco de violencia, adem6s al ser reclutados para el narcotr6fico se tornan m6s vulnerables.

Gomariz Moraga [2] plantea que el homicidio, en Am6rica Latina es un fen6meno principalmente juvenil y que el origen del nuevo escenario violento es multicausal. Edinilsa de Souza [21] explicita que, los hombres j6venes pobres, con baja o ninguna escolaridad o calificaci6n laboral, con bajos ingresos y habitantes de la periferia, son las v6ctimas predilectas. Expresa que este grupo para usufructuar m6nimamente los beneficios de la sociedad de consumo, deben o precisan asumir riesgos.

La problem6tica del homicidio en j6venes varones se expresa en los relevamientos de organismos como la CORREPI (Comisi6n contra la represi6n policial e institucional) [29].

8.3 En cuanto a la distribuci6n geogr6fica

Coexisten en la Provincia grandes ciudades con otras peque~nas y medianas, que presentan caracter6sticas muy diversas, no s6lo en cuanto a tama~no, sino

también en cuanto a estructura poblacional, aspectos culturales e históricos, urbanidad/ruralidad, composición por pueblos originarios, migraciones, recursos económicos, posibilidades de intercomunicación, acceso a bienes y derechos.

Souza Minayo y Constantino [22] frente a localidades que presentan tasas diferentes y opuestas de homicidio durante períodos constantes, distinguen factores internos como el control informal, los lazos sociales, capital social – acción social en beneficio mutuo- y cultural y externos el control formal (organismos de seguridad) y las políticas sociales y económicas, que estarían en la base de esas diferencias.

En los últimos años, en la Ciudad de Neuquén una proporción significativa de los homicidios se produjeron en la zona denominada “el Oeste” de la Ciudad.

Coincidentemente con esta observación, en la investigación sobre Muertes violentas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires [27] encontraron tasas de homicidio por barrio más elevadas en la zona sur de la ciudad, donde se encuentran mayores niveles de pobreza.

Barata y otros [23] destacan, al estudiar los motivos de los homicidios según estrato de condiciones de vida, que son muy diferentes según el estrato del que estemos hablando, en el más bajo las muertes se presentarían por peleas o venganzas entre pertenecientes al mismo grupo social. Ferreira, F. Barbosa y Barros [24] muestran que el riesgo de ocurrencia de los homicidios no se presentó de manera homogénea en la ciudad estudiada (Recife- Brasil), siendo más elevado en las áreas más pobres.

Dentro de los aspectos territoriales, sería necesario estudiar lo vinculado al lugar donde se hayan producido los homicidios, es decir en qué barrios y en qué lugar de las ciudades ocurren, si en los espacios públicos o privados.

Distintos autores señalan diferencias para hombres y mujeres, ubicando el ámbito privado, como el lugar de mayor riesgo para las mujeres y el público para los hombres. Que las mujeres sean asesinadas en mayor medida en su propia casa, conecta directamente con aspectos vinculados a la violencia familiar y una proporción alta de ellas a manos de parejas o ex-parejas.

8.4 Sobre el método o circunstancia.

Las armas de fuego fueron el medio usado con mayor frecuencia tanto en hombres como en mujeres, con porcentajes del 45 y 38 % respectivamente.

Spinelli y otros [25] en su estudio de 87.671 muertes por arma de fuego, mostró que el porcentaje más alto correspondió a Homicidios (32,8 %), seguido de Suicidio (30,7%), los casos no identificados (28%) y Accidentes (5,8%). El 86 % fueron hombres y 14 % mujeres y el grupo más afectado resultó el de jóvenes varones de 20-29 años.

Zunino, Diez Roux y de Souza [26] analizan 15.067 homicidios por arma de fuego, destacando que el riesgo es mayor para varones y en particular para el grupo

de 15-29 años. El nivel de urbanización fue la variable socio-económica correlacionó positivamente.

En otro trabajo, Zunino M., Spinelli H. y Alazraqui M. [16] llamaron la atención sobre la posibilidad de que las muertes por violencias de causa ignorada producida por armas de fuego oculten principalmente homicidios.

8.5 Sobre las respuestas sociales a la violencia

Distintas situaciones de violencia han dado lugar a reacciones en distintos niveles de la sociedad, desde lo individual hasta lo colectivo.

Distintas modalidades como: el “ajuste de cuentas” que representa una modalidad de respuesta a la violencia con más o igual violencia; el linchamiento con distintas formas, ya sea mediante golpizas, acciones contra las propiedades o cuando se señala a una persona o familia como delincuente y se los expulsa del barrio; el corte de calles mediante piquetes o la toma de un colectivo con sus pasajeros como reclamo ante un hecho violento.

El sector salud, en particular a sufrido situaciones de violencia, como robos, amenazas, apuñalamientos, tiroteos, etc. A mediados del año 2011 fue asesinado en su lugar de trabajo, el Centro de Salud del Barrio Aeroparque de la localidad de Cutral Co, un médico que se encontraba atendiendo consulta ambulatoria. El Sistema Integral de Emergencias de Neuquén (SIEN) ha resuelto que sólo asistirá a prestar atención, ante situaciones de cierta violencia, si están bajo resguardo de personal policial.

Las personas que trabajan en el sector salud no se han limitado a solicitar seguridad, sino que han avanzado en propuestas de abordaje y en reflexiones que sitúan la problemática en el contexto de las graves desigualdades sociales imperantes. Además han participado junto a la comunidad en diversas actividades, como las Marchas por la Vida en el Barrio Confluencia de Neuquén.

Con connotaciones político-sindicales se han registrado, en nuestra Provincia, enormes movilizaciones, como las ocurridas ante las muertes del conscripto Omar Carrasco, Teresa Rodríguez y el Maestro Carlos Fuentealba.

Todas y cada una de estas respuestas aquí enumeradas representan modalidades de reacción ante la agresión y las muertes por violencia, dando cuenta de algún modo, que estos actos violentos no están naturalizados.

Nuestra investigación, en cierta forma, es también un modo de reaccionar frente a la violencia, en este caso, realizando un aporte que permita acercarnos a un mayor conocimiento de la problemática y desde allí poder intervenir más oportuna y eficazmente.

9. CONCLUSIONES

La mortalidad por homicidio se ubica en tercer término respecto de los accidentes y los suicidios.

Afecta en forma predominante a los hombres (89%), 1223 defunciones en hombres y 156 en mujeres.

Las tasas más altas corresponden a hombres 17,1 por cien mil habitantes.

El grupo etario más impactado es el de 15 a 29 años en hombres. En mujeres se concentran los homicidios (59%) entre los 15-44 años de edad.

La tendencia es al aumento en hombres en el último quinquenio.

Impresiona como un fenómeno mayoritariamente urbano.

El método que prepondera es el Arma de Fuego.

Bibliografía

Agudelo Franco S. (1997). Violencia y Salud en Colombia. Revista Scielo.

Barradas Barata, R. (1999). O desafio das doenças emergentes e a revalorização da Epidemiologia descritiva. Informe Epidemiológico do SUS.

Briceño-León, R. (2002). La nueva violencia urbana en América Latina. Revista Sociologías. Porto Alegre.

Briceño-León, R. (2008). La violencia homicida en América Latina. Rev. América Latina Hoy. Univ. Salamanca.

Eastman y Krug. (2002). Informe Mundial sobre la salud y la violencia. OMS.

Gomariz Moraga E. (2010). La devastación silenciosa. Jóvenes y Violencia Social en América Latina. FLACSO

UNOCD. (2013). Estudio Mundial sobre el Homicidio.

Minayo MC.; de Souza Edinilsa. (1993). Violencia para todos. Cad. Saúde Publ. 9 (1)

Pellegrini Filho, A. (1999). La violencia y la salud Pública. Revista Panamericana de Salud Pública 5(4-5)

Tosca Hernández, (2002). Descubriendo la violencia. Buenos Aires, CLACSO

Ramos de Souza, E. (2001). Quando viver e o grande risco-aventura. Cad. Saude Publica . Rio de janeiro 17.

Waiselfisz J. (2011). Mapa da violencia. Os jóvenes do Brasil.

Zizek S. (2010) Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales. Buenos Aires, Paidós.

Documentos

Barata Rita; Almeida Ribeiro Manoel y Sordi Meri. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de Sao Paulo. Rev. Bras. Epidemiologia.

CORREPI. Coordinadora Contra la Represión Policial e Institucional. 1983-1998. Recopilación de muertes de personas a manos de las fuerzas de seguridad en Argentina.

Elder, Malco Francisco - La Transición Epidemiológica y la Salud de los Migrantes Chilenos en la Provincia del Neuquén, Argentina. Tesis de Maestría – 1995 (no publicado).

Evaluación Quinquenal 1984-1988 - Dirección General de Información y Control - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - Provincia del Neuquén

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS. Dra. María de los Ángeles Zaffino, Lic. Darío Javier Rodríguez y Lic. María Eugenia de San Martín.

Feltri A. Mortalidad por suicidio Provincia del Neuquén 1987-2006. UNLa.

Fleitas Ortiz de Rosas, Diego. Homicidios y suicidios en Argentina.

Ferreira, A.; F. Barbosa L.; Barros M.D. Homicidios y Condicao de vida. Epidemiol. Serv. Saude.

Ramos de Souza, Edenilsa. Masculinidade e violencia no Brasil: contribuciones para reflexão no campo da saúde.

Spinelli; Alazraqui; Macías; Zunino y Nadalich. (2005). Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Spinelli H., Santoro A., Guevel C. y Alazrqui M. Tendencia temporal de la mortalidad por arma de fuego en Argentina, 1980-2012.

Spinelli, H. Alazraqui M., Lev D., Otiz M. Perfil epidemiológico de la mortalidad por Homicidios. Argentina (1990-2005)

Zunino M., Diez Roux A. y de Souza E. Homicidios por arma de fuego. Argentina 1991-2006. Un análisis de niveles múltiples.

Zunino M., Spinelli H., Alazraqui M. Muertes por Armas de Fuego: Un Eclipse en los Sistemas de Información en Salud. Rev. Salud Colectiva.



Artículos Becas SISNe

Autopercepción de los cambios en mujeres víctimas de violencia de pareja que pasaron por un equipo interdisciplinario específico entre los años 2015 y 2017 en la ciudad de Zapala⁷

Pamela Acosta⁸, Marcia Alem⁹
Graciela Hervas¹⁰, Graciela Vazquez¹¹

Resumen:

En el Equipo Interdisciplinario de Violencia Familiar del Hospital General Dr. Jorge Juan Pose, de Salud Pública de la Provincia del Neuquén, atendemos a mujeres que sufren violencia de pareja.

Realizamos el presente estudio con el objetivo de valorar los cambios autopercebidos de 76 mujeres –atendidas entre 2015 y 2017- en su visibilización, autoestima, empoderamiento y bienestar mental antes y después de su asistencia terapéutica por el equipo, relacionando estos cambios con la asistencia al tratamiento y las variables sociodemográficas.

⁷ Trabajo realizado con financiamiento de la Dirección de Bioética e Investigación, del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, mediante una Beca del Sistema de Investigación en Salud de Neuquén (SisNe), convocatoria 2016.

⁸ Médica Generalista del Centro de Salud B°582 viviendas e integrante del Equipo de Violencia Familiar, del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Jorge Juan Pose, Zapala, Neuquén. Investigadora principal. Contacto: saludmentalhz@gmail.com Entregado 28 de noviembre de 2019

⁹ Licenciada en Psicología, integrante del Equipo de Violencia Familiar del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Jorge Juan Pose, Zapala, Neuquén.

¹⁰ Licenciada en Trabajo Social, integrante del Equipo de Violencia Familiar, del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Jorge Juan Pose, Zapala, Neuquén.

¹¹ Médica Generalista, integrante del Equipo de Violencia Familiar, del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Jorge Juan Pose, Zapala, Neuquén.

Es una investigación observacional, descriptiva y analítica, utilizando el mismo grupo muestral como grupo de control diacrónico en una entrevista semiestructurada con una encuesta propia.

Al observar el perfil sociodemográfico de las mujeres encuestadas antes del contacto con el equipo, notamos que algunos de los factores que pensábamos, influyen en el sostenimiento de vínculos de pareja violentos, no se presentaban en la mayoría de estas mujeres.

Entre lo previo y lo posterior al paso por el equipo encontramos cambios relacionados a convivencia, trabajo remunerado, nivel de estudios y redes de apoyo.

También se observaron mejoras en cuanto a la visibilización de los distintos tipos de violencia.

Con el análisis bivariado pudimos relacionar la violencia padecida con la edad, la vivienda propia, el trabajo remunerado, con los niveles iniciales de empoderamiento y autoestima, y notamos cambios favorables al aumentar la asistencia al espacio terapéutico.

Palabras claves: Mujeres, violencia de pareja, autopercepción, género, atención.

Introducción

Conformamos un equipo interdisciplinario que trabaja en un hospital general de la provincia de Neuquén, demandadas en su mayoría por mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Desde este espacio consideramos que la violencia hacia las mujeres representa una situación grave de vulneración de derechos humanos, con consecuencias negativas a nivel individual, afectando la salud biopsicoemocional, pero también familiar y sociocomunitaria, ya que impacta en lo relacional y en la posibilidad de utilizar las capacidades individuales y sociales para su desarrollo y de la comunidad a la que pertenece, con una seria impronta en las personas significativas en su vida.

Tomamos como marco legal la Ley Provincial N° 2785, que en su artículo 2 define la violencia familiar como "...toda acción u omisión ilegítima o abuso dirigido a dominar, someter, controlar o agredir la integridad física, psíquica, moral,

psicoemocional, económica patrimonial, sexual y/o libertad de una persona por parte de algún integrante de su grupo familiar”¹².

Dentro de la violencia familiar encontramos la violencia de pareja en la cual las mujeres representan el mayor número de víctimas, de acuerdo a las estadísticas mundiales, como efecto de la desigualdad de género de la cultura patriarcal que aún hoy se visualiza en nuestra sociedad.

Son conductas socialmente aprehendidas y que pueden, individual y socialmente, ser revisadas y modificadas a través de la capacidad que tienen las mujeres para tomar el control de su vida, con recursos personales y externos favorables, que les permitan romper con este vínculo abusivo.

Para explicar la complejidad causal de la violencia se han desarrollado diversas teorías. Desde nuestro equipo adherimos al modelo ecológico de Bronfenbrenner y Ceci¹³ ya que permite explicar las conductas humanas, inmersas en el ambiente o contexto, estructurado en distintos niveles: individual, microsistema, exosistema y macrosistema, en constante interrelación, influenciándose unos a otros, a lo largo del tiempo.

Este modelo muestra que el abordaje para salir de la situación de violencia en la pareja, requiere ser integral desde estas distintas dimensiones y tener en cuenta el proceso vivencial.

La dinámica de la violencia, en general es crónica, inmersa en un círculo de naturalización y repetición, que lo sostiene y reproduce, llamado ciclo de la violencia (Díaz, 2002)¹⁴, generando en estas mujeres una gran confusión y desvalorización de su persona como sujeto, de sus capacidades, de sus proyectos y de sus decisiones, y ocasionando disminución de la visibilización en relación a la violencia que padecen, autoestima y empoderamiento sobre su vida. Favorecido además por las propias creencias sobre el rol de la mujer en la pareja y dentro de la familia.

En el trabajo cotidiano, las mujeres relataban dificultades para salir de estas relaciones asociadas con la falta de trabajo y de un ingreso económico, la falta de redes de apoyo, el cuidado de los hijos en soledad, la falta de vivienda.

