

APUNTES SOBRE LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE LA VIOLENCIA

ARTÍCULO

*Marta Bustillo**

I. Introducción.....	176
II. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud, OMS, 2002; o cuándo y cómo fue que la violencia dejó de ser un asunto innombrable en la agenda de salud internacional.....	179
III. El “modelo” de salud pública en el abordaje de la violencia	183
IV. La definición de violencia de la OMS en su Informe del 2002	183
V. La clasificación de la violencia.....	183
VI. La violencia entre parejas y la violencia sexual	185
VII. Atención a las recomendaciones del Informe del 2002 en Puerto Rico	186
VIII. Se prefieren las estrategias individuales y relacionales sobre las comunitarias o estructurales.....	189
IX. Los Comités de Salud Comunitaria.....	189
X. Departamento de Salud-Análisis Sectorial de Puerto Rico 2007	194
XI. Estrategias (Análisis crítico) - Alianzas, proyectos y difusión pública psicosocial.....	196
XII. Vacíos críticos en el abordaje salubrista para la prevención de la violencia.....	197
XIII. A modo de cierre.....	204

*Catedrática Asociada, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Ph.D en Salud Pública; marta.bustillo@upr.edu

“...En un tiempo de inmoralidad y barbarie donde el pragmatismo todo lo invade, la codicia es omnipresente, se idolatra al dinero, se manipula la información, se falsea la historia y donde casi todo se maquilla, es preciso preservar el sentido del horror y de la realidad y comprometerse con el derecho a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los ciudadanos y ciudadanas...”¹

I. Introducción²

El tema de la violencia en Puerto Rico ha estado en la palestra pública por los pasados años de forma particular: acapara los titulares de los principales periódicos, las ondas radiales, y se multiplican foros, talleres e informes discutiendo sus múltiples ramificaciones.³ Para una gran mayoría de las personas del país, el miedo a ser víctima de crimen o de un acto de violencia parece ser mayor que la prevalencia de incidentes y no deja de ser unédica preocupación incesante de nuestra cotidianeidad.⁴ Desde la década de los setenta, liderada por la tenacidad y compromisos de feministas puertorriqueñas, la denuncia en contra de la violencia contra las mujeres ha producido pasos importantes en el afrontamiento de la violencia contra las mujeres.

Puerto Rico ha precedido los demás países iberoamericanos en legislación y en ensayar servicios de atención a sobrevivientes de la violencia doméstica. Aquí se aprobó la primera legislación en la región prohibiendo el hostigamiento sexual, la violación sexual conyugal, la violencia doméstica y se estableció el primer albergue para sobrevivientes de la violencia, incluyendo a sus hijos e hijas, en la región latinoamericana y del Caribe.⁵ Hemos ensayado esfuerzos para trascender la fragmentación gubernamental y lograr una atención integrada y coordinada que permitan afrontar “con efectividad” la violencia de género.⁶ No empee a visibilizar

¹ Benach, J. Y C. Muntaner, *Aprender a Mirar la Salud* (Editorial El Viejo Topo 2005).

² Una versión de este trabajo fue presentada en la Convención Anual de la Sociedad de Médicos Egresados de la Universidad de Puerto Rico, Ritz Carlton, Julio 2010.

³ Esta percepción de la prevalencia del crimen en Puerto Rico no es nueva como señalan titulares periodísticos de la década del 40 en J. Alameda Lozada, *La Economía del bienestar en Puerto Rico: el costo de la criminalidad* (2010). Conferencia en Universidad Interamericana San Juan Octavo Diálogo de Infraestructura Sociomoral (13 de octubre de 2010).

⁴ Encuestas de opinión realizadas en el 1997, 2002 y 2007, dan cuenta de constancia de la criminalidad (y sus violencias) que nos preocupa. Ver Estudios Técnicos 2007. Estudio de necesidades sociales en Puerto Rico, vol. I. Disponible en: <http://www.chdos.org/pdf/Estudio%20de%20las%20necesidades%20sociales%20en%20Puerto%20Rico,%202007%20Volumen%20I.pdf>

⁵ Casa Protegida Julia de Burgos establecida en el 1979. Ver: <http://www.casajulia.org/>.

⁶ Orden Ejecutiva de la Gobernadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico para establecer la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y crear la Comisión Interagencial para una política pública integrada sobre violencia doméstica. OE-2003-40. Con esta OE estableció una Comisión que velaría por el cumplimiento de una política de *integración y coordinada* de las respuestas de gobierno hacia la violencia doméstica: “atención integrada a la violencia doméstica por parte de los departamentos, agencias y demás entidades públicas, de forma que se garantice la seguridad, servicios

la violencia contra las mujeres, en sus múltiples facetas y expresiones, lograr la criminalización de ésta y abogar por una repuesta coordinada e integral para la atención a las sobrevivientes y sus hijos e hijas, lo cierto es que la percepción de violencia e inseguridad que sentimos las mujeres no merma.

Sin embargo, las cifras oficiales de incidentes son menos, cuando tomamos en cuenta que los casos penales presentados al amparo de la ley contra la violencia doméstica y que las solicitudes de órdenes de protección en los tribunales se han reducido en los últimos cinco años.⁷ En efecto, los incidentes de violencia doméstica registrados por la Policía de Puerto Rico se han reducido en los últimos años. De 22,838 incidentes registrados en el año 2005, se ha reducido a 19,112 incidentes reportados en el 2010. Aun con esa reducción, estas cifras reflejan que todavía sobre el 80% de los incidentes reportados son incidentes contra mujeres y en similar proporción son los hombres quienes figuran como agresores. Valga mencionar, también, que aunque los ofensores y las víctimas se encuentran en mayor proporción en edades jóvenes entre 20 y 29 años de edad, se reporta una reducción en este grupo y un aumento de ofensores y víctimas en las edades de 40 años o más.⁸

De igual forma, se ha registrado una reducción anual del número de casos de violencia doméstica presentados por la fiscalía ante los tribunales de justicia. Esto es, de 5,381 casos sometidos en el año 2004-05, la cifra se ha reducido a 3,795 casos en el año fiscal 2009-2010, lo que significa 1,586 casos de violencia doméstica menos

de salud, educación y protección social a las mujeres víctimas de violencia, al igual que a sus hijas e hijos, a la vez que se arrecia la convicción y encarcelación de los autores de dicho crimen”.

Para un recuento detallado ver A.I. Rivera Lassén. (s.f.). *Balance Nacional sobre Violencia Doméstica-Puerto Rico*.

⁷ Las estadísticas sobre la violencia contra las mujeres en Puerto Rico provienen principalmente de la compilación de estadísticas de la Policía de Puerto Rico. Este sistema registra los datos de incidentes reportados o los casos de asesinatos, según se determine por la investigación y se lleve el caso por la Fiscalía. Estos sistemas estadísticos adolecen de un gran subregistro. Además, el 15 de febrero, el periódico *El Nuevo Día* publicó una noticia afirmando la confirmación por parte del Departamento de Justicia de Puerto Rico de que existe un patrón de manipulación de las estadísticas de delitos Tipo I (donde estarían clasificados los delitos de violencia doméstica) en la Policía. La práctica consistía en darle el mismo número de querrela a distintos incidentes para que constaran como uno solo, no asignarle número de querrelas a los incidentes reportados, o registrar incidentes a una categoría de menor gravedad. Ver: *Desaparecen ciertos delitos*, El Vocero (27 de septiembre de 2010); *Creatividad con la estadística*, El Nuevo Día (2 de mayo de 2011) (Disponible en <https://www.adendi.com/archivo.asp?Xnum=954961&year=2011&mon=5>). Seguimiento reciente ver: *Impune la manipulación de estadísticas en la Policía*, El Nuevo Día (15 de febrero de 2010) (Disponible en: <http://www.elnuevodía.com/impunelamanipulaciondeestadisticasenlapolicia-1190902.html>); *Desaparece testimonio esencial en pesquisa a manipulación*, El Nuevo Día (15 de febrero de 2010) (Disponible en: <http://www.elnuevodía.com/desaparecetestimonioesencialenpesquisaaamanipulacion-1191835.html>). Según se dio a conocer, la administración ha propuesto automatizar las estadísticas de la policía para evitar la manipulación por lo que podemos esperar una tecnificación en el maquillaje de las cifras. (Sobre la manipulación de las estadísticas puede leerse D. Huff, *How to lie with statistics* (Norton Publishing 1993).

⁸ L.L. Ayala Mathew, M. Sonera Cuevas y A.L. Dávila, *La violencia doméstica en Puerto Rico para el período 2005-2010* (2012) (Cartel presentado en el Foro de Investigación y Educación del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, del 28-30 de marzo de 2012).

que en el año 2004-2005. También las Órdenes de Protección (OP) *solicitadas* se han reducido consistentemente desde el 2007 al 2011, reportándose una merma de 2,686 solicitudes de OP en el 2011 en comparación con las solicitadas en el 2007.⁹

El promedio de mujeres reportadas asesinadas como resultado de violencia doméstica también parece haberse reducido. El año pasado, se registraron oficialmente 26 mujeres asesinadas por sus parejas o por sus exparejas, 15 de estas muertes ocurrieron entre enero y abril, y cinco durante el mes de junio. Solo una mujer fue asesinada por su compañera.¹⁰ Esa cifra del año pasado sólo fue superada en el 2008 cuando se registraron 28 asesinatos, según la Policía de Puerto Rico.¹¹ Mientras que en el período de 1990-1999, 262 mujeres fueron asesinadas, para un promedio de 26 mujeres por año, entre el 2005 al 2010, el total de mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas registradas por la Policía fue de 124, con un promedio anual de 20 mujeres asesinadas.¹²

A nivel más amplio, en octubre de este año se cumple una década luego de que la violencia fue identificada y estudiada como un problema de salud pública que requiere la atención global. Para aquél momento, la violencia interpersonal

⁹ La proporción de OP expedidas se ha mantenido igual, en 66%, en los pasados cinco años. Oficina de Administración de los Tribunales, Directoría de Operaciones, Oficina de Estadísticas. (4 de marzo de 2001). Casos presentados y resueltos de Ley 54 de Violencia Doméstica, por Región, Años Fiscales: 2006-07 al 2009-2010. Oficina de Administración de los Tribunales, Directoría de Operaciones, Oficina de Estadísticas. (25 de abril de 2011). Casos de la Ley de Violencia Doméstica presentados y resueltos. Años fiscales 2004-05 al 2005-2010 y Oficina de Administración de los Tribunales, Directoría de Operaciones, Oficina de Estadísticas. (24 de enero de 2012). Tribunal de Primera Instancia: Órdenes de protección solicitadas y expedidas, por sala, años calendarios 2007 al 2001.

¹⁰ Maricarmen Rivera Sánchez, *Inmigrantes: blanco de la violencia machista*, El Vocero (8 de abril de 2012) (Disponible en <http://www.vocero.com/inmigrantes-blanco-de-la-violencia-machista/>); Movimiento Amplio de Mujeres de Puerto Rico, *Tod@s contra la violencia machista*, <http://www.change.org/petitions/tods-contra-la-violencia-machista> (accedido el 2 de mayo de 2012).

¹¹ La Coordinadora Paz para la Mujer, colectivo de mujeres feministas organizadas para ofrecer servicios a las mujeres, ha denunciado que hubo 8 asesinatos de mujeres adicionales que están bajo investigación y que por lo tanto la Policía no los incluye en las estadísticas.