Podemos afirmar que la complejidad que genera la violencia y la sostiene, es similar a la complejidad para salir de ella. Es necesario un entramado de múltiples factores favorecedores y alentadores, que aporten comprensión, orientación, guía y

¹² Art. 2, Capítulo II de la Ley N°2785, sancionada por la Legislatura de la Provincia de Neuquén: “Régimen de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar de violencia familiar”, 2010.

¹³ Bronfenbrenner, Urie. “Hacia una ecología experimental del desarrollo humano” *American Psychology*, 32 (7), 513-531, EEUU, 1977.

¹⁴ “Síndrome de la Mujer Maltratada”, Leonor Walker (1979).

acompañamiento, para lograr destrabar el ciclo en el que se mantienen, y reflexión sobre su propia situación y las alternativas con las que cuentan para dejar de ser víctimas.

En el equipo de violencia familiar, hemos atendido a más de 1000 mujeres desde el año 1999 hasta la fecha y hemos podido observar, y obtener devoluciones, de cambios positivos en mujeres que transcurrieron por el espacio terapéutico del equipo, tanto con asistencias mínimas, como más sostenidas en el tiempo.

Las mujeres, al tomar contacto con el Equipo se muestran confundidas, atemorizadas, culpables, avergonzadas, desconfiadas, aisladas con distintos niveles de indefensión, en distintas etapas de motivación para el cambio y en distintas etapas del ciclo de la violencia. También muestran distintos niveles de autoestima, empoderamiento y visibilización de la situación.

Todas ellas iniciaron el contacto con las profesionales del equipo de violencia familiar en entrevistas individuales, a través de un proceso de admisión que consta de una a tres entrevistas, luego fueron orientadas hacia la continuidad de abordaje individual y/o participación en dispositivo grupal.

La asistencia terapéutica tiene como objetivo que la/s paciente/s logren:

- Reflexionar y romper con las construcciones y mandatos socioculturales, naturalizados y transmitidos.
- Visibilizar la violencia y el daño que provoca y su responsabilidad dentro de la situación violenta.
- Reposicionarse como sujeto con derechos aumentando la autoestima y la autoprotección.
- Fortalecer habilidades para tomar el control de su vida, con autonomía (empoderamiento).
- Lograr Bienestar mental.

Al ser difícil evaluar desde una observación objetiva los cambios producidos en las mujeres al atravesar por un dispositivo terapéutico, optamos por evaluar la autopercepción de las pacientes sobre los cambios que tuvieron al pasar por nuestro dispositivo de abordaje. La autopercepción es definida como una mirada sobre uno mismo. La teoría de la autopercepción de Daryl Bem afirma que nos valoramos en función del juicio que hacemos de nuestro propio comportamiento; nos evaluamos a través de tres vías: 1.- valoraciones directas, lo que otros dicen de nosotros, 2.- valoraciones deducidas que es lo que creemos que otros piensan de nosotros y 3.- por comparación: contraste entre la valía que nos hemos asignado y la que le asignamos a los otros. Cuanto mejor nos percibimos, más expresamos externamente nuestro

valor y los demás nos perciben en parte como nosotros nos creemos que somos. Si la autoestima se crea sobre nuestra percepción y los juicios de los demás, modificando la primera modificaremos los juicios de los otros sobre nosotros y nos iremos sintiendo más a gusto en nuestra piel. Por eso, nos pareció relevante investigar qué es lo que ellas creen acerca de si mismas y los cambios que pudieron hacer. Concretamente, nos planteamos como objetivos valorar los cambios autopercebidos por las mujeres (en visibilización, autoestima, empoderamiento y bienestar mental) en su paso por el equipo, relacionando estos cambios con la asistencia al tratamiento y las variables sociodemográficas.

Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo y analítico, de corte transversal. Se ha utilizado el mismo grupo terapéutico como grupo de control diacrónico, donde cada persona es el único punto de referencia, antes y después del paso por el dispositivo.

En el estudio que proyectamos, se tomó un tamaño muestral de 139 mujeres teniendo en cuenta que la población total es de 243 mujeres, para un valor de p de 0,05 y un nivel de confianza de 95%. Fueron elegidas al azar con un programa de computadora¹⁵.

Se excluyeron a las menores de 18 años, a mujeres con padecimientos mentales como psicosis, paranoia, trastornos graves de la personalidad, mujeres con imposibilidad de comprender la encuesta por su situación cognitiva, mujeres atendidas por otras formas de violencia, mujeres no admitidas en el equipo sino entrevistadas a manera de interconsulta, mujeres que migraron a más de 100 km de la localidad de Zapala por la dificultad para encuestarlas.

Se contactó a cada paciente, se realizó una entrevista inicial a cargo de las investigadoras donde se trabajaron los objetivos de la investigación y el consentimiento informado, que se firmó en una segunda entrevista en los casos que aceptaron realizar la encuesta.

A fin de minimizar el sesgo esperable por la relación previa con las integrantes del equipo, fueron entrevistadas por encuestadoras ajenas al equipo, capacitadas en la problemática y en la recolección de datos.

El instrumento se inicia con los datos sociodemográficos (edad, número de hijos, familiograma, tipo y tamaño de familia, convivencia con la pareja, propiedad de la vivienda, nivel educativo, trabajo, sostén económico familiar, pasatiempo y presencia

¹⁵ <http://www.generarNumerosAleatorios.com/>

de redes) presentes antes de tomar contacto con el equipo y en el momento de ser encuestadas.

Posteriormente se indaga con un cuestionario a responder por sí o no sobre el padecimiento de violencia física, psicológica, sexual y económica. Se agruparon las respuestas afirmativas en cuatro niveles: nulo, menor, medio y mayor para cada tipo.

Investigamos acerca de la visibilización que tenían en ese momento sobre este padecimiento y si el pasar por el equipo ayudó a mejorarla y sobre nuevas situaciones de violencia.

En la tercera parte del instrumento se realizó un cuestionario sobre percepción de la paciente con frases que permiten evaluar las variables: visibilización de la situación de víctima y su impacto, empoderamiento y autoestima, con respuestas sí o no, antes de tomar contacto con el equipo y en la actualidad.

Se agruparon las respuestas afirmativas en tres niveles: menor, medio y alto.

En la cuarta parte se evalúa la autopercepción del bienestar mental con un cuestionario de preguntas extraídas de la escala de Warwick-Edimburgo a responder por sí o por no en dos tiempos: antes de tomar contacto con el equipo y posteriormente, rescatando las respuestas afirmativas. Se dividieron también en tres niveles: menor, medio y alto.

En esta investigación se desea conocer la relación entre los cambios autopercebidos de las mujeres encuestadas y la asistencia al equipo.

En relación a la asistencia de cada paciente, los datos fueron rescatados de los registros individuales y de grupos registrándose como número de contacto con el equipo.

Resultados

De la muestra total de 139 mujeres, se encuestaron 76 (55%).

Antes de tomar contacto con el equipo, las mujeres encuestadas presentaban un perfil en el que predominaba un rango de edad entre 25 y 44 años (65.8%), con uno o dos hijos (60%), conviviendo con su pareja (60.52%), con nivel educativo hasta secundario incompleto (58%), propietaria de su vivienda (46%) y participando del sostén económico (74%), con trabajo remunerado fuera del hogar (66%). No realizaban actividades recreativas (74%) y no contaban con redes primarias de apoyo (72%).

Al momento de la encuesta este perfil se modificó en los siguientes puntos:

Del total de la muestra, el 54% tienen pareja al momento de la encuesta, de ellas el 27%, está conviviendo, en general con la misma pareja. Coincidentemente hubo

cambios en el tipo de familias, al inicio eran ensambladas y nucleares (56.5%); estas disminuyeron a 23%, a expensas del aumento de las monoparentales, del 30% al 63%.

De la misma manera la familia pequeña era la más frecuente (42%) aumentó a un 54%. El 46% de las encuestadas tenían vivienda propia, mantenido en la actualidad. De las mujeres que vivían en viviendas conyugales (8%), solo 4% permanecen en ellas.

En el nivel educativo se observa que el 30% de las mujeres avanzaron de nivel y el 26% continúa estudiando.

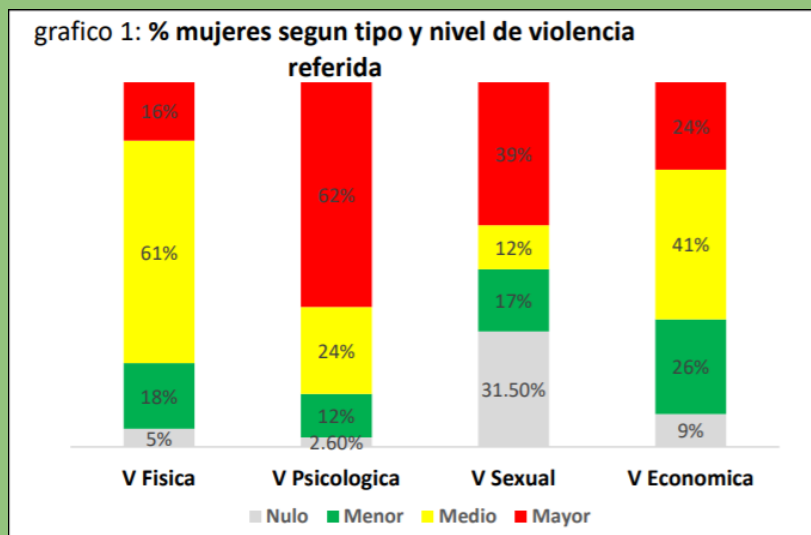
El porcentaje de mujeres que eran sostén del hogar aumentó al 84%. La pareja previamente participaba en un 47% del sostén del hogar (solo o compartido), en la actualidad lo hace en un 29%.

El trabajo remunerado aumentó levemente, a expensas del trabajo dentro del hogar. Las tareas que realizan son: trabajo doméstico, cuidado de adultos mayores, docencia, empleadas administrativas, gastronomía, comercio, maestranza.

Visualizaban espacios de apoyo solo un 28% (familias y amistades), creciendo esto al 80%, mayoritariamente participando en redes con familiares y amistades y un 9% con apoyo de su nueva pareja. La realización de actividades recreativas creció en un 51% de las mujeres.

De las 76 mujeres encuestadas, 36 (47%) volvieron a padecer situaciones de violencia. De estas solo 8 están conviviendo con pareja actualmente, en 7 casos con la misma pareja.

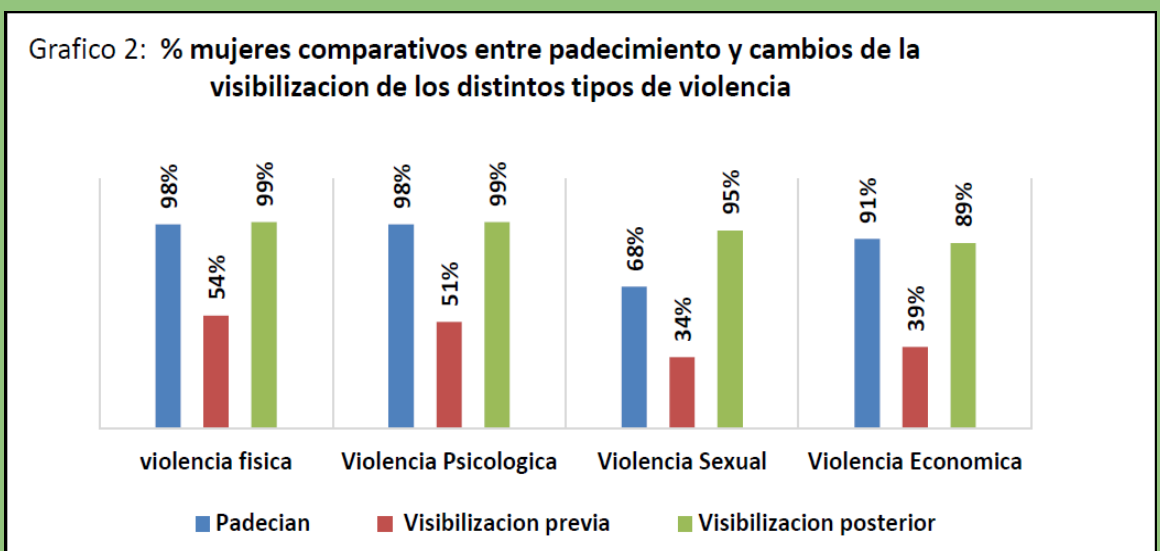
Se evaluó el padecimiento percibido por las mujeres de los distintos tipos de violencia experimentados, agrupándolos en niveles de acuerdo a la cantidad de signos positivos: Nulo, Menor, Medio y Mayor (gráfico 1).



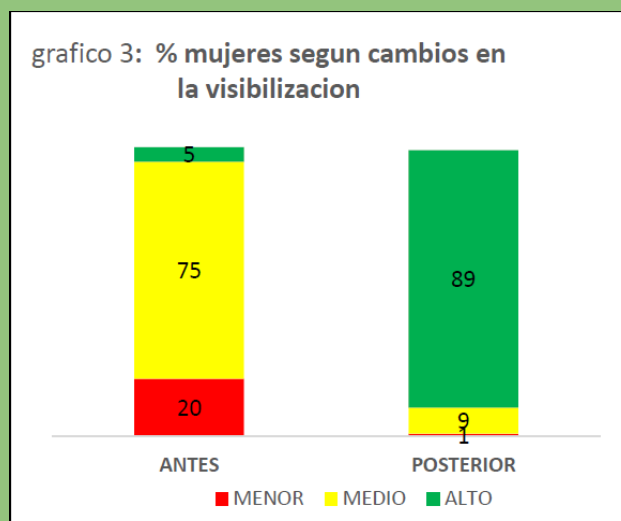
Mayoritariamente las mujeres refieren: el 61%, nivel moderado de violencia física, el 62% nivel alto de violencia psicológica, el 39% nivel alto de violencia sexual y el 41% nivel moderado de violencia económica.

Las mujeres encuestadas previamente visibilizaban más la violencia física (54%) y psicológica (51%) y menos la económica (39%) y sexual (43%), como se evidencia en el gráfico 2.

Después de pasar por el equipo el 99% visibilizó la violencia física y psicológica, el 95% la sexual y el 89% la económica, poniendo de relevancia que esta modificación en la visibilización de los distintos tipos de violencia es uno de los objetivos del tratamiento (gráfico 2).

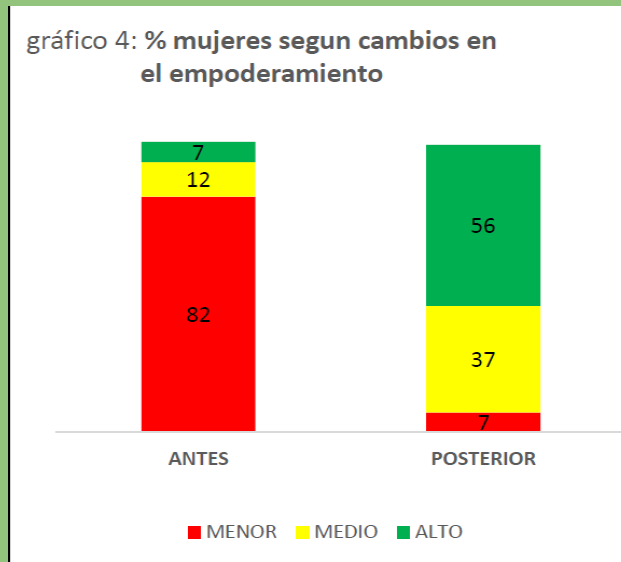


De la valoración de la visibilización de las mujeres como víctimas de violencia, antes de pasar por el equipo el 20% tenía visibilización menor; el 75 % en nivel medio y el 5% en un nivel alto. Después de su paso por el equipo los datos referidos fueron: el 1% nivel menor; el 9% nivel medio y el 89% nivel alto (gráfico 3).



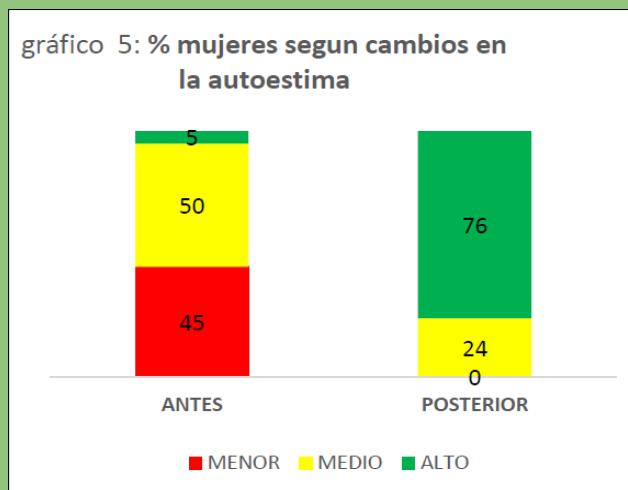
En cuanto a la valoración del empoderamiento, se encontraron los siguientes datos: Previo al paso por el equipo: 82% de las mujeres tenían un nivel menor; 12% nivel medio y 7% nivel alto.

Posterior al paso por el equipo: 7% nivel menor; 37% nivel medio y 56% nivel alto (gráfico 4).



En relación a la autoestima, previo al paso por el equipo: nivel menor: 45%, nivel medio: 50% y nivel alto: 5%.

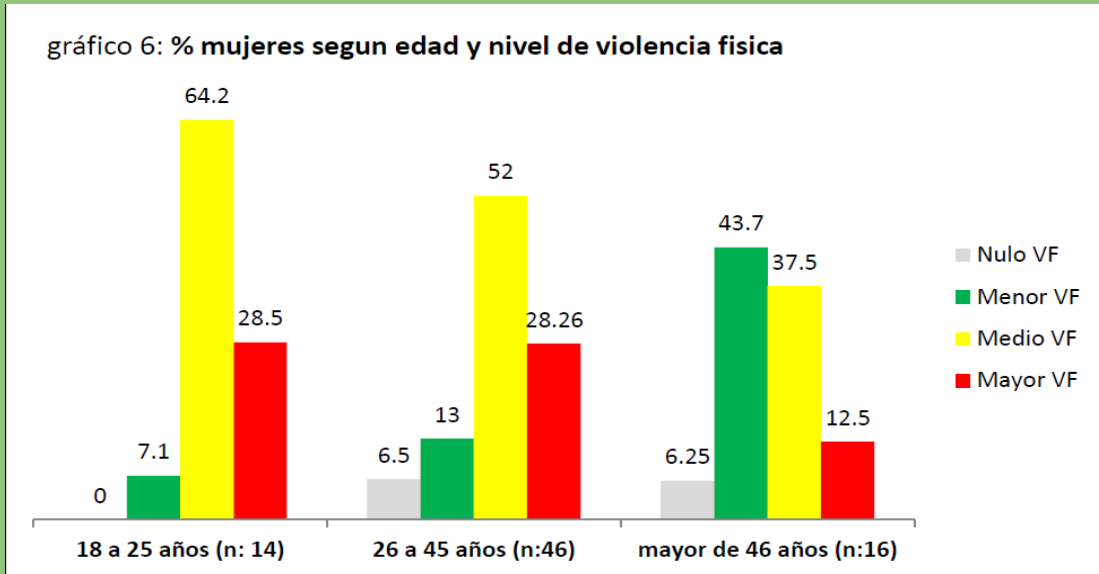
Posteriormente, nivel menor: 0%; nivel medio: 24% y nivel alto: 76% (gráfico 5).



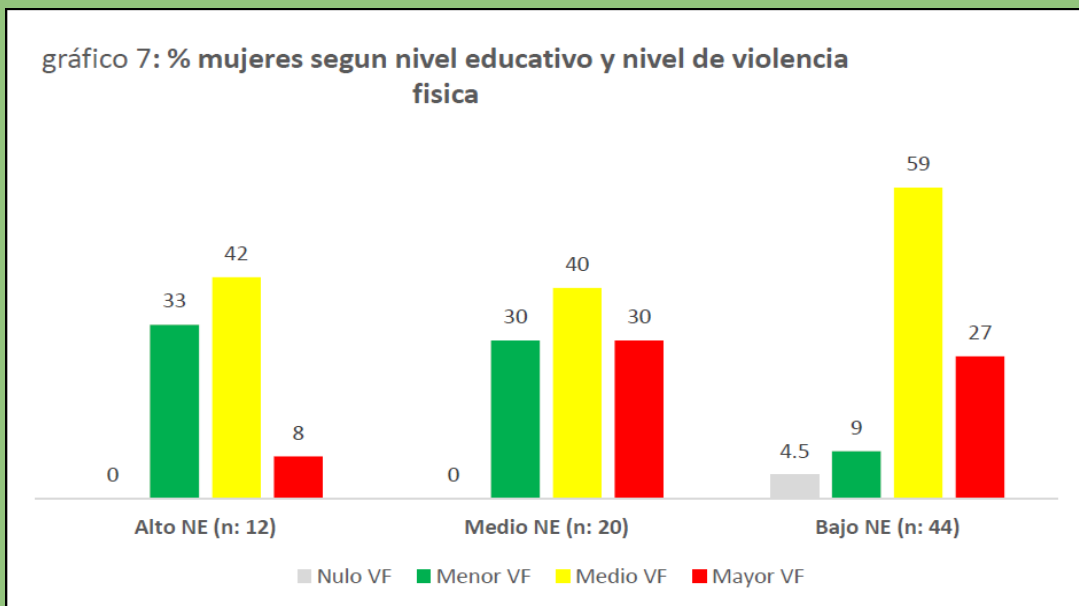
En los gráficos se observa, en las tres variables, como aumenta la columna de después a: nivel medio y alto en relación al bajo y medio previo.

En relación al bienestar mental se hallaron los siguientes resultados. Un 84% de mujeres se encontraba en la categoría menor de signos positivos virando el 95% de ellas a la categoría con mayor cantidad de signos positivos.

En el análisis bivariado encontramos estos datos estadísticamente significativos: Las mujeres de 18 a 25 años presentaban niveles de violencia media y mayor en un 93%, entre los 26 y 45 años en un 80% y con más de 46 años un 50% (p: 0,03), gráfico 6.



El 86% de las mujeres con nivel educativo bajo, 70% de las que tienen nivel educativo medio y 50% con nivel educativo alto, tienen violencia física en niveles medio y mayor (p:0,05), gráfico 7.

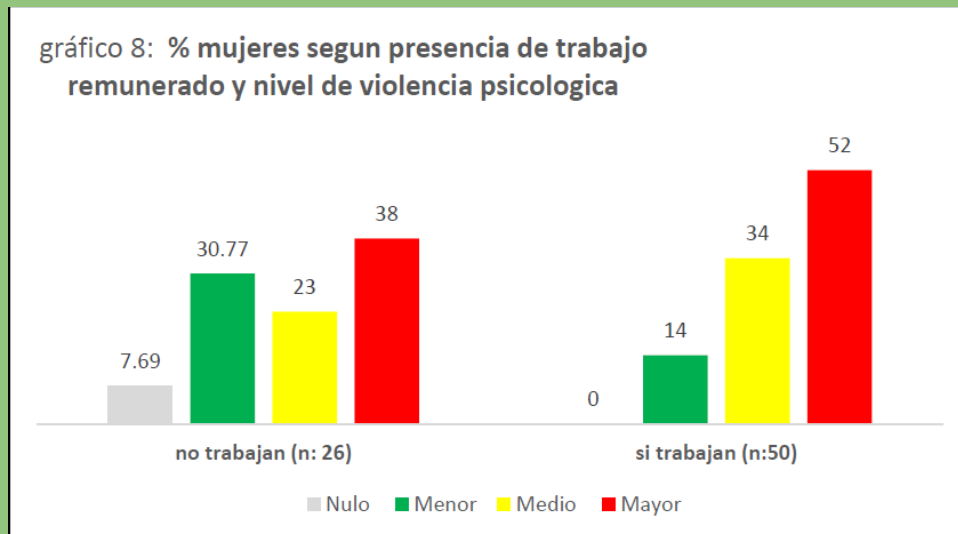


En relación a la presencia de mujeres con vivienda propia y no, encontramos: que el 71% de las mujeres que tienen casa propia y el 80% de las que no la tienen, refirieron violencia física en niveles medio y mayor (p: 0,02).

A pesar de no ser significativo estadísticamente (p: 0,08), encontramos que 57%

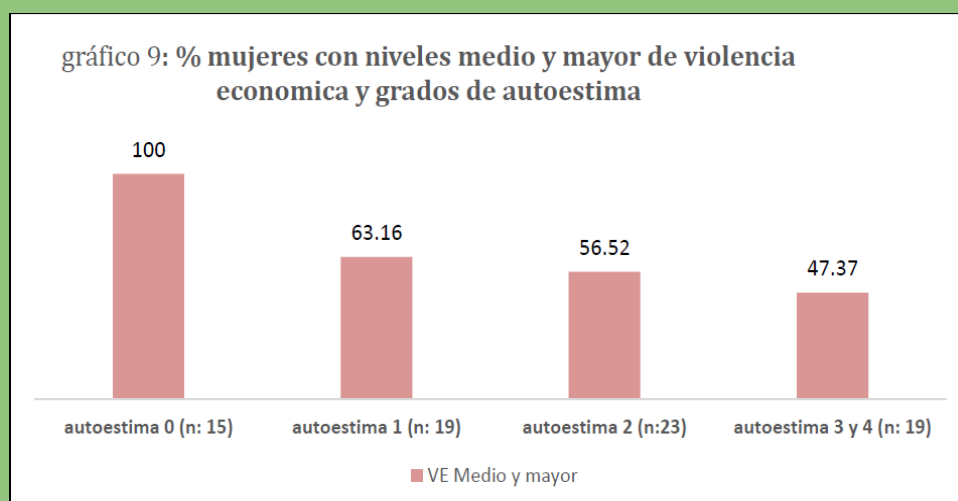
de mujeres con vivienda propia y 70% sin vivienda propia, tienen niveles medio y mayor de violencia económica.

El 61% de las mujeres que no trabajan y el 86% de las mujeres que trabajan, tenían violencia psicológica en niveles medio y mayor (p: 0,05). Gráfico 8.

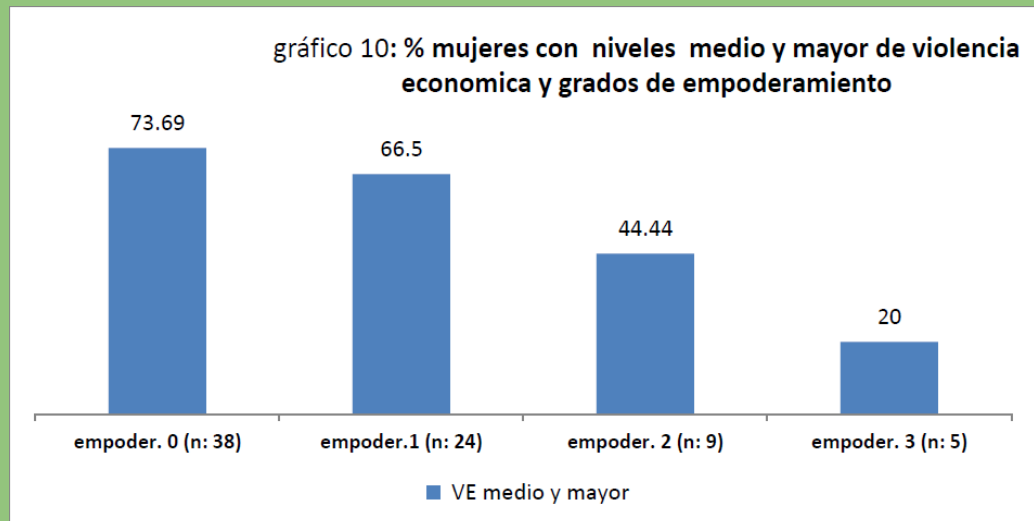


El 27% de las mujeres que no trabajan y el 49% de las que trabajan, tienen niveles medio y mayor de violencia física, marcando una tendencia semejante a la anterior –si bien no es estadísticamente significativo- (p: 0,17).

Relacionando autoestima y violencia económica, la validación estadística es parcial (p: 0,03 y p: 0,013), se observa una disminución paulatina de la violencia económica media y mayor a medida que aumenta la autoestima. Cuando la autoestima está en 0, el 100% de mujeres padecen un nivel medio y mayor de violencia económica, cuando aumenta de 1 a 4, disminuye paulatinamente del 63 a 47%. Gráfico 9.

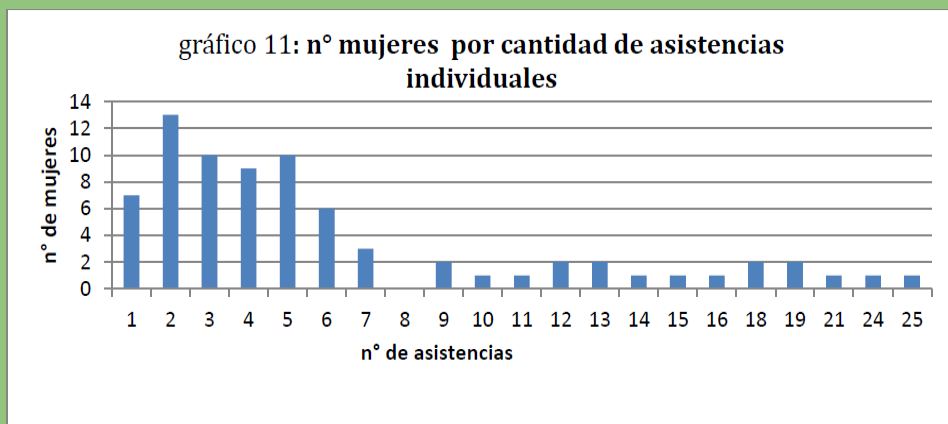


Relacionando empoderamiento y violencia económica, se observa una disminución paulatina de la violencia económica media y mayor a medida que aumenta el empoderamiento. Cuando está en 0 el 73.69% de mujeres padecen un nivel medio y mayor de violencia económica, cuando aumenta de 1 a 3, disminuye marcadamente del 66 al 20% (p: 0,05). Gráfico 10.



De las 76 mujeres, asistieron a dispositivo terapéutico individual el 72.3% de 1 a 6 encuentros (26% de 1 a 2, el 25% de 3 a 4 y el 21% de 5 a 6 veces), siendo el modo de 2.

El 27.6% de las mujeres participaron de 7 a 25 encuentros. Gráfico 11.



Participaron en dispositivos grupales 28 mujeres (36 %). El 50% de estas participaron en 1 a 7 reuniones, y el otro 50% de 10 a 41 reuniones, siendo el modo: 2.