¹² Las estadísticas sobre la violencia contra las mujeres en Puerto Rico se obtienen principalmente de la compilación de estadísticas de la Policía de Puerto Rico. Este sistema registra los datos de incidentes reportados o los casos de asesinatos, según se determine por la investigación y se lleve el caso por la Fiscalía. Estos sistemas estadísticos adolecen de un gran subregistro y las denuncias recientes de deliberada manipulación de las estadísticas sobre el crimen en la Policía, agravan la fiabilidad y pertinencia de las mismas. Aún si las cifras fueran fidedignas, las cifras que se compilan son insuficientes para caracterizar, desde una perspectiva poblacional, i.e., de salud pública, la complejidad de las situaciones de violencia a que son sometidas las mujeres en relaciones de pareja. Por ejemplo, con el sistema de registro actual no podemos identificar cuántas personas han sido atropelladas por su pareja—las cifras son incidentes no el número de personas agredidas; no podemos saber si esa mujer ha sido agredida por varios o una sola pareja, si es un agresor el mismo que provoca múltiples agresiones (a distintas mujeres) en los incidentes denunciados, es así que si un hombre agredió en diez ocasiones a una misma mujer o en una ocasión a diez mujeres, será contabilizado incidentes como varón agresor, diez veces y agredida mujer diez veces. Tampoco podemos, en el estado actual de las cifras, acercarnos a ponderar la gravedad del incidente, a menos que, claro está, el incidente provoque la muerte de la víctima.

(incluidas la violencia sexual y la violencia intrafamiliar) fue la responsable, a nivel planetario, de cerca de 1.6 millones de muertes, cifra de muertes que se estima todavía se pierden anualmente.¹³ Las lesiones intencionales, cerca de 2.8% de las muertes, tuvieron mayor incidencia que la malaria y tanto o igual que el número de muertes por tuberculosis. La magnitud de las lesiones y traumas que no terminan en muertes son muy difíciles de expresar en cifras dado que no tenemos el sistema de vigilancia para ello, aunque se estima que una cantidad considerable de éstas no son registradas. Desde entonces se proyectó que la carga de la enfermedad relacionada a estas lesiones y traumas aumentaría dramáticamente para el 2020, es decir, dentro de ocho años, particularmente como resultado de la violencia interpersonal (incluida la violencia doméstica), de las guerras, el suicidio y los accidentes fatales con vehículos de motor.

Hace diez años, las respuestas del sector salud se limitaban a atender las consecuencias de las lesiones y traumas de la violencia interpersonal o a servir en calidad de peritos en las investigaciones criminales para el procesamiento de las personas perpetradoras de la agresión y el daño. La violencia interpersonal, y demás tipos de violencias, desde la óptica de la salud pública y su prevención primaria particularmente, no eran materia de enseñanza, ni de vigilancia epidemiológica o de estudio sistemático en la agenda internacional, pese a la carga que le impone al presupuesto de salud de cada país. Afirma la OMS que “hasta hace relativamente poco, ningún otro problema tan importante de salud pública había sido tan ampliamente desatendido y mal comprendido”.¹⁴

¿Qué ha cambiado desde entonces? Trataremos de repasar algunos puntos importantes de ese proceso, sus consecuencias generales, tanto a nivel global como en Puerto Rico, destacando la importancia del desarrollo de un enfoque salubrista que reconozca las condiciones sociales fundamentales que generan en violencia, particularmente hacia las mujeres, y la relación de los derechos humanos con el derecho a la salud.

II. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud, OMS, 2002; o cuándo y cómo fue que la violencia dejó de ser un asunto innombrable en la agenda de salud internacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establecida en el 1948, es el organismo especializado de las Naciones Unidas cuyo objetivo principal es servir de dirección y coordinación en asuntos de salud internacional. La agenda de la OMS se determina y revisa anualmente en la Asamblea Mundial de la Salud cuando se

¹³ Casi 4000 muertes al día, 50% por suicidio, 35% por lesiones causadas por otra persona y 11% por guerras y otras formas de violencias colectivas. OMS, *Injury Prevention Fact File*, <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/index.html> (accedido el 2 de mayo de 2012).

¹⁴ C. García Moreno, et al., *Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica*, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/index.html (accedido el 2 de mayo de 2012).

reúnen las delegaciones de los ministerios de salud de todos los Estados miembros de la Organización para las Naciones Unidas.¹⁵

El 25 de mayo de 1996, la 49na Asamblea Mundial de la OMS declaró que “*la violencia es un problema de salud pública en todo el mundo*” y pidió a los Estados miembros que consideraran con urgencia el problema de la violencia en sus fronteras y compartieran con la OMS la información que disponían sobre el problema y las maneras de afrontarlo. Así mismo, la Asamblea Mundial instruyó a la OMS a establecer varias actividades de salud pública para abordar la violencia.¹⁶ Como resultado de esta resolución, la OMS preparó un detallado informe sobre la violencia y la salud que fue publicado en el 2002.¹⁷

Si bien el estudio de la relación entre la violencia y la salud, así como la abogacía a favor de afrontar la violencia para la protección y la promoción de la salud, no nacieron con el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002* (en adelante, el *Informe*), lo cierto es que no fue hasta el año 1996 que la violencia es “nombrada” en los círculos directivos de la salud global como un problema fundamental que debe atenderse con urgencia.

Sin embargo, no fue hasta seis años después de la encomienda de la Asamblea, que la OMS publicó el *Informe*. En esa ocasión, la Directora General de la OMS, Gro Brundtland, aprovechó para numerar las barreras que afrontaron en la elaboración del *Informe*, tales como “el secretismo, los tabúes y los sentimientos de inevitabilidad” sobre el comportamiento violento entre las instancias normativas y decisorias de salud pública en el planeta, así como las barreras provenientes de quienes trabajaron en el ámbito local que retrasaron la preparación y publicación del informe.¹⁸

Con todo y el retraso en su publicación, este *Informe* de la OMS constituyó un hito en la agenda salubrista al afirmar “que la violencia global es *predecible* y *prevenible*” y que su prevención se centra en la transformación de las relaciones sociales, lo que significó, a su vez, un cambio de paradigma sobre la violencia. Desde entonces se reconoció que para afrontar este problema de salud con efectividad se requiere “superar la apatía y la resistencia” antes de que la salud pública pueda contribuir efectivamente con sus mecanismos para prevenirla,

¹⁵ En la actualidad 194 países son Estados Miembros de la OMS. Puerto Rico aún sólo participa como Miembro Asociado en la oficina de la OMS para la región americana y del Caribe, conocida como la Organización Panamericana de la Salud, OPS. (Dato disponible en: <http://new.paho.org/>).

¹⁶ La lista incluye: a) mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia; b) promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia; c) promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública; d) preparar y difundir recomendaciones para programas de prevención de la violencia a nivel de nación, Estado y comunidad en todo el mundo. Resolución número WHA49.25. *Prevención de la Violencia: Una prioridad de salud pública*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf (accedido el 2 de mayo de 2012).

¹⁷ E.G. Krug, L.L.Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi, R. Lozano, *World report on violence and health* (World Health Organization 2002).

¹⁸ Prefacio de la Directora General de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland. (OMS 2002).

prevención que se centra en el escenario de las relaciones sociales.¹⁹ La Tabla 1 sintetiza los planteamientos claves sobre la violencia y salud del *Informe* y que en nuestra opinión aún no han sido del todo superados en el afrontamiento de la prevención de la violencia.

Elementos Clave del Informe Sobre Violencia y Salud de la OMS, 2002.

1. la violencia es un problema complejo y difuso
2. existe una fragmentación y especialización en áreas de interés dentro de las profesiones de atención a las consecuencias de la violencia que impide producir estrategias integrales y holísticas para la prevención de la violencia.
3. la respuesta del sector salud a nivel global a la violencia ha sido reactiva y terapéutica y su gestión y efectividad en ampliar su acción hacia la prevención y combatir las raíces de la violencia se ha enfrentado con varias barreras ideológicas.
4. las barreras ideológicas que retrasaron hasta el 2002 que la violencia fuera materia de atención y gestión del organismos internacionales de coordinación en materia de salud se pueden resumir en que: “*la noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables*”, o de lo “*que constituye un daño*”, y que los actos violentos son asuntos privados de la “*intimidad familiar*” o de “*elección individual*” así como la *inevitabilidad* de la misma
5. La idea de la inevitabilidad de la misma entre algunos profesionales de la salud no son el resultado de un análisis científico sino que son el resultado de valores y normas culturales que son susceptibles a modificación.
6. La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana, “un hecho ineluctable ante el que hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo”, p.5.
7. Existe una necesidad de consensuar una definición universal con normas universales de comportamiento.
8. La violencia es ubicua y los actos violentos son diversos.
9. no se distribuye de manera uniforme entre los diversos grupos de población o los entornos.

¹⁹ La enunciación de la violencia como un problema de salud pública, no ha incidido aún en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que es el instrumento jurídico internacional vinculante para todos los estados miembros de la OMS. Este Reglamento entró en vigor en el 2007 y obliga a los países a notificar eventos de salud pública y a mantener medios de vigilancia epidemiológica y de respuestas pertinentes. Se entiende que la notificación oportuna y transparente hará “del mundo un lugar más seguro”. Pese a que el RSI se enfoca en afrontar riesgos “agudos” de la salud pública

10. muchos de los factores que elevan el riesgo de violencia son comunes a los distintos tipos de esta.
11. la violencia suele considerarse un asunto de «ley y orden», en la que el papel del sector salud se limita a tratar las consecuencias de la violencia o a proveer la evidencia para los procedimientos judiciales (forense²⁰).
12. El marco analítico de la violencia desde una perspectiva de salud pública, debe producir una medición de la violencia y sus consecuencias en la salud, entender la violencia según sus factores de riesgo para convertirse en víctima o victimario-a, prevenir la violencia interviniendo allí donde se logre a) reducir el riesgo; b) fortalecer los factores protectores, y también c) reducir el daño cuando ya la violencia ha ocurrido.
13. Los asuntos de la violencia y sus repercusiones en la salud no es un asunto “médico” solamente sino que requiere de la acción concertada y colectiva.
14. Se afirma que se puede potenciar los esfuerzos de la policía, los tribunales y los criminólogos, aplicando las fórmulas “exitosas” de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionadas con el comportamiento.²¹
15. Vincula la intención con la comisión del acto, no importa la consecuencia del acto; incluye el descuido o los actos por omisión como en toda relación de poder, incluyendo amenazas e intimidación; excluye incidentes no intencionales como accidentes de tránsito ni quemaduras; alerta sobre considerar con atención actos que no producen lesiones o muertes.

susceptibles a trascender fronteras de las naciones-estados, la violencia no está incluida aun cuando el Informe Mundial del 2002 nombró la violencia como una amenaza a la salud global. Otras amenazas a la salud relacionadas a la enfermedad materno-infantil, las enfermedades crónicas y la salud mental tampoco están incluidas por considerarse “endémicas”.

²⁰ Por ejemplo, certificar incapacidad o deficiencia mental, o problema crónico de abusos de sustancias, en casos de custodia; certificar daño físico o situación de grave riesgo a la salud, integridad física o mental.

²¹ Por ejemplo, el control de las muertes por cardiopatías, prevención de traumas y muertes por accidentes de tránsito dado el uso mandatorio de los cinturones de seguridad, reducción del consumo de tabaco y control de infección y tratamiento el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Una propuesta de abordaje para la política de drogas en Puerto Rico, desde una mirada salubrista, ha sido defendida en Puerto Rico con poca resonancia en el sector gubernamental. Ver: Albizu-García, G. Negrón Velázquez, A. González y S. Santiago-Negrón, *Reconsiderando la política de las drogas: Alternativas para Puerto Rico desde un modelo de salud pública*, 75 Rev. Jur. U.P.R. 4, 1071-1106.