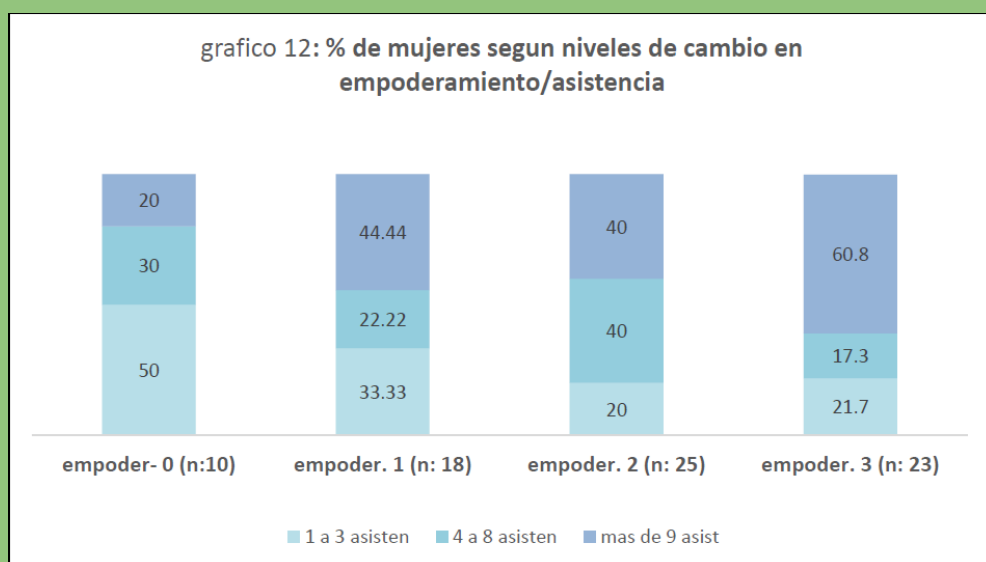
La relación entre las variables asistencia y visibilización, autoestima y empoderamiento, no son estadísticamente significativos, es significativo desde nuestra experiencia.

Para poder relacionar entre asistencia en general (individual y grupal) y los cambios de estas variables, agrupamos en tres rangos de contactos: de una a tres asistencias, de cuatro a ocho asistencias y nueve asistencias o más.

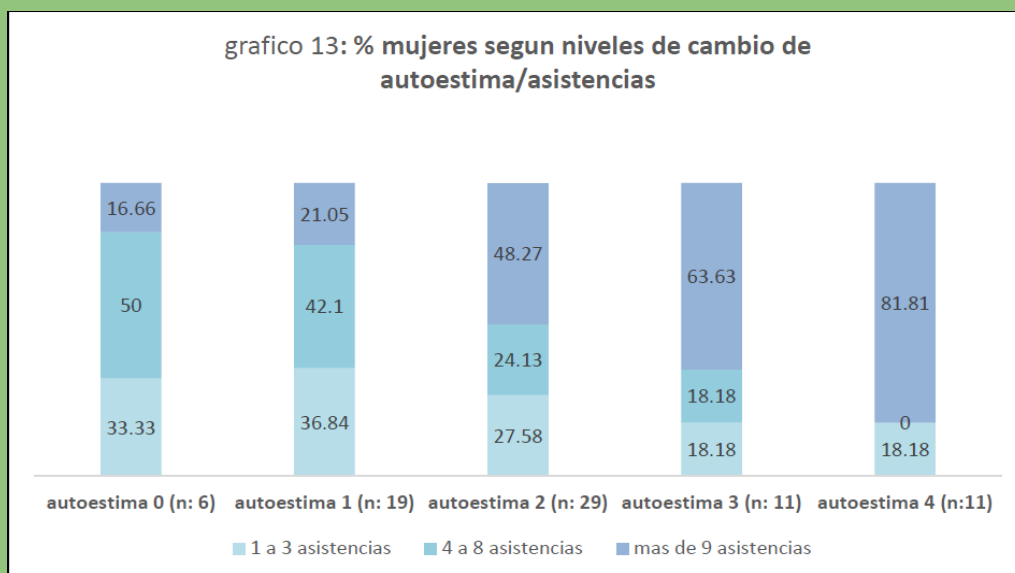
Podemos observar en general que con el aumento del número de contactos hay más cambios favorables en las mujeres.

El aumento en el grado de empoderamiento se relaciona con el mayor número de contactos: cuando no hay cambio de empoderamiento la asistencia mayoritaria fue de 1 a 3 veces, cuando el cambio fue de 2, la asistencia mayoritaria fue de 4 a 9 asistencias y con cambios de 3, la asistencia mayoritaria fue más de 9 asistencias.

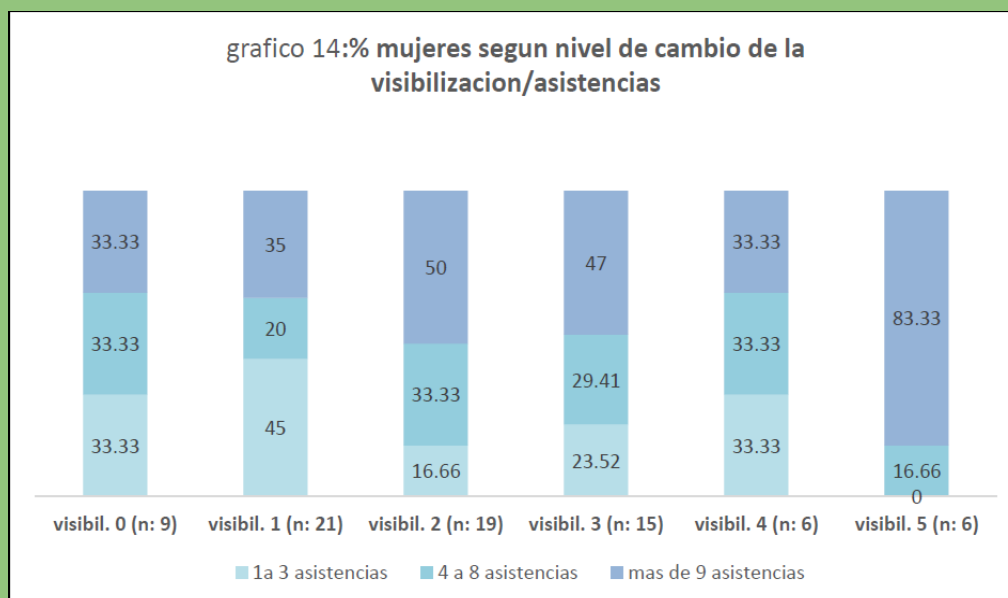
Gráfico 12.



El aumento en el grado de autoestima se relaciona con el mayor número de contactos: cuando no hay cambio de autoestima la asistencia mayoritaria fue de 1 a 8 asistencias, a partir del grado 2 de cambio de autoestima la asistencia mayoritaria fue de 9 o más asistencias. Gráfico 13.



El aumento en el grado de la visibilización como víctima se relaciona de forma estable con el número de contactos, los cambios de 0 a 4 mantienen el número de asistencias repartidas, es a partir del grado 5 de cambio que mayoritariamente asistieron más de 9 encuentros. Gráfico 14.



Un 97% de las pacientes encuestadas, manifiestan que volverían al equipo ya que al pasar por el mismo autopercebieron cambios favorables, expresando por ejemplo: “el equipo fue mi mayor sostén, me ayudó a crecer, y ver mi capacidad”; “el trabajo con el equipo sirvió para distanciarme del círculo vicioso de la violencia, para poder reconstruir mi relación con mi hija adolescente”.

Discusión

Al comenzar con la investigación teníamos el preconcepto de factores que influían en el sostenimiento de vínculos de pareja violentos, como el bajo nivel educativo, la multiparidad, la carencia de vivienda propia, de trabajo remunerado y la escasa participación en el sostenimiento del hogar.

Al analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres encuestadas antes del contacto con el equipo, notamos que esto no coincidía con la realidad, ya que presentaban en su mayoría, bajas tasas de natalidad, eran propietarias de sus viviendas, tenían trabajo remunerado, participaban activamente en el sostenimiento del hogar y tenían nivel educativo medio.

Teniendo en cuenta lo anterior, y en base a nuestra experiencia laboral, entendemos que estos factores sociodemográficos son importantes pero no suficientes. Hay factores subyacentes relacionados a aprendizajes de modelos patriarcales, creencias sobre el sostenimiento de la unión familiar y dependencia emocional, que sostienen esos vínculos violentos, tal como lo expresan Jaen Cortez y Col. (2015)¹⁶.

El mejoramiento en el nivel laboral y educativo de las mujeres encuestadas significa no solo un avance en su proyecto personal sino también un mejoramiento de su autovaloración. Coincidiendo con Nava-Navarro y Rodríguez (2017) que sostienen una relación directa entre mayor nivel educativo, mayor autoestima y menor nivel de violencia¹⁷.

El aumento importante de la apertura hacia redes de apoyo y participación en actividades recreativas, son factores favorecedores en la búsqueda de salidas del vínculo violento, recuperando autoestima, proyecto de vida personal y ruptura del aislamiento.

En el padecimiento de violencia, el 98% de las mujeres refirieron violencia de tipo física y psicológica, 91% violencia económica y 68% violencia sexual, mayormente en niveles moderados y altos.

Se compararon estos datos con los referidos por el Observatorio Provincial de Violencia de Género durante los años 2016-2017¹⁸ donde se hace referencia a que, de las mujeres que denunciaron, el 92% presentaban violencia psicológica, el 46%

¹⁶ "Violencia de pareja en mujeres: Prevalencia y factores asociados". C. Jaem Cortes y col. Acta de investigación psicológica, 2015; 5 (3), 2224-2239, México.

¹⁷ "Autoestima, violencia de pareja y violencia sexual en mujeres indígenas". V. Nava-Navarro, D. Onofre Rodriguez y F. Baez-Hernandez, Enfermería Universitaria, 2017; 14 (3): 162-169, México.

¹⁸ "Informes de violencia contra las mujeres en la provincia de Neuquén 2016-2017", Observatorio de la violencia contra las mujeres, Ministerio de Ciudadanía, Secretaria de las mujeres, Gobierno de la Provincia de Neuquén, 2017.

violencia física, el 17% económica y solo el 2% sexual, surgiendo una diferencia destacada con los datos anteriores, aportados en este estudio.

Posiblemente esta diferencia entre ambos trabajos se deba a que las mujeres encuestadas por este equipo habían iniciado un proceso de visibilización, en tanto los datos del observatorio se rescatan en un primer contacto con la víctima. En ambos trabajos se puede observar la referencia de menor violencia sexual en relación a los otros tipos, pudiendo tratarse de un sesgo por el pudor que les implica a las mujeres hacer referencia a este tipo de violencia, especialmente en un primer contacto.

La visibilización de los distintos tipos de violencia, uno de los objetivos terapéuticos de inicio, era mayor en las violencias psicológica y física, y menor en la económica y sexual, modificándose esta referencia posterior a su paso por los dispositivos de abordaje, creciendo a más del 90% en todos los tipos.

De los cambios personales que evaluamos, en los momentos anterior y posterior a su paso por el dispositivo, las tres variables evaluadas fueron: la visibilización como víctima de violencia y el impacto en su vida y de su descendencia, el empoderamiento en relación a un vínculo con asimetría de poder y la autoestima para desarrollar su proyecto de vida con autonomía e independencia, también estos objetivos específicos en el abordaje terapéutico.

Relacionando los tipos de violencia con las otras variables, encontramos:

la violencia física disminuye a medida que aumenta la edad de la víctima y con el mayor nivel educativo.

La violencia física y psicológica aumenta en mujeres con trabajo remunerado, lo cual puede adjudicarse a la amenaza que supone para el poder del varón una compañera con independencia económica y que lo lleva a intentar controlarla ejerciendo mayor violencia.

La violencia económica es menor en mujeres con vivienda propia y a medida que aumenta la autoestima y el empoderamiento.

Valorando la concurrencia al dispositivo vemos que las mujeres asisten mayoritariamente entre 6 y 7 encuentros, y que al aumentar el número de encuentros, aumentan los cambios favorables en las mujeres, tanto en empoderamiento como en visibilización y autoestima.

Minimizamos el sesgo del observador, al efectuar las entrevistas mediante encuestadoras capacitadas ajenas al equipo, para evitar influenciar las respuestas por el vínculo con las integrantes del mismo y tenemos en cuenta que por ser información subjetiva y retrospectiva aparece un sesgo de memoria.

Aparece también un sesgo de participación, ya que realizamos un 55% de las encuestas de la muestra planificada y desconocemos los resultados que hubieran aportado el resto de las mujeres.

En base a nuestra experiencia, consideramos que cada mujer que llega al equipo lo hace con su particular nivel de motivación y se entreteje con los aportes del dispositivo terapéutico y con los aportes sociocomunitarios con los que se conectan para lograr cambios de su situación.

Por haber sido éste un trabajo de tipo transversal, no se puede establecer una direccionalidad unicausal de asociación entre los cambios autopercebidos por las mujeres y lo trabajado en este dispositivo específico. Sin embargo, en las variables que se indagaron (objetivos específicos del espacio terapéutico) las mujeres expresaron mejoría posteriormente a su paso por el dispositivo, en el empoderamiento, la autoestima, la visibilización de los tipos de violencia y de su situación como víctimas, en el reconocimiento y reencuentro con sus redes de apoyo. Posiblemente esto haya influido en el camino que llevó a la utilización más efectiva de sus recursos personales (trabajo, estudios, vivienda propia) para lograr mayor autonomía y cambios en la convivencia.

CONCLUSIONES

Este estudio logró describir el perfil epidemiológico de las mujeres encuestadas y los cambios en cuanto a la disminución de la convivencia con sus parejas agresoras, disminuyendo la tensión y el riesgo consecuente, el mejoramiento de su situación laboral y educacional y la pertenencia a redes de apoyo. También expresaron mejoría de las variables investigadas.

Como dato llamativo encontramos una relación de mayor violencia física y psicológica en las mujeres que cuentan con trabajo remunerado.

Pensando alternativas que se podrían implementar atendiendo a los datos que nos aporta la presente investigación, sugerimos dispositivos grupales específicos para mujeres limitados a 6 o 7 encuentros, y al mismo tiempo espacios de reflexión para las parejas agresoras con el fin de lograr vínculos más igualitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea General de la OEA. "Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer". Belem Do Para, Brasil, 1994.

- Bronfenbrenner, Urie. "Hacia una ecología experimental del desarrollo humano". *American Psychology*, 32 (7), 513-531, EEUU, 1977.
- Cantera, L.M. "Casais e violencia: Um enfoque do género". Porto Alegre, 2007.
- Castro, Roberto y Riquer Florinda. "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos" Río de Janeiro, 2003.
- Cáceres Ortiz, Eduin y cols. "Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja". *Psichol AV. Discip.* Bogotá, Colombia.2011
- De Alencor-Rodrigues, Roberta y Cantera, Leonor. "Violencia de género en la Pareja: Un revisión teórica". *Psicología*, vol. N°43, N°1: Pág. 116-126, January-Marzo, 2012.
- Echeburua, Enrique y Del Corral, Paz. "Manual de la Violencia Familiar". Madrid, 2008.
- Echeburua, Enrique, Del Corral, Paz."Programas de Intervención para la Violencia Familiar". *Boletín criminológico* N°40, pág. 1ª 4.España, 1999.
- Ferrer, V y Bosch, E. "Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género". *Anales*, 21 (1), 1-10. España, 2005.
- Frías-Armenta, Martha, López-Escobar, Amalia E. y Diaz-Mendez, Sylvia G., Garcia-Martinez, Jesús, Guerrero-Gómez, Rafael y Orellana-Ramírez, María. C. "Terapia de víctimas de violencia de género: El papel modulador de la personalidad". Universidad de Sevilla, 2009.
- Gobierno de la provincia de Neuquén. "Ley Nª 2786: Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres". Decreto reglamentario Nª 2305/2015. Neuquén, 2016.
- Góngora, Vanesa y Casullo, María. "Escala de autoestima de Rosemberg. Validación de la escala de autoestima de Rosemberg en población general y en población clínica de la ciudad de Buenos Aires". *RIDEP* Nª 27, vol. n°1. Buenos Aires, 2009.
- Hernández-Sanchez, Julita, Garcia-Falcone, Renan, Alday Hernández, "IMEN (Instrumento para la medición del empoderamiento en mujeres)". Colección: Texto para la enseñanza de las ciencias sociales, México 1ª ed. 2008.
- Jaen Cortés C y cols. "Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados". UNAM. *Acta de Investigación Psicológica*, 2015.
- Matud, María P, Fortes, Demelza y Medina, Lorena. "Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja". *Psychological Intervention*: vol. nª23, España, 2014.
- Matud, Padilla, Medina y Fortes. Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Rev. Terapia Psicológica*, vol. nª34, Santiago de Chile, 2016.
- Ministerio de Ciudadanía, Secretaria de Mujeres, Neuquén. "Tercer informe de la violencia contra las mujeres en la provincia de Neuquén". 2017.

- Ministerio de Ciudadanía, Subsecretaria de las Mujeres. “Ley N°2785: Régimen de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar”. Neuquén, 2016.
- Nava-Navarro, Onofre-Rodríguez y Báez-Hernández. “Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas”. UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2017
- “Informes de violencia contra las mujeres en la provincia de Neuquén 2016-2017”, Observatorio de la violencia contra las mujeres, Ministerio de Ciudadanía, Secretaria de las mujeres, Gobierno de la Provincia de Neuquén, 2017.
- OMS. “Informe mundial sobre la violencia y la salud”. 1999.
- Predictores de la conducta antisocial juvenil: un Modelo Ecológico. Estudios de Psicología (Natal), Vol. N°8, N°1. Natal, January/Abril, México, 2003.
- Ministerio de Ciudadanía, subsecretaria de las Mujeres, Gobierno de Neuquén.
- “Protocolo Único de intervención Ley 2785”. Neuquén, 2016.
- Rey-Anaconda, C, Martínez Gómez, J, Villate Hernández, L, Gonzales Blanco, C, Cárdenas Vallejos, D. “Evaluación preliminar de un programa para parejas no casadas que han presentado malos tratos”. Rev. Psicología: Avances de la disciplina, Vol. N° 8, Colombia 2014.
- Santander-Oliver, M., Torrents de los Llanos L, Roquero Vallejo, R e Iborra Hernandez, Aitana. “Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal”. Apuntes de Psicología, vol. N°32, N°1, España, 2014.
- Serrani-Azcurra, Daniel. “Traducción: Adaptación al español y validación de escala de bienestar mental de Warwick-Edimburgo, en una muestra de adultos mayores argentinos”. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, 2014.
- Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. “Protocolo homologado de atención a la violencia con perspectiva de equidad de género”. México, 2009
- Walker, Leonor. “El perfil de la mujer víctima de violencia”. Ed. Ariel, Barcelona, 2004.

**La heteronormatividad institucionalizada:
Representaciones de trabajadorxs de salud sobre personas LGTTB en el
hospital de la ciudad de Centenario, 2016-2017**

Fabiana Garavaglia¹⁹, Claudia Baffo²⁰, María Cecilia Ziehm²¹
Valeria Flores²², María Leonora Jáuregui²³, Bruno Viera²⁴

Introducción

El presente artículo despliega los resultados de la investigación “Representaciones de lxs trabajadorxs²⁵ de salud sobre lesbianas, gays, bisexuales, trans y travestis, y sus posibles obstáculos en la accesibilidad a los servicios de salud en el hospital ‘Natalio Burd’ de la ciudad de Centenario²⁶ y ocho centros de salud pertenecientes a su área programática”, realizada durante el periodo 2016-2017, con el apoyo del programa de BECAS SISNe, otorgada por la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a través de la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) dependiente de la Dirección de Bioética e Investigación de la Dirección Provincial de Calidad, Regulación y Fiscalización de la Subsecretaría de Salud de la provincia de Neuquén.

¹⁹ Médica (UNR). Especialista en Medicina General. Se desempeña en el Sistema de Salud Pública de la provincia del Neuquén. Docente colaboradora, UNCo. Maestranda en Género, Sociedad y Políticas Públicas, FLACSO. Contacto: garavagliafabiana@gmail.com

²⁰ Licenciada en Psicología (UBA). Se desempeña en el Sistema de Salud Pública de la provincia de Río Negro. Docente e investigadora, UNCo. Magister en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud, UNLa. Doctoranda en Salud Colectiva, UNLa.

²¹ María Cecilia Ziehm: Médica (UBA). Especialista en Medicina General. Se desempeña en el Sistema de Salud Pública de la provincia del Neuquén. Especialista en Epidemiología, UNC. Maestranda en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud, UNLa.

²² Escritora, docente y activista lesbiana feminista.

²³ Militante Transfeminista. Agrupación Sin Cautivas. Provincia del Neuquén.

²⁴ Activista independiente en diversos espacios de articulación y grupos en torno a identidades trans. Desde La Plata provincia de Buenos Aires, participó en la Campaña internacional "STP2012" contra la patologización Trans e Intersex, en el Frente por la Ley de Identidad de Género -espacio impulsor- de la actual Ley Nacional 26.743.

²⁵ Se utiliza la x en todo el artículo porque interrumpe la nominación binaria, abre una pregunta sobre el género y permite incluir otras autopercepciones. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2015. Atención de la salud integral de las personas trans. Guías para equipos de salud. Argentina.

²⁶ Provincia de Neuquén, Argentina.

Este trabajo buscó identificar y describir las representaciones sociales de los trabajadorxs de salud que podrían actuar como obstáculos en el acceso a los servicios sanitarios y al derecho a una atención integral, igualitaria y de calidad, en las personas LGTTB²⁷. Nuestra hipótesis inicial sostenía que el conjunto de representaciones preponderantes en los trabajadorxs de salud del hospital y los centros de salud sobre las personas LGTTB está marcado por una fuerte estigmatización, patologización y discriminación. Dichas representaciones de carácter homofóbico y transfóbico provoca que estas personas no reciban una atención integral y de calidad en su salud, ya sea porque no concurren a la consulta por temor al maltrato, porque perciben hostilidad en la atención, por el rechazo y expulsión antes de llegar a la consulta, porque en el proceso de atención reciben comentarios descalificadores sobre su identidad o se viola el principio de confidencialidad. Estas serían algunas de las barreras, de tipo simbólico, que impiden la accesibilidad a la atención de la salud. A su vez, el desconocimiento y falta de cumplimiento de la legislación vigente sobre el tema por parte de los trabajadorxs de salud, también se constituyen en una barrera. Los resultados obtenidos van en línea con esta hipótesis inicial.

Para este estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo se efectuaron 34 entrevistas semiestructuradas a trabajadorxs de salud del hospital de Centenario y los centros de salud.

A pesar de los avances legislativos²⁸ que se han producido en los últimos años en Argentina, la discriminación y el estigma social asociados a la OS²⁹ e IG³⁰ siguen presentes en la sociedad argentina. Poder brindar una atención integral y centrada en las necesidades y particularidades de las personas LGTTB desde los servicios de salud, y trabajar para reducir y eliminar la homofobia y transfobia, es un objetivo primordial.

²⁷ Lesbianas, Gays, Travesti, Trans, Bisexual.

²⁸ Se pueden mencionar: la Ley N° 25.673 del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; la Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario y la Ley N° 26.743 de Identidad de Género; Ley N° 26529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud; Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes; Ley Nacional N° 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental; Ley N° 28862 de Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. En este sentido, también encontramos a nivel internacional los Principios de Yogyakarta (2006), una serie de principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos humanos en relación con la Orientación sexual e identidad de género.

²⁹ Orientación Sexual.

³⁰ Identidad de Género.

Desnaturalizar la discriminación en los equipos de salud: identificar los obstáculos para el acceso a la salud de la población LGTTB.

En las últimas décadas, los estudios feministas, *queer*³¹ y de la disidencia sexual han constituido un importante corpus de conocimientos acerca de los cuerpos, géneros y sexualidades, desnaturalizando prácticas y discursos acerca de lo que se instituyó como la “verdad” del sexo en las diversas disciplinas científicas. A partir de las demandas de los movimientos de mujeres, feministas y LGBTTIQ³² en torno a la autonomía corporal, la patologización de los placeres y deseos, y la estigmatización de la identidad, se ponen de manifiesto las exclusiones y desigualdades que viven estas personas.

Las prácticas de la medicina occidental, desde sus saberes disciplinarios, han cumplido un rol fundamental en los procesos de normalización de los cuerpos y deseos, estableciendo parámetros de normalidad para ciertas prácticas sexuales e identidades sexo-genéricas, mientras otras son relegadas al dominio de lo patológico. Estas taxonomías médicas que se imponen sobre los cuerpos tienen efectos sobre una amplia población que ve cercenado su acceso a los servicios de salud, ya sea por una atención inadecuada, por prácticas discriminatorias en la consulta, por intervenciones quirúrgicas sin consentimiento, por identidades que se convierten en diagnósticos, por presupuestos morales que subyacen en la práctica médica, etc. Evidenciar que esas concepciones están históricamente construidas es un aporte para comenzar a desnaturalizarlas, y desde los paradigmas actuales de derecho nacional e internacional, se pueda desmontar la discriminación hacia las personas LGTTB en el sistema de salud y en la sociedad en general (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2015).

En Argentina, a partir de la aprobación de la ley de Matrimonio Igualitario y la Ley de Identidad de Género se reconocen derechos y ciudadanía plena a estas personas. No obstante, la homofobia y transfobia, que genera discriminación y estigmatización, son prácticas que aún continúan institucionalizadas en el ámbito de la atención en salud. En nuestro país, diferentes estudios realizados (Stival et al, 2012; Terrasa et al.,

³¹ La teoría queer surge del activismo anti-asimilacionista y contestatario que comienza a desarrollarse a fines de los años '80, en plena crisis del SIDA en Estados Unidos. Adopta una forma de autodenominación injuriosa que procede principalmente de lesbianas negras y chicanas del sur de California, que se rebelan contra una especie de "identidad gay" que se había instaurado con fuerza: el gay blanco, varón, de clase media-alta, con un estilo de vida vinculado al consumo y a la moda. SÁEZ, J. 2004. Teoría queer y psicoanálisis. Ed. Síntesis, Madrid.

³² Lesbianas, Gays, Trans, Travesti, Bisexual, Intersexual, Queer.

2011a y 2011b; Margulies, 2009)³³ muestran la homo-transfobia institucional hacia las personas LGTTB producto de prejuicios y estigmas culturales, basados en una cultura que establece un modo único y legítimo de vivir la sexualidad como es la heterosexualidad.

Esta investigación se realizó en el transcurso del año 2016-2017, con la participación voluntaria y anónima de trabajadorxs del Sistema Público de Salud del Hospital Natalio Burd, de la ciudad de Centenario y los ocho centros de salud pertenecientes a su área programática. La muestra fue de carácter intencional, heterogénea, no probabilística. Incluyó a profesionales³⁴, enfermerxs³⁵, técnicxs³⁶, administrativxs³⁷, camillerxs y personal de limpieza³⁸, que tuvieran relación de contacto directo con personas LGTTB en cualquiera de las instancias de solicitud de servicios de salud.

Como parte de la investigación se planteó a lxs entrevistadxs cinco tópicos relacionados con: la atención a personas LGTTB, las representaciones sociales del equipo de salud respecto a estas personas, la discriminación de las personas LGTTB y patologización de las personas trans, el conocimiento de la legislación vigente y el cumplimiento de la misma en salud pública, la capacitación del equipo de salud en el abordaje de la atención de DS³⁹.

³³ STIVAL, M., NAME, M. J., MARGULIES, S. 2012. Problematización y perspectivas en la atención de varones homosexuales y bisexuales del personal de salud de 13 hospitales públicos. Revista Argentina Salud Pública, Vol. 3 - Nº 12, Septiembre; TERRASA, S., MACKINTOSH, R. y PINERO, A. 2011. La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte). Evidencia Actualización de la Práctica Ambulatoria – abril/Junio 2011. Volumen 14 nro.2; TERRASA, S., MACKINTOSH, R. y PINERO, A. 2011. La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (segunda parte). Evidencia Actualización de la Práctica Ambulatoria - Julio/Septiembre 2011. Volumen 14 nro.3; MARGULIES, S. 2009. El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gay, bisexuales y trans: Una aproximación desde los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación.

³⁴ Estaban incluidos medicxs generales, toco ginecólogxs, pediatras, clínicxs, psiquiatras, oftalmólogxs, otorrinolaringólogxs, cirujanxs generales, especialista en imágenes, ecografistas, bioquímics, kinesiólogxs, fonoaudiólogxs, nutricionistas, psicólogxs, trabajadorxs sociales, farmacéuticxs, odontólogxs, Lic. en enfermería.

³⁵ De guardia, consultorio externo, internación y centros de salud.

³⁶ Laboratorio, farmacia, imágenes, odontología.

³⁷ Gestión de pacientes de guardia, turnos, internación.

³⁸ Guardia, internación, consultorio externo, centros de salud.

³⁹ Diversidad Sexual.

Desactivar la heteronormatividad institucionalizada

En cuanto a la atención a personas LGTTB, la mayoría de lxs entrevistadxs consideró que el primer nivel de atención en salud pública es el más adecuado para dar respuesta a la atención de estas personas. Esta afirmación se encuentra en consonancia con lo indicado en la publicación Atención de la salud integral de las personas trans. Guías para equipos de salud (Ministerio de Salud de Nación, 2015: 49)⁴⁰, por lo tanto, expresa una resolución común entre la percepción de lxs trabajadorxs de salud y las demandas de las personas LGTTB.

No obstante, mayoritariamente no se indaga la OS y/o IG de las personas durante la atención, ni se registra en historias clínicas ni planillas. Prevalecen expresiones como éstas: “No, esas nunca me han tocado atender. Sé que han venido personas así pero no, yo no las he atendido [referencia a personas con IG no normativa]” (E3)⁴¹; “No tenemos registro, o sea, parecería ser que no consultan (...) Si no hay registro, sí parece que el colectivo LGTB todo no consulta, tenemos un problema. Queda invisibilizado” (E9).

Además, lxs entrevistadxs reconocen que los prejuicios de lxs trabajadorxs de salud hacia las personas LGTTB pueden afectar su atención de salud. En este sentido, la sexualidad en general y la OS e IG en particular, parecen percibirse como una tarea difícil de abordar por el equipo de salud durante la consulta. Esta dificultad puede atribuirse, por un lado, como resultado de la falta de formación en la temática en los diferentes niveles educativos. En el ámbito de la medicina ha existido una vacancia histórica de formación en temáticas de DS (Kane, 2015: 317-318)⁴².

Asumir la heterosexualidad de las personas en el ámbito de la salud puede llevar a fallas en la atención médica que pueden resultar en errores en el diagnóstico de algún problema de salud, al no brindar información correcta sobre medidas de prevención (Ministerio de Salud de Nación, 2011:30)⁴³. “Anteponer visiones y creencias personales

⁴⁰ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN DE ARGENTINA, 2015. Atención de la salud integral de las personas trans. Guías para equipos de salud. Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable.