III. El “modelo” de salud pública en el abordaje de la violencia²²

El modelo de salud pública es un modelo de enfoque en poblaciones, no basado en individuos particulares, que se caracteriza por abordar cada interrogante de salud poblacional siguiendo, fundamentalmente, estos pasos.²³ 1) definir el problema y acopiar información sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia; 2) determinar por qué ocurre la violencia a partir de la investigación sobre sus causas y los factores asociados a la violencia, y las posibles ventanas de oportunidades para prevenir su incidencia. 3) implementar las estrategias y 4) evaluar el impacto de las intervenciones y monitorear sus efectos en los factores de riesgos o en las poblaciones que se tienen como objetivo.

IV. La definición de violencia de la OMS en su *Informe del 2002*

El *Informe* definió la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. El uso de la palabra poder y la intencionalidad en el acto de violencia abrieron la puerta para auscultar la violencia como resultado de relaciones desiguales de poder, “incluidas las amenazas y la intimidación”.²⁴

V. La clasificación de la violencia

Este primer intento de caracterización del problema distinguió tres manifestaciones de la violencia: la auto infligida, la interpersonal y la colectiva cada una con cuatro dimensiones de la consecuencia de la agresión: física, sexual, psíquica, privaciones o descuido. (Ver Figura 1)

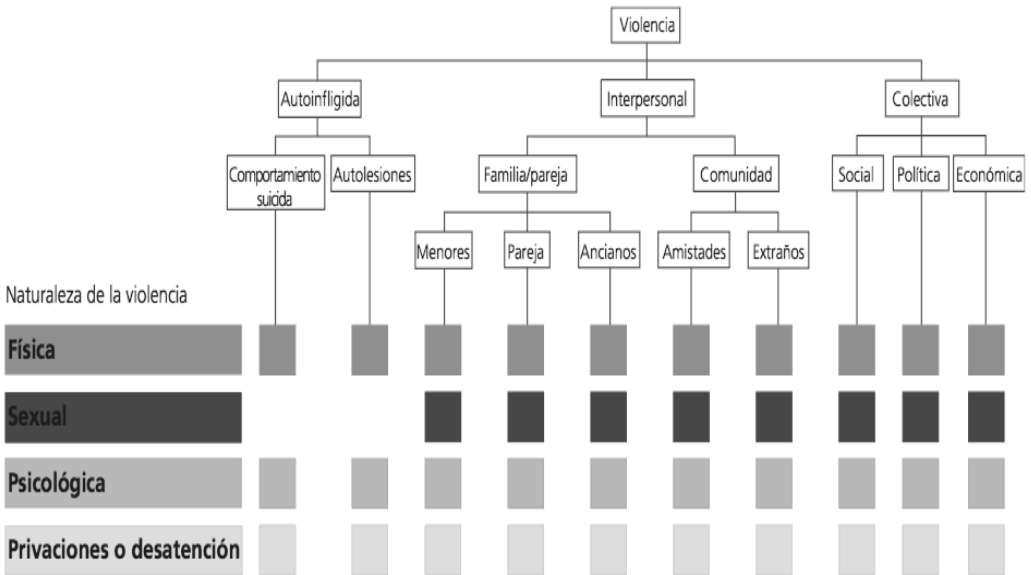
Para cada manifestación de violencia discutida se presentaron los datos sobre la magnitud, sus consecuencias para la salud pública y las estrategias de prevención que fueron recopiladas por la evidencia internacional. La estructura de presentación

²² No existe un modelo de salud pública único, algunos de los modelos conceptuales pueden consultarse aquí: http://www.courseweb.uottawa.ca/pop8910/Notes/Default_Models.htm. Otros modelos de abordaje de la violencia estructural en salud pública pueden encontrarse en los trabajos teóricos sobre el discrimen y las consecuencias en la salud, en particular sobre el estudio de la violencia como un aspecto de la expresión del discrimen y su impacto en la exposición, susceptibilidad y resistencia. Ver: N. Krieger, *Introduction to Social Epidemiology* y *A Glossary for Social Epidemiology*, Boletín Epidemiológico de la OPS, vol. 23, núm. 1 (Disponible en http://www.paho.org/english/sha/be_v23n1-cover.htm; *Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco social perspective* <http://ije.oxfordjournals.org/content/30/4/668.full> (Accedido el 2 de mayo de 2012).

²³ OMS, 2002.

²⁴ En un cuerpo normativo y tradicionalmente conservador como lo es la OMS, este planteamiento es acogido con entusiasmo por los sectores más críticos de la gestión de la OMS en décadas recientes.

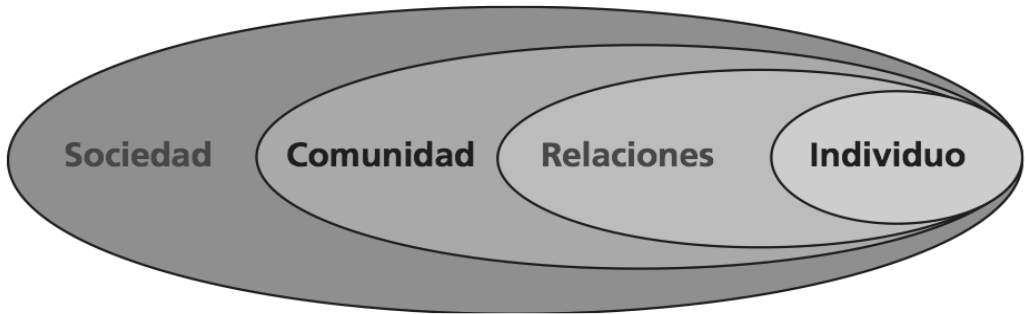
Figura 1. Tipología de la violencia.



Fuente: OMS, 2002 p. 6.

se hizo según los datos se refieren a cuatro niveles de un modelo ecológico que adaptaron para “comprender” la violencia, esto es el nivel individual-, el relacional-relaciones cercanas, el contexto comunitario y el la estructura social.²⁵ Estos niveles, dibujados como círculos concéntricos alrededor del eje individual, son asumidos como niveles de abstracción que pretenden apuntar al carácter “polifacético y polivalente” de la violencia y que se propone como organizador de la búsqueda de elementos protectores o precursores de la violencia o la victimización en cada uno de ellos. La violencia es entendida en este modelo como el resultado de múltiples factores y causas, interactuando en estos cuatro niveles de esta jerarquía. (Ver Figura 2)

²⁵ Dicho modelo es tomado de los estudios de maltrato de menores de la década del 1970. Todavía en el 2002, lo adaptan pero reconocen que está todavía en fase de desarrollo como instrumento conceptual. Krug, et. al., *supra* n.17, en la pág. 11 y Figura 1.3 en la pág. 14. Los modelos son mapas, nos dicen las rutas para llegar de un punto a otro. En este caso, como ocurre con varias versiones del modelo ecológico, se utiliza porque visualmente reconoce la complejidad de un fenómeno pero no explica cómo se relacionan, cuál priorizar, y si interviniendo, por ejemplo, en el nivel social impactado se produce el resultado deseado en los demás niveles.

Figura 2. Diagrama conceptual Informe OMS, 2002.²⁶

Sociedad	Comunidad	Relacional	Individuo
e.g., <i>Normas</i> <i>Permisivo</i> <i>Tolerante</i> <i>Dominación</i> <i>Masculina</i> <i>Sobre mujeres</i> <i>Niñas y niños</i>	<i>Vecindario</i> <i>Escuela</i>	<i>Amigos</i> <i>familia</i> <i>pareja</i> <i>compañeros</i>	<i>factores biológicos</i> <i>historia personal</i> <i>(edad-educación ingresos)</i> <i>trastornos síquicos o de</i> <i>personalidad, consumo</i> <i>de drogas, antecedentes</i> <i>de comportamiento</i> <i>agresivo o haber sufrido</i> <i>maltrato</i>

Si bien el *Informe* señala estos cuatro niveles, y emite sus recomendaciones acorde con éstos, la investigación sobre la violencia interpersonal se ha concentrado en identificar las causas de la violencia e incidir para modificar los riesgos para la conducta violenta a nivel de individuos particulares, a expensas del estudio o las intervenciones en los otros niveles.²⁷

VI. La violencia entre parejas y la violencia sexual

Debido a la constante abogacía y defensa por parte de los movimientos a favor de la salud de las mujeres, la violencia contra las mujeres no apareció por primera vez en la agenda de salud con la publicación del *Informe* del 2002 de la OMS. Específicamente en la *Conferencia Internacional sobre Población y*

²⁶ Figura 3, página 11. OMS, 2002.

²⁷ Del Valle (2012, p.55) discute el modelo de la teoría de sistema ecológica del psicólogo Urie Bronfenbrenner y le reconoce flexibilidad y pragmatismo al modelo así como que el mismo reconoce cuatro niveles donde ocurre la violencia y por lo tanto reconoce cuatro puntos para incidir en su control. Reconoce también, precisamente la crítica que el modelo ecológico no es robusto en la explicación, crítica que ha sido ampliamente discutida por otros y otras investigadores(as).

Desarrollo, celebrada en el año 1995 en el Cairo, la violencia contra las mujeres fue incluida como una forma de control de la salud y la sexualidad de las mujeres y esta representaba un obstáculo para su autodeterminación relacionada con su reproducción.²⁸ Anteriormente, en el 1993, la *Declaración para la Eliminación de Toda Forma de Violencia en Contra de las Mujeres* reconoció que la violencia contra las mujeres no solo refleja las condiciones en la vida de las mujeres sino que representa una amenaza constante de lesiones y daños físicos, sexuales y psicológicos producto de esta violencia y que la prevención primaria de la violencia contra las mujeres requiere de intervenciones que aumenten el apoyo y recursos que reduzcan la inequidad por género en toda la acción gubernamental.²⁹

El *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer de 2003*, publicado un año posterior al *Informe* de la OMS, reafirmó el papel central del sector salud en la prevención de la violencia contra las mujeres en los 10 países que participaron en el estudio. En ese estudio se expuso que el sector salud participara en:

1. La contribución en la detección temprana del maltrato situaciones de violencia dado que el sistema de salud puede ser el único punto de contacto con mujeres que son víctimas de violencia, especialmente en los servicios de salud reproductiva donde una gran mayoría de las mujeres tendrá contacto con el sistema alguna vez;
2. Proveyendo a las sobrevivientes y sus familias el tratamiento médico, psicológico, rehabilitativo requerido;
3. Refiriendo a las mujeres a otros servicios de atención e información;
4. El sector salud, sus espacios de provisión de servicios de atención en particular, deben ser lugares donde las mujeres se “sientan seguras, tratadas con respeto y no estigmatizadas y donde reciben información de apoyo y calidad”.

VII. Atención a las recomendaciones del *Informe* del 2002 en Puerto Rico

Las repercusiones de la publicación del *Informe* de la OMS no se hicieron esperar. Muchos gobiernos del planeta acogieron el llamado de la Asamblea Mundial y utilizaron algunas de sus tipologías, particularmente aquellas sobre la violencia interpersonal, y en menor grado, la auto-infligida, para acopiar la evidencia de la

²⁸ En la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres llevada a cabo en Beijing en el 1995, la violencia contra las mujeres se concibió como el mecanismo por excelencia para mantener a las mujeres en una posición de subordinación a los hombres evitando el pleno desarrollo de estas. R. Carrillo, *Overview of international human rights standards and other agreements and responses of the judicial system to violence against women*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78, Suppl. 1. S15-20 (2002).

²⁹ *Id.*

magnitud de la violencia en sus países y para justificar acciones desde un enfoque de salud pública. Puerto Rico no fue la excepción.