⁴¹ Las entrevistas se encuentran numeradas para mantener el anonimato.

⁴² KANE, C. 2015. Sexual orientation monitoring and documentation: intrusive or important for patient care? The British Journal of General Practice. 317-318. Vol. 65, Issue 635, Londres. June 2015. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X685453>

⁴³ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN DE ARGENTINA, 2011. Identidades diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Diversidad sexual y derechos sexuales

significa poner barreras. Cuando las creencias y prejuicios (o su poca problematización) limitan el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva constituyen una vulneración de derechos” (Ministerio de Salud de Nación, 2011: 34). Estas barreras pueden leerse en expresiones de lxs entrevistadxs:

“Yo no indago sobre la sexualidad. La cuestión de género me es circunstancial. (...)Yo atiendo las consultas, nada más que eso. Su orientación forma parte de la vida privada. Y si es de determinada forma yo no soy quién para decirle “mirá, vos tenés que ir al psicólogo” (E15)

Muchas de estas barreras tienen que ver con omisiones, prejuicios y concepciones naturalizadas que se traducen en obstáculos concretos para acceder a una atención integral, adecuada y de calidad de la salud sexual y reproductiva de las personas LGTTB (Ministerio de Salud de Nación, 2011: 36).

Por lo tanto, un aspecto central para mejorar las condiciones de acceso, atención e intervención en la salud de las personas LGTTB es desactivar la heteronormatividad institucionalizada. Tal como se señala en el capítulo de Diversidad Sexual de las Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, lxs trabajadorxs de salud deben “preocuparse primordialmente por determinar cuál es el comportamiento sexual del usuario/a y cuáles son los riesgos que se asocian a dichos comportamientos, evitando presupuestos de heterosexualidad que pueden derivar en el desarrollo de una estrategia de atención y tratamiento incorrecta” (2009: 36)⁴⁴.

La invisibilización como una forma de discriminación

La invisibilización acerca de las vidas de las personas LGTTB puede observarse en distintas dimensiones del sistema de salud: durante la etapa formativa de pregrado y grado, en los registros de historias clínicas y planillas, y en el proceso de atención. En este último y en relación a lo hallado durante este trabajo, llama la atención la invisibilización de las personas LGTTB respecto a sus problemáticas específicas. “La existencia de una lógica de visibilización/ invisibilización según orientación sexual o identidad de género indica que muchas veces se generan experiencias expulsivas” (Ministerio de Salud de Nación, 2011: 34).

y reproductivos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino.

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE URUGUAY, 2009. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual. Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay.

La pregunta que se le realizó a lxs entrevistadxs acerca de si realizaban o no atención a personas con OS e IG no normativas, permite vislumbrar dos cuestiones. Por un lado, si existe o no un reconocimiento de la OS e IG de los pacientes en general y de las personas LGTTB en particular, como parte de la atención sanitaria.

Por otro lado, el planteo de que la atención de estos casos es de escasa frecuencia, nos remite a la existencia de barreras en la accesibilidad así como también a la posibilidad de que estas personas oculten su OS e IG durante la atención, para no ser estigmatizadas y discriminadas, en virtud de que se conoce que las personas LGTTB que han revelado su orientación sexual a lxs trabajadorxs de salud tienen más probabilidad de ser discriminadas en los servicios debido a los prejuicios históricos (Rocha-Buelvas, 2015). Estas expresiones dan cuenta de ambos aspectos: “Sí, me parece que estaría bueno poder saberlo para que el paciente se sienta más cómodo. Por una cuestión más del paciente (...) mi atención es igual, o sea, no importa si es lesbiana, si es trans, si es gay” (E29); “Desde la prestación mía, que es toda la promoción y prevención de la salud, yo pienso que, que, bah, no” (E2); “No, es como cualquier persona que venga a sacar un turno o algo particular” (E34).

Los resultados obtenidos en la investigación aportan a reconocer la invisibilización de la OS e ID de las personas LGTTB como una forma de discriminación.

A su vez, estas situaciones generan la invisibilización en los registros de HC (Historia clínica) y planillas. La importancia de indagar aspectos como la OS y la IG de las personas para brindar una atención de calidad se fundamenta en los beneficios que se pueden obtener “no sólo para mejorar la atención, sino también para comenzar a tener un registro de situaciones vitales que pueden ser particulares de un grupo poblacional” (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2015: 80). Esta invisibilización es notoria en ciertas expresiones: “No registro, pero reconozco la importancia de hacerlo, además de preguntar sobre la sexualidad del paciente para mejor atención (...) por cuestiones de vergüenza, tiempo y desconocimiento en cómo abordar dicha pregunta, no lo hago” (E29).

Hay trabajos de investigación que avalan que “la documentación rutinaria de la orientación sexual de los pacientes ayudaría a mejorar este tema dentro de las prácticas en salud” (Kane, 2015: 317-318), lo que permitiría aumentar el conocimiento de los equipos de salud respecto a la OS y mejorar la provisión de atención primaria, incluyendo la promoción enfocada a la salud.

Frente al reconocimiento en el campo de los derechos y al desconocimiento entre lxs integrantxs del equipo de salud, queda evidenciado en el relato de lxs entrevistadxs

la importancia de la formación en DS; así como también capacitación y actualización respecto a la legislación actual en nuestro país y legislación a nivel internacional respecto a los derechos de las personas LGTTB.

El sistema de sexualidad hegemónica como sistema de dominación hace que circulen distintos prejuicios, estigmas, estereotipos y situaciones de discriminación. Las respuestas de lxs trabajadorxs de salud muestran los estereotipos contruidos sobre las personas LGTTB: “Sí, hay compañeros que sí. Que se ríen, que hacen chistes malos. Esas cosas nada más. Nadie le dice de frente a nadie” (E4); “Hubo un caso acá, pero yo sé que en menos de diez minutos se enteró todo el personal, que venía una mujer vestida de mujer con un documento de hombre” (E3).

Los estereotipos se definen como imágenes mentales que subsumen la diversidad de lo real y la variedad infinita de los sujetos en modelos simplificados, que facilitan el reconocimiento y simplifican la interacción social, pero que también se constituyen en fuente de prejuicios y en justificaciones para la exclusión de colectivos enteros (López Amurrio et al, 2013)⁴⁵.

Durante las entrevistas quedaron de manifiesto los estereotipos de género que tienen lxs distintxs integrantes del equipo de salud así como también algunos prejuicios que se asocian a las personas LGTTB, y su consecuente estigmatización y discriminación que producen en el campo de la salud: “Los homosexuales, te das cuenta, si es más afeminado te podés llegar a dar cuenta y le preguntás y confirmás o no” (E14).

También encontramos el relato de ciertas particularidades a tener en cuenta durante la atención, relacionadas a la idea de enfermedades como VIH/SIDA e ITS que estigmatiza a estas personas: “Gay, trans, prostitutas, para que sepan cuidarse de las enfermedades” (E22), “El prejuicio a eso, a que me contagie de algo, a que sea muy agresivo, que sea violento [En relación al varón gay y a las mujeres trans]” (E15).

Entre los estereotipos encontramos que lxs trabajadorxs de salud asocian a las personas LGTTB con enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad, trabajo sexual, violencia, desviadxs, anormales, que afectarían negativamente la atención de la salud de estas personas y actuarían oficiando de barrera simbólica entre el equipo de salud y estas personas.

⁴⁵ LÓPEZ AMURRIO et al, Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad de la República, Colectivo Ovejas Negras, Administración de Servicios de Salud del Estado, Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud.

Prejuicios que deterioran la salud de las personas LGTTB

La mayoría de lxs entrevistados coinciden en que en su lugar laboral existen prejuicios en el equipo de salud en relación a las personas LGTTB, que afectan inevitablemente la calidad e integralidad en la atención de estas personas. Los prejuicios sobre estas identidades que fugan del modelo hegemónico de la sexualidad llevan a la invisibilización y a la creación de estereotipos como prácticas concretas de homo-transfobia, y a la estigmatización, discriminación y patologización. Esto se manifiesta en las siguientes afirmaciones: “Yo reconozco que con el hombre me cuesta, con las mujeres, no. Y tal vez porque soy hombre, tal vez el rechazo es algo que por ahí uno no maneja” (E3); “Hay mentes todavía cerradas, prejuicios hay de todo tipo (...), comentarios ‘ay, porque es re amanerado’, ‘no, porque es puto’” (E1).

Recordemos, siguiendo a Goffman (1988)⁴⁶, que el estigma es un atributo negativo que recae sobre los individuos y produce un deterioro identitario. Se observa en lxs entrevistadxs que los prejuicios y la discriminación son narrados y asociados en relación a “lxs otrxs” o no son registrados como tales. Los chistes, bromas, y otro tipo de comentarios discriminatorios que aparecen a lo largo de algunas de las entrevistas, no son reconocidos como tales. Es importante destacar que en los testimonios donde aparece esta discriminación, no solo afecta a las personas LGTTB, sino que también se emiten juicios discriminatorios hacia personas extranjeras y/o migrantes: “El prejuicio a eso [hace referencia la temática LGTTB] (...) Pero hay prejuicios a todo, a la boliviana porque es boliviana” (E15); “Sí hay otros prejuicios, por ejemplo, con la población extranjera, la población oriunda del norte, de Bolivia, de Chile” (E18).

La discriminación puede definirse como conducta sistemática y extendida socialmente, duradera en el tiempo, culturalmente aceptada en ocasiones, hacia personas o grupos estereotipados, sobre los cuales pesa un prejuicio negativo o incluso un estigma junto a una desventaja en principio inmerecida, y cuya intención es dañar los derechos y libertades de un ser humano o de un grupo social dado (Casas Castañé, 1999)⁴⁷.

La experiencia de discriminación de las personas LGTTB en otras áreas de sus vidas, como el hogar, la escuela o el trabajo, significa que estas personas pueden ser

⁴⁶ GOFFMAN, E. 2006. Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu, Buenos Aires.

⁴⁷ CASAS CASTAÑÉ, M. 1999. "Cambio de actitudes en contextos interculturales en Barcelona: actividades lúdicas y modificación de prejuicios". En Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona, [ISSN 1138-9788], N° 44, 15 de julio de 1999.

reacias a revelar la orientación sexual a su médico de cabecera, porque anticipan la discriminación, y podría significar que luego no reciban atención médica apropiada (Rocha-Buelvas, 2015)⁴⁸. Lxs entrevistadxs reconocen la existencia de prácticas discriminatorias: “Discriminación. Sí. Sí. De todos los sectores. Prejuicios que claramente repercuten en la atención” (E15); “Si hay prejuicios. Hay compañeros de trabajo que te dicen, ‘yo no tengo problemas pero mientras no los vea besarse’. Sí, claramente puede afectar la atención” (E26).

Dentro del colectivo LGTTB, no todas las personas sufren de igual manera el estigma y/o la discriminación, eso depende de múltiples factores en donde juega la interseccionalidad. Puede esperarse que las personas trans sean quienes experimenten un rechazo más directo dentro de los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2015: 78). Por otro lado, las mujeres lesbianas y bisexuales suelen ser invisibilizadas por el modelo de atención dominante (Brown, Pecheny, Tamburrino et al., 2014)⁴⁹.

La patologización de las Identidades Trans

Esta investigación buscó indagar, por un lado, en las representaciones respecto a la IG autopercibida entendida como patología por algunxs entrevistadxs; y por otro, en aquellas representaciones en relación a la decisión de las personas trans de recibir tratamientos hormonales y/o cirugías de modificación corporal.

En este sentido, varixs de lxs entrevistados fueron categóricos en cuanto a las respuestas que patologizan las identidades trans: “Sí, para poder cambiar necesitan test psicológico” (E19); “Si entra en tratamientos que van a cambiar la fisiología, el funcionamiento corporal, tal vez sería importante. El médico debería sugerir una entrevista por lo menos psicológica, no sé si psiquiátrica” (E18).

Si bien la mayoría de lxs entrevistadxs respondieron que no consideran necesario que las personas trans realicen un tratamiento psicológico/psiquiátrico ni tengan un diagnóstico del médico psiquiatra antes de recibir tratamientos hormonales o cirugías de modificación corporal, en otras posturas se plantea la necesidad de la intervención del

⁴⁸ ROCHA-BUELVAS, A. 2015. El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. Rev. Fac. Med. 2015; 63(3):537- 544. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>

⁴⁹ BROWN, JL., PECHENY M., TAMBURRINO, MC., CONDE, LL., PERROTTA, G.V., CAPRIATI A, et al. 2014. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. Interface, Comunicação, Saúde, Educação. Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

equipo de salud mental tanto en el diagnóstico como en la evaluación de la pertinencia o no de la modificación corporal.

En las respuestas de algunos de los trabajadorxs se plantearon ciertas contradicciones en relación a un aparente desconocimiento en cuanto a la diferencia entre OS e IG, y un “no siempre” se requiere el diagnóstico, no quedando claro si el rol de salud mental se considera desde el lugar de la patologización o del acompañamiento.

Si bien legalmente en nuestro país, a través de la Ley de Identidad de Género, las personas trans son reconocidas como sujetxs de pleno derecho, muchas veces esas identidades no son reconocidas socialmente y aún son consideradas “enfermas” por parte de la sociedad y por la medicina, considerándose su identidad como un diagnóstico patologizante. En este sentido, la psiquiatría como disciplina incidió fuertemente en el siglo XIX para que la homosexualidad femenina y masculina pasara de ser una condena social a ser tratada médicamente, produciéndose lo que se conoce como medicalización de la homosexualidad. Actualmente, la revisión del DSM-5⁵⁰ resulta muy criticada a nivel nacional e internacional, ya que se propuso el cambio de “Trastorno de la Identidad de género” por el de “Disforia de género”, reemplazado el foco patológico en la identidad por el foco en el malestar que pudiera ocasionar la incongruencia entre el género atribuido al nacer y la autopercepción. Se pasa de diagnosticar la identidad a diagnosticar el sufrimiento, por lo que se mantiene la perspectiva de “normalización”.

De esta manera, observamos que existen “barreras simbólicas, morales y estéticas que impiden que la población LGTTB acceda a los servicios públicos de salud con calidad, libres de prejuicios, discriminación y exclusión” (Rocha-Buelvas, 2015).

El desconocimiento de la legislación vigente

Queda de manifiesto en las entrevistas que la mayoría de los trabajadorxs de salud desconoce la legislación vigente que ha producido una ampliación de derechos de las personas LGTTB en nuestro país. Entonces se producen situaciones como ésta: “He hablado con una compañera de que viene un travesti, ¿no? A la sala. Y se arma el debate de dónde lo ponen, si en la sala de mujeres o en la sala de hombres” (E1).

En lo que respecta puntualmente a la ley de Identidad de Género, tanto a su contenido, a las obligaciones de los efectores de salud y al cumplimiento en salud

⁵⁰ Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

pública de lo pautado por la ley, lxs trabajadorxs de salud manifiestan desconocerlas. A su vez, expresan la necesidad de capacitación al respecto, incluyendo la formación académica: “Deberíamos tener como más información o más capacitación formal. Sé que es un derecho el tratamiento hormonal, las cirugías para reconstrucción, los cambios de sexo, sé que están en la ley” (E34); “Yo creo que la capacitación en este tema tiene que ir más allá de las que se pueden recibir en nuestro trabajo, esto tiene que formar parte de la capacitación en las residencias médicas, y es más, venir desde más atrás; por ejemplo en la facultad” (E20).

Es para destacar que la Ley de Identidad de Género supone el abandono de un paradigma internacional de patologización de ciertas identidades y/o expresiones de género que tiene vigencia desde hace décadas, y que ha propiciado la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas trans (Ministerio de Salud de Nación, 2015).