En el año 2003, un año después de la publicación del *Informe*, el Departamento de Salud de Puerto Rico celebró el taller de capacitación titulado “*Violencia: Un nuevo reto a las Salud Pública*” con el propósito de presentar estrategias de prevención, concienciar sobre la violencia como problema de salud pública y promover el diálogo y la cooperación intersectorial entre las organizaciones, programas y proyectos gubernamentales, de iniciativa comunitaria y privada que trabajaban contra la violencia en Puerto Rico.³⁰

Sin embargo, la mayoría de los estudios empíricos sobre la violencia doméstica y la violencia sexual es descriptiva e intenta describir los factores etiológicos de la violencia en las características de la víctima o en las características del agresor. Escasean los estudios prescriptivos que nos orienten sobre qué se puede hacer para reducir, eliminar y mitigar la violencia contra las mujeres. Quienes implementan programas de atención, rara vez designan o permiten el tiempo necesario, los recursos y el apoyo para una evaluación profunda del impacto de la intervención y se recopila poca o ninguna estadística sobre los servicios ofrecidos. Además, intervenciones teóricamente sólidas, que han mostrado cambios sustanciales en otros lugares del planeta, pueden ser implementadas aquí más no se les da el apoyo sostenido para que demuestren su impacto o para que maduren en su experiencia.

En el caso específico del Departamento de Salud, las estadísticas de violencia sexual y algunas sobre violencia doméstica en el Departamento de Salud son recopiladas a través de la Unidad de Estadísticas e Investigación del Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, CAVV, de monitorías de expedientes. Esta surge a instancias de la aprobación de la Ley 54, que no fue producto del liderazgo del sector salud,³¹ realizados por el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud a Sobrevivientes de Agresión Sexual y Violencia Doméstica (FORSSA)³² y de los registros mensuales reportados al CAVV de casos de violencia sexual atendidos en las salas de emergencias de los hospitales en Puerto Rico. Por su parte, la División de Análisis Estadísticos de la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo publica cifras sobre la defunciones por causas “externas”, clasificación que incluye muertes por accidentes (automovilísticos, caídas, envenenamientos accidentales, otros), suicidios y los homicidios.

³⁰ También se le asignó la responsabilidad de la Coordinación de Un Comité que preparara un Plan Nacional de Prevención Primaria de la Violencia (Ver P. del S. 2481, Ley número 467 del 23 de septiembre de 2004) (También ver: <http://www.salud.gov.pr/Publicaciones/Comunicados/Pages%202008%20y%20antes/SALUDCELEBRATALLERVIOLENCIAUNNUEVORETOALASALUDPUBLICA.aspx>).

³¹ Departamento de Salud, *Informe Violencia Sexual*, 15 (2007).

³² Proyecto Colaborativo con la Procuraduría de las Mujeres. Este proyecto vigila el cumplimiento de las salas de emergencias con los Protocolos de Intervención con Sobrevivientes de Violencia Sexual y de Violencia Doméstica en el Departamento de Salud.

El registro perteneciente al CAVV fue implantado en el año 2002 y contiene información retroactiva al año 2000. Estas monitorías acopian información sobre las víctimas, sobre quien agrede y sobre los hechos de agresión sexual desde el año 2005. Según informa el Departamento de Salud, no toda la información valiosa y pertinente se registra en los expedientes. Además, se entiende que la magnitud de las cifras es sólo una ínfima porción de la realidad dado que la población descrita por medio de estas cifras se refiere a las víctimas que acuden a los servicios de emergencia. De hecho, el Departamento indica que los casos que se presentan en las Salas de Emergencia, en su mayoría, corresponden a personas agredidas que acuden dentro de los siete días de sufrir la agresión o fueron menores agredidas sexualmente referidas por el Departamento de la Familia para que se les realice una evaluación médica.³³

Por su parte, la academia también posicionó la violencia como un problema de salud pública en la *Tercera Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública*, convocando una plenaria sobre violencia desde una perspectiva de salud pública a cargo de un panel de investigadores e investigadoras, y que contó con la participación de proveedores de servicios de salud y de la Procuradora de las Mujeres, Lcda. María Dolores Fernós, en funciones para ese año. Sin embargo, un repaso de la producción académica en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, nos lleva a concluir que la prevención de la violencia no es un problema de salud pública prioritario: se investiga poco³⁴, los trabajos no se publican, se hacen con grandes

³³ En noviembre de 2006, la entonces Secretaria de Salud, por Orden Administrativa, ordenó a las facilidades de salud que mantengan este registro de atención en sus facilidades y que lo remitan, periódicamente, al CAVV-DS.

La utilidad de estas cifras para desarrollar política pública en salud para la totalidad de la población debe tomarse con cautela dado que elaborar la respuesta a partir de las personas que contactan el sistema y no la totalidad puede provocar perversidades no intencionadas. Las encuestas poblacionales, fuera de los lugares de servicios, producen un perfil no ligado a la utilización de un servicio. En Puerto Rico tenemos resultados sobre la prevalencia de malos tratos y violencia doméstica, a nivel poblacional, para los años 1995-96 a través de la Encuesta de Salud Reproductiva.

³⁴ En los pasados 15 años se encuentran apenas siete títulos de tesis y cuatro trabajos sobre violencia juvenil o violencia sexual. Entre estos, cabe resaltar el meticoloso trabajo de tesis de Jomary González, ex Estadística de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, para su tesis de maestría defendida en el 2009 y titulada: *Tendencia de la violencia doméstica en Puerto Rico (1990-2004) y el perfil sociodemográfico de las mujeres atendidas en la Oficina de las Procuradora de las Mujeres*, Tesis de Maestría, Escuela Graduada de Salud Pública, R.C.M., U.P.R. Tampoco el entrenamiento en materia de derechos humanos y su conexión con la salud pública tiene espacio o presencia en el currículo. Por ejemplo, en ninguna parte del currículo de las escuelas de medicina, enfermería, profesiones aliadas a la salud, salud pública o medicina dental encontramos que se leen y discuten los acuerdos y documentos del sistema internacional de derechos humanos sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, como lo son la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem do Pará; y la Declaración para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres de la ONU. (La excepción podría ser los cursos de capacitación de saludpromujer.org)

dificultades, no se les hace caso, y quienes se dedican a su estudio, a la denuncia y a la atención lo hacen a costa de grandes sacrificios profesionales y personales.³⁵

VIII. Se prefieren las estrategias individuales y relacionales sobre las comunitarias o estructurales.

El *Informe* de la OMS del 2002 y el *Estudio Multipaís* del 2003 afirman la necesidad de que las estrategias de acción del sector salud se concentren en la prevención primaria, esto significa que actúen antes de que ocurra la violencia, contrario a lo que ha sido la respuesta hasta el momento en la gran parte del planeta. Esta prevención primaria requiere acción en la estructura social y en el nivel comunitario. Sin embargo, las estrategias ensayadas por el sector salud se han concentrado en la modificación de factores individuales o de las relaciones interpersonales (niveles 1 y 2 del modelo). Esto se refleja claramente en la ausencia de estrategias de prevención de la violencia de parte del sector salud a fin de modificar las políticas sociales para reducir la pobreza y otras desigualdades sociales, promover el desarrollo económico y para la creación de empleos gratificantes y dignos, y otras medidas recomendadas en el *Informe*.³⁶ Tampoco tenemos evidencia de esfuerzos reales por modificar normas sociales y culturales que refuerzan estereotipos y discriminación en contra de las mujeres, y de otras formas de exclusión, como una medida de lograr que los servicios de atención sean espacios seguros para las mujeres atendidas, así como para sus empleadas.³⁷

IX. Los Comités de Salud Comunitaria

En el año 2001, la entonces gobernadora, Sila M. Calderón, firmó la Ley número 1 de su administración, creando con esa ley la mayor iniciativa gubernamental para atender la exclusión social por razón de pobreza en nuestro país, bajo el Programa de Comunidades Especiales. Independientemente de sus aciertos y desaciertos, en la operacionalización de ese proyecto hubo un mandato a todas las agencias del ejecutivo a que diseñaran un proyecto especial de atención específica, incluyendo

³⁵ Investigadoras en la Escuela de Medicina han denunciado la subvaloración que confrontan con sus pares cuando en ocasiones de presentar sus trabajos sobre violencia les desvalorizan indicando que “la violencia es un asunto social y no médico por lo que no es legítimo el tema en la agenda de investigación médica”. Comunicación luego de la presentación sobre la *Polisemia de los Determinantes Sociales de la Salud*, Recinto de Ciencias Médicas, U.P.R. (marzo 30, 2012).

³⁶ OMS, *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, 32 (2002)

³⁷ En Puerto Rico estamos aún por hacer una evaluación del discrimen por género en la atención sanitaria, como se ha hecho en los Tribunales y en Educación. Existió un proyecto del senado, que no se aprobó, que hubiera obligado al Departamento a tal estudio. (Ver: P.S. 138, 3 de enero de 2005, “*Para ordenar a todas las agencias, corporaciones públicas y municipios del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y bajo la dirección de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, la realización de un estudio sobre la incidencia del discrimen por género en las operaciones y servicios de cada instrumentalidad gubernamental, y para disponer la actualización anual de dicho estudio*”).

la salud, para las comunidades pobres que fueran denominadas como Comunidades Especiales. El Departamento de Salud, bajo la nueva Secretaría de Promoción de la Salud, se dio a la tarea de organizar Comités de Salud Comunitaria conocidos como COSCO's en las Comunidades Especiales para atender los determinantes sociales del estado de salud en estas comunidades. Sin embargo, solo se lograron organizar 14 COSCO's en los cuales se pudo completar las siguientes actividades contempladas para las acciones de salud, a saber: 1) se hicieron diagnósticos comunitarios por medio de ferias de salud y cernimientos de condiciones biológicas por medio de la utilización de hojas de cernimiento compradas a la Johnson and Johnson que generó una gran cantidad de datos clínicos y alguna información individual del hogar y la situación socioeconómica de los individuos participantes en las ferias de salud y; 2) se invitaron a líderes comunitarios a participar de conversatorios y censos sobre la percepción de las necesidad de salud en su comunidad. Estas comunidades tenían además información detallada provista por censos hechos por la misma Oficina de Comunidades Especiales que pudo ser caudal basto de información socio-económica para la elaboración de estrategias de intervenciones multisectoriales de prevención, caudal que desaprovechó el Departamento de Salud.³⁸

Estas comunidades típicamente consistían de cerca de 400 viviendas, con cerca de mil personas, cuya población de 25 años o más no había completado el 4to año, una tasa de desempleo de 48% y cuyos hogares recibían ingresos de menos de \$500 mensuales, con estructuras de vivienda en precarias condiciones, con sobre un 65 por ciento sin alcantarillado pluvial, y sin títulos de propiedad para el terreno donde habitaban. No empuce a los diagnósticos, la comunidad insistía en enumerar como problemas de salud en sus vecindarios la drogadicción, el desempleo, la deserción escolar, el alcoholismo, la mala alimentación, las aguas sucias desbordadas y acumuladas en la comunidad, así como la precariedad de las viviendas, el transporte, y la falta de espacios de ocio y recreación. Aun así, las estrategias de intervención se limitaron a preparar talleres de educación en el manejo de la diabetes, la hipertensión, o intervenciones para la cesación de fumar.³⁹ Todas estas “intervenciones” se realizaron por medio de módulos instruccionales,

³⁸ E. Navarrete, M. Orsini, A. Santiago, V. Hernández, V. Soltero y M. Bustillo, *Avances de los hallazgos de la evaluación de los Comités de Salud Comunitaria en la promoción de salud en Puerto Rico*. (U.P.R., R.C.M., Escuela Graduada de Salud Pública 2004). Navarrete et. al., *Informe Final de Evaluación de los Comités de Salud Comunitaria en la Promoción de la Salud en Puerto Rico*. (U.P.R., R.C.M., Escuela Graduada de Salud Pública 2005), sometido a la Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud, Departamento de Salud.

³⁹ En ocasiones escuchamos funcionarios contestarle a miembros de la comunidad “*si pero eso no es de salud*” en las ocasiones cuando líderes comunitarios les planteaban la problemática de la pobreza y vulnerabilidad del ambiente social en que residían. Las respuestas del Departamento de Salud eran elocuentes “sí, lo entiendo pero *¿que necesidades tienen de salud?*” Lejos de diabolizar a las funcionarias, notamos la poca capacitación, estímulo y recursos de estas coordinadoras para atender efectivamente junto con la comunidad las necesidades sentidas de la comunidad por encima de las actividades ordenadas por la Secretaría.

pre-fabricados y traducidos al español que eran recibidos de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Atlanta. Otras de las “intervenciones comunitarias” consistió en estimular la participación de las personas residentes de estas comunidades en las actividades centrales del Departamento de Salud (tales como “Muévete Puerto Rico”, entre otras).

Cabe mencionar que, en ocasiones, presenciamos que cuando se revelaban situaciones de violencia doméstica en las reuniones de estos Comités de Salud Comunitaria, éstas fueron contestadas con los mismos prejuicios que sostiene el discrimen y toleran la violencia contra las mujeres (situación que también fue observada a nivel global en proyectos similares reportados en los *Informes* de la OMS). Tampoco estaban coordinadas las estrategias de estos Comités de Salud Comunitaria con otras estrategias en las mismas comunidades. Por ejemplo, la Oficina de Comunidades Especiales ofreció talleres dirigidos a capacitar a las mujeres en temas de salud y violencia, pero no tuvo ninguna coordinación con el programa desarrollado por el Departamento de Salud para esas mismas Comunidades Especiales. Todo lo anterior confirma que el discurso de prevención multisectorial e integrada de la violencia no había percolado a todas las instancias y programas del Departamento de Salud.⁴⁰

Quedó claro desde ese entonces que se requería toda una re-formulación de los deberes y actividades del Departamento de Salud para poder atender efectivamente la complejidad social de los determinantes de la salud. Equipadas solamente con la capacitación clínica y el discurso de cambios de estilos de vida como solución, pese a su gran dedicación y sacrificio, las funcionarias de salud se vieron imposibilitadas de transitar con las comunidades a espacios de acción concertada para mejorar los determinantes sociales de su salud. Estuvo claro que las funcionarias de salud tampoco tenían la experiencia y capacitación para ensayar efectivamente la transectorialidad necesaria para atender las condiciones de vida que generan la pobreza, la exclusión y las violencias. Es así que concluimos que el alcance de estas iniciativas era no solamente desenfocado y contraproducente, sino que fue inútil para alterar las condiciones de salud y enfermedad de quienes participaron en estos Comités y para las personas residentes de estas comunidades.

Para afrontar, de forma integral y efectiva la prevención de las violencias, se requiere contar con recursos humanos en salud que dejen atrás la miopía del modelo

⁴⁰ Tampoco se cuenta con evidencia de existir coordinación entre el Programa de Comités de Salud Comunitaria para las Comunidades Especiales y la Comisión Interagencial para una Política Pública Integrada sobre Violencia Doméstica creada en la Procuraduría de las Mujeres mediante orden Ejecutiva en 2003. *Informe de Puerto Rico sobre la aplicación de la plataforma de acción de Beijing (1995)*, http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=puerto%20rico%20spanish%20beijing&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fwomenwatch%2Fdaw%2FReview%2Fresponses%2FPUERTO-RICO%20Spanish.pdf&ei=op6aT_ffJoua8gTkqezPdG&usg=AFQjCNGrSiiTucE8Flc-o8-nOQC09w2dSw&cad=rja (accedido el 2 de mayo de 2012).

biomédico que reduce la comprensión de la salud a la presencia de patologías y que, por el contrario, busca identificar, sanar y prevenir la huella de la exclusión, el discrimen y la inequidad que produce en las fibras y sistemas todos de nuestro cuerpo individual y colectivo. No empecé al discurso adoptado por el Departamento de Salud para la prevención de la violencia según las recomendaciones del Informe de la OMS 2002, la agenda del sector salud se mantuvo enfocada en un enfoque tradicional de factores y estilos de vida de riesgos individuales.

Por ejemplo, ese mismo año, el titular del Departamento de Salud en ese entonces, en conferencia ante la comunidad universitaria del Recinto de Ciencias Médicas sentó la agenda de su administración, agenda que invisibilizaba, nuevamente, el papel de la violencia y sus determinante sociales en nuestro perfil de morbi-mortalidad y expresó que en Puerto Rico:

las causas de muerte...

la gente muere de fumar, cigarrillos;

la gente muere de obesidad, de no hacer ejercicios;

la gente muere del exceso de alcohol o del mal uso de alcohol;

la gente muere de no tener su hipertensión controlada y

la gente muere de tener una diabetes no controlada.

La receta preventiva...

Si usted hace ejercicios diariamente,...

Si te ejercitas, comes bien, y comes una dieta alta en fibras y baja en grasas, si mantienes un balance de tu estrés,

no ... llegar a abusar del alcohol... si tienes hipertensión y te vas y te chequeas regularmente para mantenerla controlada...

podremos evitar esas 23 mil muertes que tenemos en Puerto Rico...⁴¹

En nuestro contexto social, en esas expresiones no solo no se reconoce la gran preocupación ciudadana sobre la inseguridad y amenaza de la violencia en la cotidianidad (evidenciada por la duplicación de la tasa de homicidios en el país), sino que ese diagnóstico y su recetario invisibiliza todo el contexto social que refuerza estos estilos de vida riesgosos. Tampoco reconoce ese diagnóstico que para las mujeres sobre todo, y particularmente las pobres y por otras injusticias marginadas, la amenaza de una agresión o el temor a una agresión pueden subyacer estos comportamientos de riesgos. El efecto de este diagnóstico es eximir de responsabilidad al Estado para crear las condiciones para vivir una vida saludable y sana.

Concurro y repito las interrogantes de la doctora Matamala, quien se pregunta si el discurso de “estilos de vida” se ha convertido en un recurrente diagnóstico

⁴¹ Transcripción conferencia Dr. J. Rullán en el Recinto de Ciencias Médicas (mayo 2003).

impuesto por nuestros profesionales de la salud sobre quienes tenemos la presión alta, caemos presas del cáncer, de diabetes, u otras dolencias que detecta la biomedicina, o como resultado de algo que hicimos o dejamos de hacer para evitar el riesgo de ser víctimas de la violencia. Tal discurso invisibiliza también la realidad de las mujeres cuando se difunde la idea que la conducta individual en torno a su salud es el resultante de una toma de decisiones de una mujer aislada, mal educada e irresponsable. Sin embargo, la toma de decisiones sobre su salud y condiciones de vida para una mujer raramente se ejerce de manera aislada de sus otras responsabilidades y compromisos con y hacia otras personas. Las mujeres somos educadas para dedicarnos al cuidado de otros y otras y somos abiertamente o en silencio reprendidas por cuidarnos a nosotras mismas antes de cuidar o atender a los y las demás. En todo caso, comúnmente somos sobre evaluadas, exaltadas y admiradas por nuestras muestras de sacrificio y altruismo. En este contexto, lo que pareciera una conducta “irresponsable” individualmente, podría ser una conducta “responsable” para atender las necesidades de aquellos y aquellas que “dependen” de lo que ella haga o deje de hacer. Podríamos llamarle a este diagnóstico “autoagresión inducida”.⁴²

Este discurso es barrera para abordar de manera integral, interdisciplinariamente, y con una mirada de género la prevención de la violencia. Hemos pasado de un estado de bienestar a un estado de malestar y el papel que desempeñan los profesionales de la salud que se adhieren a este discurso de estilos de vida, no solo es contrario a toda la evidencia acumulada sobre las condiciones de vida para determinar la probabilidad de morir del corazón y otras dolencias, sino que por su carácter victimizante, es cruel.

Mientras el Secretario de Salud de Puerto Rico en el 2003 hablaba de la amenaza que representa a nuestra salud la “comida chatarra”, para muchos y muchas, la amenaza a la seguridad e integridad se encuentra en otros condicionantes. Como expusiéramos anteriormente, las comunidades diagnosticaban sus problemas de salud desde una perspectiva de su contexto social, mientras que las funcionarias de salud lo hacían desde una perspectiva patológica de la biomedicina. Este discurso de riesgo individual tampoco daba cuenta de la heterogeneidad de los perfiles de riesgos según edad y género como reflejan los datos obtenidos en un estudio

⁴² Podríamos decir que este epidemiólogo creará la categoría diagnóstica de *autoagresión inducida*, propuesta por M. I. Matamala “¿Quién elegiría el estilo de vida de alimentarse con comida chatarra, si esta no se promoviera producto de los intereses de la industria alimentaria en componendas o ante el silencio de las autoridades de salud? ¿Se escogería la drogadicción y el alcoholismo si en el cotidiano no se viviese una competencia salvaje, la inestabilidad laboral, la violencia o la inequidad de diversa índole que genera el modelo de organización social que hemos construido? ¿Quién no optaría por aumentar su actividad física si la ciudad fuera diseñada para caminar y pasear bicicleta en vez de diseñarla para que domine el carro?; M.I. Matamala, *Modelos de salud en el contexto de la globalización*, 8vo Encuentro Internacional Mujer y Salud, Revista Mujer Salud 4/97 (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe).

publicado por la Dra. Myrna Rivas. La Dra. Rivas encontró que el 80% de las defunciones en el grupo de edad de 10 a 19 años correspondieron a varones y que de estas muertes, el 41% se debió a homicidios y el 21% a accidentes de tránsito (la mayoría como pasajeros, peatones o ciclistas).⁴³

El afrontamiento de la violencia desde una perspectiva de salud pública por parte de la oficialidad se concentró en una de las recomendaciones de la OMS, en la primera recomendación que llamaba a los gobiernos a elaborar un *Plan de Acción para la Prevención de la Violencia*. Bajo la tutela del Departamento de Salud, el 23 de septiembre de 2004, y por medio de la Ley número 467 se creó un Comité interagencial con la responsabilidad de crear un *Plan Nacional para la Prevención de la Violencia*, tal como recomendó la OMS en el 2002, aunque nunca ese esfuerzo tampoco se consumó.⁴⁴

X. Departamento de Salud-Análisis Sectorial de Puerto Rico 2007⁴⁵

La Respuesta Institucional del Departamento de Salud en casos de violencia sexual recae en el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación. En el 2004, el Análisis del Sector Salud en Puerto Rico detalló las siguientes causales de exclusión que dificultan el acceso a los servicios de víctimas de violencia sexual. Es importante notar aquellas correspondientes a la actitud de los profesionales de la salud y las instituciones que ofrecen servicios de atención en casos de violencia sexual, es decir:

- *Pensar que no les corresponde intervenir, ni referir para servicios especializados.*
- *Falta de conciencia sobre la severidad del problema, los costos sociales y psicológicos del abuso.*

⁴³ Dra. Myrna Rivas, *Los Adolescentes y Jóvenes en Puerto Rico: Estadísticas*. (Informe preparado para Zona Franca, TuTV, 2002). Además, “[d]el 1999 al 2003 se reportaron 3,613 homicidios según los certificados de defunción. De éstos, 2,303 ocurrieron en personas menores de 30 años. El 93% de los asesinatos en Puerto Rico, entre 1999-2003, con menos de 30 años fueron hombres y esta tasa aumentó para los varones en este período. En todas las edades de menores de 30 años, la tasa para los varones fue 16 veces más alta que para las mujeres. “En el 2003, jóvenes de 15 a 29 años de edad en Puerto Rico representaban el 43% de la población de la isla, sin embargo, en este grupo se concentró el 64% de los homicidios registrados”. Mirabal, B., et al. (2006); P. del S. 2481.