Derribar barreras para garantizar el derecho a la salud de las personas LGTTB

Los hallazgos obtenidos en esta investigación acerca de las representaciones de lxs trabajadorxs de salud sobre las personas LGTTB, y sus posibles obstáculos en la accesibilidad a los servicios de salud en el hospital “Natalio Burd” de la ciudad de Centenario y ocho centros de salud pertenecientes a su área programática (2016-2017), están en consonancia con los distintos trabajos de Argentina y de otros países en la temática. Nuestro país cuenta con un marco legal en materia de ampliación de derechos para estas personas, lo que representa un hito nacional e internacional, ya que desde el Estado es la primera vez que las personas trans son reconocidas como sujetxs de derecho sin patologizarlas ni judicializarlas. No obstante ello, la investigación muestra que hay una brecha entre esos derechos y su efectivización. Es posible observar cierto desencuentro entre el avance en las modificaciones en el plano jurídico-legal y las transformaciones culturales e institucionales. A pesar de los avances legales nacionales e internacionales antes mencionados que buscan desactivar los sedimentos de la sociedad patriarcal en la que vivimos, las personas LGTTB seguimos sufriendo prejuicios, estigmatización, discriminación, patologización e inequidad en salud. “La equidad de salud supone que individualmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que pueda evitarse.”⁵¹

⁵¹ SPINELLI HUGO, URQUÍA MARCELO, BARGALLÓ MARÍA LÍA, ALAZRAQUI MARCIO, (2002). Equidad en salud. Teoría y praxis. Serie Seminarios Salud y política Pública. Seminario VII. Centro de estudios y sociedad. Buenos Aires.

De este estudio se desprende que en el proceso salud-enfermedad-atención del Hospital de Centenario y los centros de salud del área programática correspondiente sigue prevaleciendo una concepción heteronormativa de los cuerpos y las sexualidades, que podría generar barreras en la atención de la población LGTTB, y que toman la forma de estereotipos, prejuicios, estigmas. Sin embargo, en el discurso de varixs de lxs entrevistadxs se hace mención a la importancia de tener prácticas de cuidado y protección de estxs pacientes.

Las conclusiones provenientes de este trabajo no pueden ser generalizables a todxs lxs trabajadorxs de salud del sistema público, pero representan una muestra del sistema de ideas, creencias y prácticas del equipo de salud, que suelen condicionar el derecho en el acceso a la atención en salud de las personas LGTTB.

Se espera que esta investigación pueda contribuir a la idea de transversalización de la perspectiva de género y diversidad sexual en los servicios de salud pública de esta provincia, con un abordaje integral, que facilite el acceso de lxs personxs LGTTB a los servicios y garantice el ejercicio pleno del derecho al acceso a la salud.



Novedades

ASPECTOS BIOÉTICOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS INTERNADAS Y SUS VÍNCULOS AFECTIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Carolina Angelini, Cecilia Labriola, Andrea Macías, Marcela Olivero.
Dirección de Bioética, Ministerio de Salud de Neuquén.

Colaboradoras: Silvia Alegría, Isabel Almeyra, Elsa Álvarez, Mariela Fumale, Marta Godoy, M. Cecilia Ziehm.

ÍNDICE

1. Introducción y fundamentación
2. Propósito
3. A quién está dirigido
4. Antecedentes nacionales y provinciales
5. Lineamientos generales para orientar los procesos de acompañamiento de personas internadas durante la pandemia por COVID-19
6. Recomendaciones

ANEXO:

FLUJOGRAMA PARA LA TOMA DE DECISIONES RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO/VISITA DE PERSONAS INTERNADAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

1. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

En situaciones extremas y de emergencia, como la actual situación de pandemia por el virus SARS-CoV-2 (Síndrome Agudo Respiratorio Severo por coronavirus 2), el cuidado de la salud de la población es ponderado como el valor ético de más alto grado; por tanto, las acciones y medidas que se desarrollen para afrontarla, particularmente en el ámbito de la salud y la atención sanitaria, deben fundarse en valores éticos ampliamente reconocidos, de tal manera, que puedan ser comprendidas y acogidas por toda la población. Los Derechos Humanos (DDHH) constituyen el marco de referencia obligado, dado su amplio consenso social⁵² y su carácter de imperativo jurídico⁵³.

En el análisis de los aspectos éticos de las acciones y medidas a implementar, en un escenario de pandemia, se prioriza un enfoque poblacional, “[...] en el que los

⁵² Hottois explica que los DDHH tienen sus raíces en el consenso de los declarantes, no en los fundamentos metafísicos o teológicos sobre los cuales no existe un acuerdo universal (Hottois, G. (2004). *Qué es la Bioética*. Bogotá: Universidad El Bosque). -

⁵³ En Argentina la reforma de la Constitución Nacional del año 1994, a través del Art. 75 inc. 22, le otorgó jerarquía constitucional a: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y la Convención sobre los Derechos del Niño.

intereses colectivos vinculados con la salud pública adquieren preponderancia por sobre los intereses individuales, pues las acciones individuales sin un sentido de cuidado colectivo pueden poner en riesgo la vida de toda la población. Esto no significa estar a favor de la falsa dicotomía entre derechos individuales y colectivos, por el contrario, ambos son interdependientes: las dos caras de una misma moneda, siendo que a mayor ejercicio de los derechos de todas las personas, se amplían los propios [...]” 3.

Resulta pertinente señalar que en situaciones de pandemia, el interés común y colectivo prevalece por sobre los intereses individuales, y que las medidas y acciones que se tomen tendrán un carácter temporal y proporcional con la gravedad de las situaciones que pudieran ocurrir. No obstante, a su vez, se procurará la protección y el respeto por la intimidad, la no discriminación y el trato respetuoso de las personas⁵⁴.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, en el escenario de pandemia, existe una prevalencia de la dimensión física de la salud. Si bien es significativo el impacto en este sentido, y cuestiones como el contagio, los síntomas, el virus, la disponibilidad de camas y respiradores, etc., no pueden soslayarse, es imprescindible poner el acento en el carácter integral de la salud, y en no subestimar su dimensión psicosocial. Existen circunstancias que imponen una condición de sufrimiento insospechado y agravan, para el/la paciente, para su familia y/o entorno afectivo, y para la sociedad en su conjunto, las **consecuencias emocionales en la recuperación de la enfermedad, y en el procesamiento de despedida y duelo**⁵⁵. Por ejemplo, se presentan situaciones en que las personas hospitalizadas, particularmente las afectadas por COVID-19, deben afrontar esta situación difícil e inesperada en soledad, e incluso mueren solas, aisladas y sin la compañía de afectos cercanos. Del mismo modo, se ha visto dificultada la posibilidad de que las personas, una vez ocurrida la muerte de un ser querido, vean/toquen su cuerpo y/o le dediquen un ritual.

En este escenario, el derecho al acompañamiento de personas en el contexto de la atención y cuidado de la salud, reconocido ampliamente en leyes provinciales y nacionales⁵⁶⁵⁷⁵⁸, puede verse limitado por razones de salud pública. Esto está

⁵⁴ Para profundizar, ver Angelini C, Labriola C, Macías A, Olivero M, Schuhmacher J. Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2). Versión 3, 8/6/2020. Dirección de Bioética. Ministerio de Salud de Neuquén.

⁵⁵ Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 28-31

⁵⁶ Art. 4 inc. a y m, Ley Provincial 2611.

⁵⁷ Art. 7 inc. e, Ley Nacional 26657.

produciendo consecuencias desfavorables en la salud de las personas - que es precisamente lo que se busca proteger con las medidas restrictivas de aislamiento- con la consiguiente repercusión negativa en todos los aspectos de la sociedad. Este dilema, da origen a la elaboración del presente documento.

La elaboración de este reporte se basa en la evidencia publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con relación al riesgo de contagio y las medidas de protección correspondientes. Respecto a personas internadas, la OMS recomienda:

- Limitar el número de personal sanitario, familiares y visitantes en contacto con un paciente en el que se sospecha o se ha confirmado una infección por COVID-19 [...].
- [...] llevar un registro de todas las personas que entran en la habitación del paciente, incluido todo el personal y visitantes [...].

Por tanto, **las estrictas medidas necesarias para evitar la propagación del virus, atendiendo al principio de proporcionalidad, deben ponderarse con los posibles perjuicios en la salud psicosocial de las personas y de la comunidad**, que resultan del aislamiento de pacientes internado/as y, en particular, de personas que transitan procesos de final de vida, así como, con la imposibilidad de acompañar a los afectos en estas circunstancias.

De esta manera, resulta perentorio elaborar estrategias que permitan contemplar el derecho de acompañamiento de las personas internadas y de sus vínculos cercanos, siempre adecuando las diferentes situaciones, siguiendo las normas y requisitos para evitar la expansión de la pandemia, y prestando la mejor asistencia sanitaria tanto a dichos pacientes, a sus afectos, como a la comunidad.

Como se señaló, las consecuencias psíquicas del aislamiento en internación o durante un proceso de final de vida, sin acompañamiento y sin despedida, recaen tanto en la propia persona que lo transita, como en sus otros significativos (familiares y/o vínculos afectivos/comunidad). En ese sentido, para preservar la salud integral de la población, es esencial idear estrategias para facilitar el contacto y la comunicación del/de la paciente con sus vínculos afectivos durante todo el proceso de internación y

⁵⁸ Art. 2 inc. g, Ley Nacional 25929.

extremar las medidas para facilitar el acompañamiento, prioritariamente a las personas en estado crítico, que cursen enfermedades avanzadas y/o estén en situación de previsible muerte inminente, por un/a acompañante (familiar, referente afectivo y/o voluntario/a).

2. PROPÓSITO

El propósito de este documento es brindar una guía/marco, en consonancia con los DDHH, como orientación en la toma de decisiones durante la pandemia por COVID-19, a los fines de contribuir con los siguientes objetivos:

1) Facilitar los procesos de acompañamiento para las personas internadas en todas las áreas de internación, urgencias, cuidados intensivos y reanimación, así como, para sus vínculos afectivos cercanos.

2) Propiciar un proceso de despedida de los afectos cercanos de personas que cursan enfermedades avanzadas y/o se encuentran en una situación previsible de muerte inminente, a los fines de mitigar el impacto en la salud mental, así como para la elaboración del duelo en los sobrevivientes.

3) Fortalecer los procesos de muerte digna.

Este informe debe complementarse con lo expuesto en el documento Aspectos éticos en la atención de las personas durante la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2)³, respecto a los aspectos éticos generales en la toma de decisiones. Del mismo modo, si bien el presente reporte se elaboró en vistas de la pandemia por COVID-19, sus principios podrían extenderse a otras situaciones críticas similares.

3. A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO

El presente documento está dirigido a integrantes de los equipos del Sistema de Salud de Neuquén, incluyendo todos los subsectores, particularmente, a responsables de gestión y trabajadores/as de instituciones de salud que brindan atención, cuidado y acompañamiento a personas internadas, y específicamente, a las que están transitando un proceso de final de vida. En la medida de lo posible, debe ser puesto a consideración y discutido con los/las trabajadores/as de salud implicados/as y con la ciudadanía, al mismo tiempo que debe ser flexible a las modificaciones pertinentes.

4. ANTECEDENTES NACIONALES Y PROVINCIALES

Si bien, en la Argentina el Estado no prohíbe las visitas a personas hospitalizadas y/o en etapa de final de vida en el contexto de la pandemia por COVID-19, **no existen, al menos hasta el momento, protocolos ni lineamientos desde el Ministerio de**

Salud de la Nación que regulen estos contactos con sus vínculos afectivos. Se han propuesto, únicamente, recomendaciones para cuidadores/as de niños y niñas, y en el caso de acompañamiento a personas gestantes o puérperas⁵⁹. Por su parte, el Hospital Rossi de La Plata, elaboró un protocolo -que no parece tener precedentes en ningún lugar del país-, exclusivamente orientado para personas en cuidados paliativos que se encontraban en sus domicilios, contrajeron COVID-19, y debieron ser internadas⁶⁰.

Particularmente, en nuestra provincia, se hace referencia al tema en las recomendaciones de manejo y disposición final de cadáveres durante la pandemia, donde se mencionan los requisitos de bioseguridad para el acceso de los familiares para despedirse⁶¹. Asimismo, basadas en las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, se han redactado recomendaciones para el acompañamiento de personas gestantes o puérperas⁶².

5. LINEAMIENTOS GENERALES PARA ORIENTAR LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO DE PERSONAS INTERNADAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Los siguientes principios generales son aplicables al momento de la toma de decisiones respecto al acompañamiento de personas internadas durante la pandemia por COVID-19. Cabe señalar, que se parte del supuesto, que en las áreas de gestión con responsabilidades en la presente situación de crisis, se harán los máximos esfuerzos respecto a la organización de los recursos e insumos necesarios, de forma tal, de ampliar, el acceso al acompañamiento de las personas internadas y su entorno afectivo en todo el proceso de internación, prioritariamente en casos de estado crítico, enfermedad avanzada y/o muerte inminente.

- A. Cada centro asistencial o de cuidado con internación, debe evaluar y definir con anterioridad las medidas a tomar y los posibles modos de llevarlas adelante,

⁵⁹ COVID-19. Pautas para el cuidado de la salud perinatal y de la niñez en contexto de pandemia. Recomendaciones. Ministerio de Salud de la Nación. 18 de mayo 2020.

⁶⁰ Protocolo de acompañante de pacientes con sospecha y/o confirmación de COVID-19 del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Interzonal de Agudos Profesor Dr. Rodolfo Rossi. 2020.

⁶¹ Recomendaciones de manejo y disposición final de cadáveres durante la pandemia COVID-19. División IACS y ATM, Dirección Provincial de Organización de Establecimientos, Dirección de Epidemiología, Dirección General de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud de Neuquén. Versión 1. 29 de Mayo de 2020.

⁶² Recomendaciones de atención a personas gestantes en APS. Bernardo G, Maisler C, Kantolik T. Ministerio de Salud de Neuquén. Junio 2020.

asegurando el acceso a una atención, acompañamiento y cuidado de calidad durante la internación y, en particular, en el proceso de final de vida.

- B. Informar, tanto a las personas internadas como a sus acompañantes, sobre la modalidad, frecuencia y duración que se ofrece para el acompañamiento/ visitas, y las medidas/recomendaciones pertinentes a la situación, relacionadas con su propio cuidado.
- C. Es preferible que la información respecto a la salud del /de la paciente/a, sea brindada por el equipo interviniente. Éste, a su vez, puede tener un equipo de acompañamiento específico para el proceso de duelo, que no puede reemplazarlo en la tarea de informar.
- D. Se facilitará el contacto y la comunicación de la persona internada con su familia y entorno durante todo el proceso de internación, extremándose las medidas para facilitar el acompañamiento presencial, por un acompañante (familiar o referente afectivo), prioritariamente a las personas en estado crítico, con enfermedades avanzadas y/o en situación previsible de muerte inminente.
- E. Preferiblemente, siempre que las condiciones clínicas de la persona internada lo permitan, se favorecerá el acompañamiento telemático con los vínculos afectivos mediante videollamadas o similar. Lo cual, no excluye la posibilidad de acompañamiento presencial.
- F. Se priorizará como acompañantes, a las personas que tengan vínculos afectivos más cercanos, como familiares de primer grado, convivientes, parejas, o quién la persona internada decida.
- G. Se priorizará ofrecer acompañamiento presencial en la internación, según los siguientes criterios:
 - G.1. Personas despiertas/no sedadas.
 - G.2. Personas con mala evolución y/o mal pronóstico, y en todos los casos en que sea previsible un fatal desenlace.
- H. Se priorizará para recibir el acompañamiento y cuidado presencial permanente a:
 - H.1. Personas en situación de dependencia
 - H.2. Niños, niñas y adolescentes^{9,12}
 - H.3. Personas gestantes o en puerperio ^{9,12}
 - H.4. Personas con discapacidad psíquica
 - H.5. Personas con deterioro cognitivo y/o demencia
 - H.6. Personas en situación de fallecimiento inminente.
- I. El/La acompañante debe reunir determinados requisitos y cumplir los protocolos estrictos que le señalará la institución, así como recibir información sobre medidas de

protección, asumiendo que, en caso que las persona internada sea COVID-19 positivo, las medidas y EPP apropiados y necesarios, le serán provistos para disminuir el contagio en el mayor grado posible.