⁴⁴ P. del S. 2481; Cuatro años más tarde, en el año 2008, también se celebró lo que se denominó la *Cumbre sobre Violencia en Niños, Adolescentes y Adultos: Un enfoque preventivo y Salubrista* y cuyo modelo conceptual se enmarcó en la violencia interpersonal a partir del informe de la OMS 2002 con el fin de describir su naturaleza y estimar la magnitud y sus consecuencias y consensuar estrategias de prevención multisectoriales y transdisciplinarias. Ver: Departamento de Salud, <http://www.salud.gov.pr/CumbreSobreViolencia/Documents/Información%20General%20Cumbre.pdf> (Accedido el 2 de mayo de 2012).

⁴⁵ Departamento de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *Análisis del Sector Salud* (Puerto Rico 2004).

- *No saber cómo intervenir y no buscar ayuda alterna.*
- *Sentirse impotente o inadecuado(a) para contribuir a solucionar la situación.*
- *Pensar que la víctima debe haber provocado la agresión.*
- *Sentir frustración o molestia porque la víctima no se decide a romper con la persona agresora.*
- *Dificultad para manejar sus propios sentimientos ante la agresión.*⁴⁶

El Departamento reconoció, además, ciertas condiciones especiales que limitaban la búsqueda de ayuda en casos particulares de víctimas de violencia sexual, a saber.⁴⁷

- *Víctima varón:* los varones también son agredidos sexualmente, aunque no en la misma proporción que las mujeres.
- *Agresiones sexuales entre personas del mismo género:* las agresiones sexuales por personas del mismo género pueden ocurrir por situaciones de violencia doméstica o por agresiones de parte de personas extrañas. Cuando la persona que agrede es la pareja, buscar ayuda pone en evidencia la existencia de una relación, la cual es posible no se haya divulgado abiertamente. Igualmente los afectos para con la persona agresora crean confusión y resistencia para la búsqueda de ayuda.
- *Personas con impedimentos del desarrollo o impedimentos físicos:* las agresiones sexuales hacia las personas con impedimentos tienden a ocurrir por familiares, conocidos y en una tercera parte, por proveedores de servicios. Estas personas confrontan limitaciones en su capacidad para desempeñarse óptimamente por sí mismas, lo que les hace depender de otras personas para poder defenderse. Luego de la agresión, se sienten vulnerables y temen confiar porque dependen de personas de confianza para la búsqueda de ayuda.
- *Envejecientes:* Las reacciones de los envejecientes a ciertas conductas sexuales pueden ser particularmente perturbadoras debido a su edad. La pérdida de audición y visión hacen a la persona envejeciente más vulnerable para ser víctimas de violencia, pero el temor a la pérdida de su independencia (porque piensen que lo que les ocurrió se debe a las limitaciones auditivas, visuales u otras) les impide muchas veces buscar ayuda.
- *Inmigrantes:* las personas inmigrantes son particularmente vulnerables y tienen temor de informar si han sido víctimas de agresión. Los agresores asumen que las personas indocumentadas no van a querellarse a las autoridades por temor a ser deportadas, aun cuando las inmigrantes víctimas

⁴⁶ *Id.* en la pág. 170.

⁴⁷ *Id.* en las págs. 170-171.

de violencia sexual y / o doméstica tienen derecho a recibir servicios médicos, orientación legal y apoyo.

XI. Estrategias (Análisis crítico) - Alianzas, proyectos y difusión pública psicosocial

En esta evaluación del sector salud, otras categorías de poblaciones “excluidas” del sector salud en Puerto Rico fueron identificadas.⁴⁸ *Adolescentes, Inmigrantes, Personas con Impedimentos, Acceso Geográfico, No Asegurados, Menores en protección del Departamento de la Familia, Población mayor de 65 años de edad, Población con retardo mental, personas con condiciones de salud mental y personas con VIH/SIDA.*⁴⁹

Finalmente, el Departamento de Salud, en ese entonces reconoció *La invisibilidad como causal de exclusión* las cuales son recogidas en las conclusiones de ese capítulo⁵⁰ y cito:

El ejercicio de análisis del sector salud hizo evidente que a través de las cifras disponibles y el sistema de información del Departamento de Salud para la producción de los perfiles epidemiológicos no es posible dar cuenta de la situación de salud específica para todos los grupos que componen nuestra sociedad, las múltiples condiciones sociales de discrimen que sabemos condicionan su vulnerabilidad, exposición y diferencial acceso a los recursos para mantener su salud como de desigual acceso a la atención médica. De hecho, en el proceso se evidenció que existen otras causales de exclusión –y a la que hemos identificado como exclusión por invisibilidad u omisión– cuyo impacto en la situación de salud no ha podido ser analizada ni rudimentaria mucho menos rigurosamente. Esto significa que no es posible describir ni acercarnos a diagnosticar, por ejemplo, situaciones de exclusión por la pertenencia a categorías sociales como lo es la identidad de raza, de orientación sexual e identidad de género, de clase social, ni posición socioeconómica, tampoco por

⁴⁸ Las organizaciones feministas, como por ejemplo, la Coordinadora Paz para la Mujer y Taller Salud, entre otras, tomaron la iniciativa de visibilizar y atender a grupos de mujeres, con otras identidades (adscritas, impuestas o asumidas) que les vulnerabilizan ante la violencia. Es así que la Coordinadora ha fomentado iniciativas para desvelar las particularidades de la violencia entre grupos tales como: las mujeres viviendo con VIH/SIDA, lesbianas, mujeres bisexuales, mujeres con impedimentos físicos y mujeres inmigrantes.

⁴⁹ Departamento de Salud y Organización Panamericana de la Salud, *supra n. 45*, en las págs. 149-176.

⁵⁰ M. Bustillo, *Exclusión en salud por la invisibilidad* (2004). Manuscrito sometido al Comité de Exclusión Social en Salud, Grupo IV; Departamento de Salud, *Análisis Sectorial de Salud* (2004).

origen nacional o estado migratorio, ni siquiera por ocupación, empleo, desempleo o residencia. Los bancos de datos que se utilizan para el monitoreo y la justificación de acciones de salud en Puerto Rico, no contienen esta información clave, y en el caso que los formularios recojan alguna información sobre estos determinantes sociales, la misma no se codifica, no se publica y mucho menos se estudia.

Con la información disponible, sin embargo, no podemos dar cuenta de cuánto, si algo, hemos avanzado en corregir estas omisiones en la identificación y atención a estas múltiples exclusiones a los servicios de salud entonces identificadas. El reconocimiento, por la vía de la visibilidad, es un primer paso, pero no es suficiente, para cumplir con una deuda pendiente en una agenda de salud que pueda resarcir la inequidad y asegurar las condiciones óptimas de salud para todos y todas.

XII. Vacíos críticos en el abordaje salubrista para la prevención de la violencia.

El enfoque salubrista, por sí solo, no es la solución para reducir la carga de la violencia.⁵¹ Los factores principales que sostienen la violencia están tradicionalmente fuera del alcance y control del sector salud, sino más bien provienen de políticas sociales. Estas condiciones apuntan a las condiciones de desventaja y subordinación económica de las mujeres que hacen que la violencia sea posible.

Se requiere moverse más allá de proveer servicios de atención, de detectar la violencia y de castigar a los agresores. Se requiere afrontar las condiciones sociales fundamentales que llevan a las personas a creer que la violencia es la única alternativa razonable para intentar resolver o lidiar con sus condiciones de vida.⁵² Es desde esa perspectiva donde el enfoque de la salud pública se entremezcla y acoge una perspectiva amplia que incluye los derechos humanos y el derecho a la salud.

El aumento en la desigualdad económica y social, el deterioro de la calidad de los determinantes sociales de la salud, la reducción de la salud física y mental y de la calidad de vida de la mayoría de las personas en nuestro país son muestra de la necesidad urgente de afrontar la promoción de las violencias, incidiendo, con más compromiso, en las causas de las causas.

Las tres disciplinas más relacionadas con el estudio de la violencia y el crimen son criminología, trabajo social o la psicología, disciplinas que, exceptuando a la psicología, han ocupado un lugar importante en el establecimiento de la agenda de salud. La mayoría de estudios de estas disciplinas se han dedicado a estudiar sobre la patología criminal de individuos o la patología del comportamiento de víctimas, o las características de atención terapéutica tanto a agresores como víctimas. Sin

⁵¹ Gro Harlem Brundtland, *Violence, Health, and Human Rights: Toward a Shared Agenda for Prevention*, Health and Human Rights, Vol. 6(2). 11- 13(2003).

⁵² *Id.*

embargo, las estrategias para mejorar la calidad de vida no pueden ser soluciones técnicas basadas en la medicina, ni tampoco estar centradas en la modificación de factores de riesgos individuales. Es clave en el sistema médico, desnaturalizar la violencia contra las mujeres como algo inmutable.⁵³

El acervo de experiencias y conocimientos sobre la violencia doméstica, y por ende sus respuestas en las instituciones de salud y en la enseñanza de salud tiene cegueras críticas.

1. Invisibilización de la violencia por razón de orientación sexual e identidad de género.

Si como la evidencia sugiere, “el género es un organizador de la vida social y regulador de los privilegios sociales que se disfrutan”⁵⁴, en el estado de investigación y acción con a afrontar las graves consecuencias en la salud con respecto al género se aprecia una invisibilidad y silencio sobre la violencia y la amenaza de violencia de mujeres por su orientación sexual e identidad de género. Estas violencias no están discutidas ni contempladas en *el Informe Sobre Violencia y Salud* de la OMS del 2002, que discutiéramos a través de este escrito.⁵⁵

Como apuntáramos más arriba, el reconocimiento de la exclusión de servicios de atención y prevención por orientación sexual en los casos de violencia sexual por el Departamento de Salud en su Informe sobre el Análisis del Sector Salud del 2004, no ha correspondido en acciones correctivas. De hecho, se observa una ausencia de la defensa por parte del Departamento de Salud de la utilización del mecanismo de órdenes de protección y otros remedios provistos en la Ley 54, particularmente para

⁵³ Ver: M. Rondon, *A gender perspective is fundamental to improve women's health*, Journal of Women's Health, 19(11), 1949-1950 (2010).