- J. Se desaconseja como acompañantes/visitas a las personas que se encuentran dentro de los grupos definidos como de riesgo para COVID-19. Este criterio no debe tomarse como excluyente y, se considerará cada caso en particular, en función del riesgo de la persona acompañante, frecuencia y duración de la visita, alternativas para el acompañamiento, etc. en acuerdo con el/la interesado/a.
- K. Las personas acompañantes no deberán presentar síntomas respiratorios agudos, ni molestias como tos, fiebre, cefalea, malestar general y/o alguno de los síntomas compatibles con las definiciones de caso sospechoso para COVID-19.
- L. Se evaluará la necesidad de acompañamiento y apoyo por equipo psicosocial en todas las situaciones para las personas internadas y sus vínculos afectivos. Especialmente, se ofrecerá dicho acompañamiento en las situaciones de estado crítico, enfermedad avanzada o terminal.
- M. Se facilitará la despedida de los vínculos afectivos durante el proceso de final de vida y se extremarán las medidas para que dicha instancia sea lo más cuidada y confortable posible conforme al concepto de muerte digna.
- N. Ante un fallecimiento inminente, se preverán las medidas de protección y bioseguridad apropiadas acordes a la situación clínica de la persona hospitalizada (según sea sospecha o COVID-19 positivo, o COVID-19 negativo), y se facilitará el acceso a los vínculos más directos para una despedida.
- O. Se proveerá el acceso a medidas de protección y bioseguridad apropiadas para que los seres queridos puedan ver el cadáver (según sea sospecha o COVID-19 positivo, o COVID-19 negativo), si así lo desean y deciden.
- P. Cuando la persona internada fallezca, el/la médico/a responsable o la persona definida previamente, deberá avisar telefónicamente a la persona designada, con anterioridad, por el/la fallecido/a. Asimismo, se deberán explicar las posibilidades para visitar al/a la fallecido/a.
- Q. Luego del fallecimiento se ofrecerá realizar, por un equipo psicosocial, seguimiento, apoyo y contención telemático o presencial (en la medida de las posibilidades) de los familiares/allegados.
- R. En el caso particular de personas internadas en situación de final de vida, es necesario, además:
 - R.i. Definir el/la responsable del equipo de salud de informar, de manera telefónica, al familiar/vínculo afectivo del/ la paciente, designado con antelación.

R.ii. Definir el/la responsable del equipo de salud de informar, de forma presencial, al familiar/ vínculo afectivo del/de la paciente, definido con antelación.

R.iii. Al momento de brindar la información de forma presencial, propiciar un ambiente en el que se resguarde la intimidad de las personas.

R.iii. Ofrecer y propiciar el apoyo y contención por equipo psicosocial para el/la paciente, como así también para sus vínculos afectivos.

Resulta pertinente destacar que los criterios anteriores serán flexibles, y el equipo de salud interviniente valorará cada situación individual y particular, considerando cuestiones clínicas, bioéticas o de DDHH, dependiendo de los condicionantes concurrentes, y primando la bioseguridad de todas las partes implicadas, por encima de los deseos particulares.

6. RECOMENDACIONES

Según la evidencia científica, escasa y poco robusta, la proporción de casos asintomáticos de COVID-19 es baja, con una estimación acumulada de 16% con variación del 16 al 41%⁶³. Por ende, es mucho menos probable que las personas con infección asintomática transmitan el virus en comparación con las que presentan síntomas⁶⁴. A partir de ello, y desde un enfoque de riesgo, a continuación, se proponen recomendaciones para facilitar el acompañamiento por vínculos afectivos cercanos, a personas hospitalizadas y/o en proceso de fin de vida, utilizando los siguientes criterios:

- Estado infectológico de la persona internada:
 - Sospecha de COVID-19/COVID -19 positivo.
 - COVID-19 negativo.
- Gravedad de la situación clínica de la persona internada. Evaluar si la situación del /la paciente:
 - Se corresponde a la de estado crítico/enfermedad avanzada/terminal (PCEAT).

⁶³ “Según una revisión sistemática reciente se encontró que la proporción de casos asintomáticos variaba entre 6 y 41 %, con una estimación acumulada de 16% (12 a 20%), no obstante, es pertinente aclarar que la mayor parte de los estudios incluidos presentaban limitaciones importantes por la notificación deficiente de los síntomas o porque no definían correctamente los síntomas que habían investigado” (Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones Provisionales. OMS. 5 de junio de 2020. pág. 2).

⁶⁴ Cabe advertir que los datos científicos recabados hasta el momento acerca de la transmisión de casos sin síntomas procede de un número escaso de estudios con muestras pequeñas en los que es posible el sesgo de rememoración y no se puede descartar la transmisión por fómites. (Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones Provisionales. 5 de junio de 2020.)

- No se corresponde a la de estado crítico/enfermedad avanzada/terminal (PCEAT).

- Situación epidemiológica de la localidad de residencia o procedencia de la persona visitante/acompañante:
 - Con circulación comunitaria o por conglomerados de covid-19.
 - Sin circulación comunitaria o por conglomerados de covid-19.
- Situación epidemiológica de la localidad del centro de salud de internación:
 - Con circulación comunitaria o por conglomerados de covid-19.
 - Sin circulación comunitaria o por conglomerados de covid-19.

	Condición infectológica de la persona internada	Condición clínica de la persona internada	Situación epidemiológica de la Zona de procedencia del Acompañante/visita	Recomendaciones
Situación epidemiológica de la localidad del centro de internación CCC	COVID-19 (+) o SOSPECHA	PCEAT	Sin CC	(1) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia requiere aislamiento obligatorio 14 días.
			CCC	(2) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.
		No PCEAT	Sin CC	(3) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia requiere aislamiento obligatorio 14 días.
			CCC	(4) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

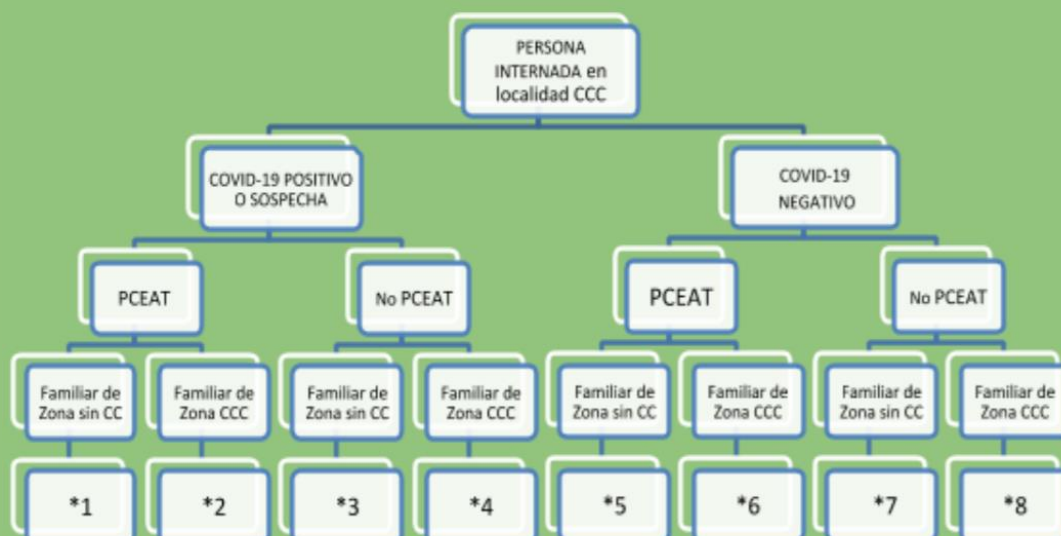
	COVID 19 (-) NEGATIVO	PCEAT	Sin CC	(5) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia requiere aislamiento obligatorio 14 días. Atención psicosocial.
			CCC	(6) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. En lo posible, siempre el mismo acompañante, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.
		No PCEAT	Sin CC	(7) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia requiere aislamiento obligatorio 14 días.
			CCC	(8) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambular por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio.
Situación epidemiológica de la localidad del centro de internación Sin CC	COVID 19 (+) O SOSPECHA	PCEAT	Sin CC	(9) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.
			CCC	(10) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio. Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojadx. Atención psicosocial
		No PCEAT	Sin CC	(11) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.
			CCC	(12) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio 14. Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojadx.

COVID-19 (-) NEGATIVO	PCEAT	Sin CC	(13) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/accompañamiento presencial. Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.
		CCC	(14) De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. Se priorizará la visita/accompañamiento presencial. En lo posible siempre el mismo acompañante, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojadx. Atención psicosocial.
	No PCEAT	Sin CC	(15) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/accompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio.
		CCC	(16) Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático. En caso de realizarse visita/accompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio. Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojadx.

Referencias: **CCC**: con circulación comunitaria o por conglomerados del virus; Sin CC: sin circulación comunitaria o por conglomerados del virus; **EPP**: elementos de protección personal apropiados a si la persona hospitalizada es COVID-19 positivo o tiene sospecha del mismo; **PCEAT**: paciente en estado crítico/enfermedad avanzada/terminal; v/a: visita/accompañante.

ANEXO:

FLUJOGRAMA PARA LA TOMA DE DECISIONES RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO/VISITA A PERSONAS INTERNADAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19.



Referencias: **CCC:** con circulación comunitaria o por conglomerados del virus; **SIN CC:** sin circulación comunitaria o por conglomerados del virus; **EPP:** elementos de protección personal apropiados a si la persona hospitalizada es COVID-19 positivo o tiene sospecha del mismo; **PCEAT:** paciente en estado crítico/enfermedad avanzada/terminal. v/a: visita/acompañante.

*Los números corresponden a las recomendaciones del cuadro.

*1. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia requiere aislamiento obligatorio 14 días. Atención psicosocial.

*2. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.

***3. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

*4. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia requiere aislamiento obligatorio 14 días. Atención psicosocial.

*5. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia requiere aislamiento obligatorio 14 días. Atención psicosocial.

*6. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

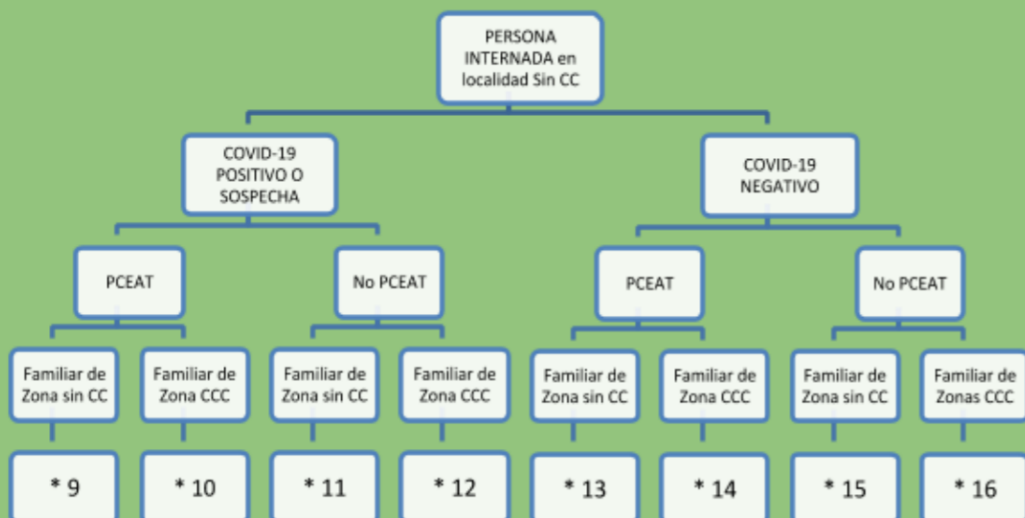
Se priorizará la visita/accompañamiento presencial. En lo posible siempre el mismo acompañante, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.

***7. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/accompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia requiere aislamiento obligatorio 14 días.

***8. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de visita/accompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambular por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.



Referencias: **CCC:** con circulación comunitaria o por conglomerados del virus; **SIN CC:** sin circulación comunitaria o por conglomerados del virus; **EPP:** elementos de protección personal apropiados a si la persona hospitalizada es COVID-19 positivo o tiene sospecha del mismo; **PCEAT:** paciente en estado crítico/enfermedad avanzada/terminal. v/a: visita/accompañante.
 *Los números corresponden a las recomendaciones del cuadro.

*9. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.

*10. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojado. Atención psicosocial.

***11. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

***12. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojado.

*13. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial.

Acompañante: En lo posible, siempre el mismo, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio. Atención psicosocial.

*14. De ser posible por las condiciones clínicas de la persona internada, propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.

Se priorizará la visita/acompañamiento presencial. En lo posible siempre el mismo acompañante, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio.

Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojado. Atención psicosocial.

***15. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, no deambulación por la institución, EPP apropiado, al volver a su zona de procedencia no requiere aislamiento obligatorio.

***16. Prioritariamente propiciar y facilitar el acompañamiento telemático.**

En caso de realizarse visita/acompañamiento presencial: el menor número de v/a, uno por vez, permanencia exclusiva en la habitación, EPP apropiado, al volver a su zona de residencia no requiere aislamiento obligatorio.

Requiere hacer aislamiento obligatorio cuando esté fuera de la institución de salud en el lugar donde esté alojado.



Revista Patagónica de Bioética

Instrucciones para lxs autorxs

Especificaciones

- 1.- Los trabajos originales deberán tener una extensión entre 2000 y 5000 palabras (aproximadamente 5 a 12 páginas), con las fuentes bibliográficas a pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Arial tamaño 11 con interlineado de 1,5.
2. Título del artículo centrado en letra negrita, utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo.
4. Resumen de hasta 150 palabras. Palabras Clave tipo: VIH/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

Optativo:

- Resumen en inglés, en letra Arial tamaño 9 con interlineado 1,5.
 - Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas.
5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
 6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
 7. Las notas deben estar al final del texto, respetando igual letra y tamaño utilizados.
 8. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.

9. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto. Puede utilizarse el sistema automático incorporado a los procesadores de texto. En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. o et al.

10.- Artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas. (Año). Título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: SEN, A. (2002). ¿Por qué equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).

- Los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, (año). Título, edición si la hubiere, editorial, lugar.

Ejemplos: NINO, C. (1989). *Ética y derechos Humanos*. Ed. Astrea, Buenos Aires.

Capítulo de libro Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas. (Año). Título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), *título*, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: NUN, J. (2014). El sentido común y la construcción discursiva de lo social. En: GRIMSON, A. (Comp.), *Culturas políticas y políticas culturales*. Buenos Aires: Fundación de Altos Estudios Sociales, ed. Boll, Cono Sur, pp. 15 - 23.

- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional completo, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf>

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.