⁵⁴ Comisión de Derechos Civiles, *Por la vía de la Exclusión: Homofobia y Ciudadanía en Puerto Rico* (2007). (Disponible en: <http://www4.pr.gov/agencias/cdc/Publicaciones/Libros/Documents/PorLaVíaDeLaExclusion.pdf>)

⁵⁵ La literatura sobre los Derechos Humanos sí ha documentado el discrimen y violencia contra personas por su orientación sexual e identidad de género. Ver: Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, *Las naciones unidas hablan claro: Abordando la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género*, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/LGBT_discrimination_A4_sp.pdf (accedido el 2 de mayo de 2012; Carta de fecha 18 de diciembre de 2008 dirigida al Presidente de la Asamblea General por los Representantes Permanentes de la Argentina, el Brasil, Croacia, Francia, el Gabón, el Japón, Noruega y los Países Bajos ante las Naciones Unidas (22 de diciembre de 2008) (Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Declaracion_UNU.pdf); *Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*, http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2435_XXXVIII-O-08.pdf; *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. (Marzo de 2007) (Disponibles en: http://www.oas.org/dil/esp/orientacion_sexual_Principios_de_Yogyakarta_2006.pdf; Paul Hunt, *Los derechos, económicos, sociales y culturales: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Informe del Relator Especial al Derecho a la Salud, E/CN.4/2004/49.

los casos de violencia a parejas del mismo sexo (asunto que ha sido objeto de debate recientemente en Puerto Rico).⁵⁶

2. La desigualdad social como determinante estructural de la salud.

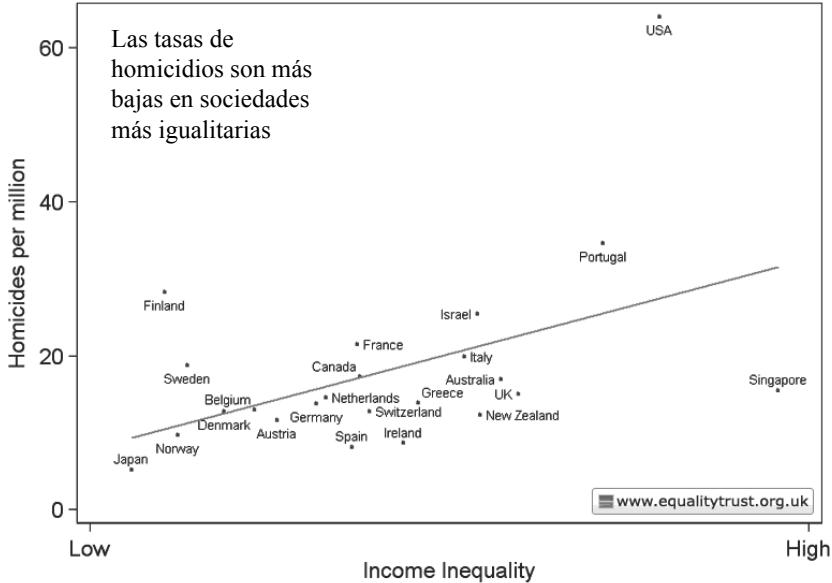
En la literatura sobre la prevención de la violencia y sus consecuencias de la salud, existe poca discusión sobre el impacto de la concentración de ingresos, poder y prestigio en sectores sociales cada vez menos numerosos. Existe una extensa literatura científica que sugiere estos condicionantes estructurales como generadores de violencia y otros problemas de salud. La evidencia científica acumulada por años de investigación constata que tanto la esperanza de vida al nacer, la salud física o mental, el consumo de drogas, la obesidad, la violencia y la tasa de encarcelamientos, son mayores en sociedades más desiguales.⁵⁷ La evidencia es contundente para la acción concertada a transformar nuestras relaciones desiguales del poder económico, político, cultural y social en general para aliviar el dolor humano de la violencia que nos aqueja.⁵⁸

Richard Wilkinson y Kate Pickett, dos epidemiólogos ingleses han publicado un importante libro titulado: *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better* donde apuntan a los costos sociales y de salud de la creciente escandalosa brecha que se ha abierto, como consecuencia de acciones o complicidades gubernamentales, entre quienes tienen y quienes o tienen.

⁵⁶ En Puerto Rico existen cada vez más las investigaciones sobre la vulnerabilización social ante violencia entre parejas homosexuales y lesbianas en psicología, trabajo social o desde una perspectiva de derechos humanos. Ver por ejemplo: Felipe Reyes Mena, José Rodríguez y Sarah Malavé, *Manifestaciones de la violencia doméstica en una muestra hombres homosexuales y mujeres lesbianas puertorriqueñas*, Revista Interamericana de Psicología, Vol. 39, número 3, 449-456 (2005). J. Figueroa, *Examen de la violencia que existe dentro de la sociedad puertorriqueña hacia los homosexuales*, Tesis de Maestría Universidad Interamericana de Puerto Rico (1997). Citado en José Toro-Alfonso, *El estudio de las homosexualidades: Revisión, retos éticos y metodológicos*, Revista de Ciencias Sociales 14, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico (2005). (Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/pr/cis/rcs/14/toro14.pdf>) J. Toro Alfonso, *Por la vía de la Exclusión: Homofobia y Ciudadanía en Puerto Rico* (Comisión de Derechos Civiles 2007). (Disponible en <http://es.scribd.com/noelaniaviles/d/18741269-Por-La-via-Del-a-Exclusion-Homofobia-y-Ciudadania-en-Puerto-Rico>); Ana Irma Rivera Lassen, *De la familia de 1930 a las familias de Puerto Rico del 2007* (Capitolio, San Juan Puerto Rico 21 de febrero de 2007). CLADEM, *Feministas en Marcha*, <http://entimema.pbworks.com/f/La+Familia+en+PR+de+1930+a+2007-Rivera+Lassen.pdf> (Accedido el 2 de mayo de 2010). Ana Irma Rivera Lassén, *Del dicho al derecho hay un gran trecho o el derecho a tener derechos: Decisiones del Tribunal Supremo de Puerto Rico ante los derechos de las mujeres y de las comunidades LGBTTI*, 44 Rev. Jurídica U. Inter. P.R. 39 y O. Burgos Pérez, *Manifestaciones de homofobia en decisiones del Tribunal Supremo de Puerto Rico*, 42 Rev. Jurídica U. Inter 53.

⁵⁷ The Equality Trust, *Income inequality and violent crime*, Equality Trust Research Digest, no.1, 1-5 (2011).

⁵⁸ La evidencia en la relación entre la desigualdad en la distribución de ingreso y las tasas de homicidios son grandes: la magnitud de las diferencias es de cinco veces en las tasas de asesinatos. R. Wilkinson y K. Pickett, *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, (Turner 2009).



En este libro, los autores sintetizan sobre 50 años de investigación científica sobre la determinación social de la salud y la enfermedad así como varios problemas sociales y concluyen que i.e., que la desigualdad social (medida según el Coeficiente de Gini), i.e., ser pobre en una sociedad rica, tanto más que la pobreza en si misma, se encarniza y deja huella en las personas y supone gastos importantes en la vida de las personas y en el colectivo en el que se vive (Figura 3).⁵⁹

La conclusión de estos autores es que nivelar la distribución del ingreso en una sociedad es una estrategia social que impactará positivamente todos los problemas sociales y de salud considerados.

Es sorprendente la ausencia de una estrategia concertada por el Departamento de Salud para afrontar el impacto de la desigualdad de ingresos para la prevención de la violencia y de otros problemas sociales. De hecho en documentos recientes (y como vimos con la experiencia de iniciativa del departamento hacia las Comunidades

⁵⁹ Otros trabajos importantes por esta línea son los trabajos de R. Wilkinson, *Why is violence more common where inequality is greatest?* Annals NY. Acad. Sci., 1036:1-12 (2004); En Puerto Rico es importante señalar los trabajos sobre pobreza y desigualdad social como factores generadores de violencia y marginalidad: L. Colón, *La Tarea inconclusa: Pobreza y desigualdad social en el siglo XXI*. 17 Revista de Ciencias Sociales 78-117 (2007). R. Colón, *Mitos sobre la pobreza y la asistencia social*, Claridad (12 de abril de 2011). L. Colón, *Pobreza en Puerto Rico: Radiografía del Proyecto Americano* (Editorial Nueva Luna 2005). G. Gutierrez, *Narcotráfico, problema o solución*, <http://www.80grados.net/narcotrafico-problema-o-solucion/> (Accedido el 2 de mayo de 2012) G. Gutiérrez, *El problema es la exclusión*, <http://www.80grados.net/el-problema-es-la-exclusion/> (Accedido el 2 de mayo de 2012).

Especiales) no reconocen la erradicación de concentración de ingresos o la equidad de género como parte de su agenda para la promoción de la salud colectiva.⁶⁰

En la agenda por la salud a nivel internacional, se evidencia otro hito importante en la agenda de acción para afrontar la violencia y sus consecuencias en la salud, relacionada con la creación de la *Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud* en el 2004 por la OMS. Esta *Comisión* tuvo la encomienda de reunir, evaluar y sintetizar la evidencia sobre las causas sociales que generan las desigualdades en salud y recomendar estrategias para eliminarlas.

Luego de tres años de intenso y extenso estudio, análisis y síntesis de la evidencia global sobre el papel de los determinantes sociales en la salud, el *Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud* (en adelante el *Informe-CDSS*) es contundente en sus conclusiones sobre “las causas de las causas” de las distribución desigual de los riesgos a enfermar, lesionarse o morir de condiciones prevenibles. Por ejemplo, se constata que:⁶¹

La epidemia más mortífera e incapacitante es la *desigualdad social* que sufrimos allí donde nacemos, crecemos, estudiamos, trabajamos y envejecemos.

El resentimiento, la dureza de la vida, el discrimen, la exclusión social y la pobreza cuestan vidas.

La muerte y la enfermedad no están distribuidas *aleatoriamente* en la población ni entre países ni entre poblaciones dentro de un mismo país. La situación de muertes y enfermedades es manejable, sabemos cómo resolverla, *NO es un problema científico-técnico*.

...las grandes desigualdades sanitarias entre los países (y dentro de estos) están provocadas por *una distribución desigual*, a nivel mundial y nacional, del *poder*; *los ingresos*, el prestigio, *los bienes y los servicios*,

⁶⁰ En el informe titulado *Perfil del Sistema de Salud: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma* del Departamento de Salud se reconoce el objetivo número 1 para el Desarrollo del Milenio, “Erradicar la Pobreza extrema y el hambre” como objetivos cuya estrategia está bajo la encomienda del Departamento de la Familia. Departamento de Educación, *Perfil del Sistema de Salud: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*, 13 (2007). El objetivo 3- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, se identifica como responsabilidad del Departamento de Educación lograr esta meta. *Id.* en la pág. 14.

⁶¹ Establecida a partir de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, luego de haber analizado los principales problemas de salud internacional: las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, o la obesidad, la falta de acceso a servicios de salud, el tabaquismo, los accidentes de tránsito, los problemas de salud mental, el control del VIH/SIDA, o la posible erradicación de varias enfermedades infecciosas. Para una discusión sobre el trabajo de la Comisión ver: J. Benach, C. Muntaner, M. Vergara y S. Sridharan, *Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS: una valoración crítica* (Universitat Pompeu Fabra 2009); V. Navarro, *What we mean by social determinants of health*, 39(3) *International Journal of Health Services*, 423-441 (2009).

y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», *sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.*⁶² (Énfasis suplido)

4. La equidad de género como determinante social de la salud y su promoción.

El *Informe-CDSS* dedica un capítulo completo para recomendar acciones específicas sobre la equidad de género en todas las políticas sociales y de salud como medida para reducir las desigualdades sociales ante la salud.⁶³ A partir del trabajo de una de sus Redes de Conocimiento⁶⁴ sobre las inequidades por razón de género,⁶⁵ la Comisión concluye que el origen de las desigualdades ante la salud por razón de género es social, y, por consiguiente, puede modificarse y adopta ocho de las recomendaciones de la Red de Mujeres y Equidad de Género. (Ver Tabla 3)

La posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, lo que es evidencia del su carácter también modificable. Ahora bien, se constata igualmente que los progresos han sido desiguales y sigue habiendo muchos obstáculos que superar. Por ejemplo, la Comisión reconoce que en casi todas las sociedades las mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos

⁶² Navarro constata cifras de inequidades en salud para los Estados Unidos: “*East Baltimore (where my university, the Johns Hopkins University, is located), a black unemployed youth has a lifespan 32 years shorter than a white corporate lawyer. ... a young African American is 1.8 times more likely than a young white American to die from a cardiovascular condition. Race mortality differentials are large in the United States, but class mortality differentials are even larger. ... a blue-collar worker is 2.8 times more likely than a businessman to die from a cardiovascular condition*”.

⁶³ G. Östlin P., *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It*. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network (2007). WHO, *Violence Prevention: The Evidence*, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf (Accedido el 2 de mayo de 2012).

⁶⁴ Redes de conocimiento se les llamó a 9 grupos de investigadores en todo el mundo que fueron creados para sintetizar la evidencia en áreas temáticas específicas y ofrecer recomendaciones de políticas públicas para ser evaluadas por la Comisión. Las áreas temáticas fueron: condiciones de empleo, sistemas de salud, medioambiente urbano, métodos de investigación y evidencia, género, exclusión social, condiciones prioritarias de salud pública y desarrollo infantil. Los documentos de estas Redes se pueden consultar en http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/en/.

⁶⁵ G. Östlin P., *supra* n. 63.

equivalentes y que las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y mayores dificultades en el acceso a la educación.

Los efectos intergeneracionales de las desigualdades entre los sexos hacen que sea “realmente imperioso actuar”, argumenta la Comisión. “Es esencial que actuemos ahora para mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres, si queremos reducir las desigualdades sanitarias en una generación”. La Tabla 3 enumera las recomendaciones de acción para reducir la brecha en la salud colectiva con un enfoque de género.⁶⁶

Tabla 3. Recomendaciones de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud para Reducir la Brecha de las Desigualdades en Salud en una generación: Acciones para promover la Equidad de Género, 2008.

Las desigualdades entre los sexos son <i>injustas</i> ; además generan <i>ineficacia e ineficiencia</i> . Los gobiernos, los donantes, las organizaciones internacionales y la sociedad civil pueden mejorar la vida de millones de niñas, jóvenes y mujeres, y de sus familias, promoviendo la <i>equidad de género</i> .
Combatir los prejuicios sexistas en las estructuras sociales, las leyes y su aplicación, en la forma en que se dirigen las organizaciones y se conciben las intervenciones, y en el modo en que se mide el desempeño económico de un país.
<ul style="list-style-type: none"> • Crear y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo. • Intensificar la incorporación de una perspectiva de género creando y financiando una unidad para la equidad de género en la administración central de los gobiernos y las instituciones internacionales. • Incluir la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario en las cuentas nacionales.
Formular y financiar políticas y programas que eliminen las disparidades en la educación y la adquisición de competencias, y favorezcan la participación económica de la mujer.
<ul style="list-style-type: none"> • Invertir en educación y formación reglada y profesional, garantizar la equidad salarial por ley, velar por la igualdad de oportunidades de empleo a todos los niveles y poner en marcha políticas favorables a la familia.
Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.

⁶⁶ O. Solar y A. Irwin, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, who.int/sdh/resources (Accedido el 2 de mayo de 2012). C. Garcia-Moreno, H. Jansen, M. Ellsberg, L. Heise, C. Watts, *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* (World Health Organization 2005). H. Roberts, *Closing the Gap in a Generation*, WHO Commission of Social Determinants of Health Report (2008). Y D. Meddings, *Violence and unintentional injury: equity and social determinants*,

XIII. A modo de cierre

La evidencia es contundente: Aquellas sociedades que permiten que sus ciudadanos y ciudadanas desempeñen un rol útil en la vida cultural, social y económica serán más saludables que aquellas donde enfrenten inseguridad, exclusión y privaciones. Esta constatación, rara vez se asume como estrategia de promoción de la salud de los gobiernos.

Es claro que las propuestas que protegen la calidad de los determinantes sociales de la salud están en conflicto con los enfoques actuales de reducción del papel redistributivo, fiscalizador y regulador del estado y una idolatración del mercado como la mayor institución social de nuestra sociedad puertorriqueña. El establecimiento de leyes, protocolos, alertas, entrenamientos, capacitación profesional sobre la violencia, su prevención y la atención a sus consecuencias, son indispensables para desbancar la noción que la violencia es naturaleza humana o una enfermedad, o que es un síndrome o una patología que puede estar bajo el estetoscopio médico. Este peligro existe si la investigación médica invierte recursos en encontrar el gen que “provoca” la conducta violenta o el “gen o la vacuna que hace que las mujeres no logren salir de situaciones de violencia. De ser así, la industria farmacéutica bien estaría interesada desarrollar tal tecnología que “prevenga” la violencia.⁶⁷

Estamos viviendo (y sufriendo), desde hace décadas, una particular forma de mirar el desarrollo en nuestra sociedad. Se nos quiere hacer creer que el crecimiento económico es desarrollo social y que este, a su vez, es desarrollo humano.⁶⁸ “La vida

Cap. 13, en E. Blas y A. S. Kurup, *Equity, social determinants and public health programmes*, 243-259 (WHO 2010). WHO, *Expert meeting on Health-sector responses to violence against women*, 17-19 (March 2009). WHO, *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf (Accedido el 2 de mayo de 2012). Instituto de Medicina E.E.U.U., *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*, Taller de trabajo sobre cómo prevenir la violencia en contra de las mujeres y las niñas (2003). WHO, *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva (Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf).

⁶⁷ Si no es que ya lo hace con los antipsicóticos, antidepresivos y demás estimulantes para las múltiples patologías de la desesperanza, la explotación, las tristezas.

⁶⁸ La violencia, la criminalidad puede ser generadora de actividad económica y crecimiento económico, no así de desarrollo social. Cecilia Minayo, salubrista brasileña de vasta experiencia en promoción de la salud, aborda críticamente los nexos de violencia y salud, en un escrito muy poco conocido en los círculos salubristas en Puerto Rico. Creo que es importante refrasear algunos de sus planteamientos aquí ya que apuntan a determinantes estructurales, en el contexto socioeconómico, que rara vez son discutidos en los análisis sobre la prevención primaria de la violencia para la protección y la promoción de la salud. La prevalencia del miedo a ser víctima de un crimen o acto violento, sostiene la proliferación de una industria de “seguridad” y vigilancia que se lucra del mismo (por los servicios de la comercializaciones de bienes y servicios y es, además, fuente de empleo). Esta autora sugiere utilizar las cifras sobre la ocupación, bienes y servicios de seguridad y vigilancia como un indicador, si bien imperfecto, para aproximarnos a la prevalencia del miedo que se encuentra presente

cotidiana ha sido modificada y nuestros sentimientos, formas de valorar, desear, soñar, sufrir, trabajar, de enfermar y morir se han transformado de lo injusto a lo inhumano en muchas ocasiones”.⁶⁹ En Puerto Rico, las personas más ricas pueden comprar con sus ingresos muchas formas de atender los insultos individuales y sociales a su salud, contrario a la gran mayoría pobre o relativamente pobre.

La inequidad por clase social se agudiza y potencia por otras inequidades y discrimen, por género, por orientación sexual, por estatus migratorio, por afiliación política o religiosa. Todas estas formas de exclusión se refuerzan en nuestro trabajo como profesionales de la salud ya sea por la acción e inacción al amarrarnos a la ideología del estilo de vida tan conveniente para la industria y el mercado de salud.

en todas las esferas de nuestra vida cotidiana en nuestro país. Por ejemplo, la venta y posesión de un arma, la comercialización de alarmas, cámaras, y otros dispositivos de “seguridad” para la defensa personal (gas pimienta, tasers, artes marciales), la creación y contratación de compañías de guardias privados, escoltas, así como el diseño de espacios residenciales en islas-urbanizaciones-condominios, proliferan en una sociedad atrapada por el miedo, real o imaginario, de “defenderse” de la violencia y el crimen. La expansión de esta industria de seguridad y vigilancia, sugiere Minayo, no es posible “a no ser porque colectivamente hemos concluido que el gobierno es incapaz de cumplir su misión de prevenir el crimen y sus violencias y de velar por la seguridad colectiva”. La industria utiliza esta misma incapacidad para mercadear sus productos y servicios. Esta situación del miedo también tiene repercusiones en la conformación de nuestro espacio público y privado. El mercadeo de espacios (comerciales, residenciales o de recreación) “seguros” son una ficción que tranquiliza, al menos a ratos a algunos, pero que crean “islas” o fortines de convivencia homogeneizantes que nos impiden ver, nos insensibilizan, nos ahondan más el miedo a lo desconocido e incierto. El encierro en urbanizaciones cerradas, en centros comerciales “protegidos”, en instituciones más elitistas –escuelas, clubes deportivos o similares, prometen estar “libre de los problemas sociales que ahogan nuestra sociedad” e impiden a los pocos privilegiados confrontarse con la profundización de las desigualdades sociales, el desempleo y la incapacidad cada vez más generalizada de muchos de contar con los recursos para cumplir sus deseos de también ser partícipes del nivel de consumo y del abanico de oportunidades que la sociedad de consumo exalta. Es cierto que el miedo a la violencia y el crimen nos aísla a todos, tanto a pobres como a ricos en nuestras casas o en espacios segregados y controlados. De hecho habría que ver hasta qué punto, este miedo del que se benefician empresas comerciales, por otro lado nubla los vínculos humanos de las desesperanzas que sufrimos. Las calles, los parques, ni las instituciones educativas son consideradas seguras en las noches, forzando al aislamiento sobretudo a las mujeres y las niñas. Las repercusiones en la salud colectiva tiene múltiples implicaciones tóxicas: por otro lado, se manifiesta un agotamiento de las oportunidades y mecanismos eficaces para la resolución de conflictos interpersonales y colectivos, abonando a la demanda y utilización de otros mecanismos para hacer valer las luchas de poder y la voluntad de dominar, poseer o aniquilar a otro u otros de su dignidad, sus bienes, sus derechos. M.C.S. Minayo, *Violencia e Saúde*, <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06> (Accedido el 2 de mayo de 2012). Ver también: *Por camino seguro G4S*, *El Nuevo Día* (14 de junio de 2010); Asociación de Industriales de Puerto Rico, *Industriales llevan a cabo un simposio empresarial sobre los nuevos retos de la seguridad en Puerto Rico y en el mundo*, <http://www.prma.com/pages/LegislationNews/IndustrialesLlevanacabosimposioempresarialso/IndustrialesLlevanacabosimposioempresarialsobrelsnuevoretosdelaseguridadenPuertoRicoymundo.aspx> (Accedido el 2 de mayo de 2012).

⁶⁹ Matalama, *supra* n. 42.

Los profesionales en el servicio directo a las personas, en su práctica pueden identificar cambios en condiciones sociales que ponen a riesgo de ser víctimas o perpetradores de daño, tales como la pobreza, pero raramente utiliza esta causal de enfermedad en sus diagnósticos.⁷⁰ Estas prácticas institucionales e interpersonales crean, replican, refuerzan sistemas opresivos, excluyentes, denigrantes e injustos rara vez se estudian, por lo tanto, menos se conoce la efectividad de las intervenciones en las ciencias de la salud.

La agenda de acción salubrista debe tener como eje la erradicación de las desigualdades y múltiples opresiones que atentan contra la salud colectiva. La violencia de género, como extensamente se ha documentado, es consecuencia del sexismo, del machismo, la homofobia, lesbofobia, transfobia e incide sobre la salud. Para los hombres, todos en sus masculinidades, este sistema de exclusión, extracción de recursos de un género para el servicio de otro, deteriora y degrada la humanidad por sentirnos presionados y presionadas a reproducir y continuar el régimen de estatus desigual que sostiene su posición de dominación, por la fuerza, por el engaño o por la amenaza.

⁷⁰ En el 1995 se incluyó en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, las causales referentes de la desigualdad social. Esta, sin embargo, rara vez se usa en los diagnósticos, muchos ni las conocen (Z50.5). WHO International Classification of Disease.